

LA INTERDISCIPLINA COMO PUNTO DE INFLEXIÓN
EN EL CAMBIO PARADIGMÁTICO EN SALUD MENTAL
EXPERIENCIA CENTRO CULTURAL “GOMECITO”



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIA POLÍTICA Y RELACIONES INTERNACIONALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

LA INTERDISCIPLINA COMO PUNTO DE INFLEXIÓN
EN EL CAMBIO PARADIGMÁTICO EN SALUD MENTAL.
EXPERIENCIA CENTRO CULTURAL “GOMECITO”

BIANCA MAMMARELLA

TESINA DE GRADO
LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL
DIRECTORA: LIC. ALEJANDRA PEREYRA

ROSARIO, 2018

Agradecimientos

En estas líneas quiero agradecer a todas aquellas personas que no sólo hicieron posible esta tesina sino que, de alguna manera, estuvieron conmigo en los momentos difíciles y alegres a lo largo de mi formación académica.

En primera instancia, agradezco a mi papá y a mi mamá, quienes me han permitido trazar mi camino y transitarlo con mis propios pies. No tengo palabras para agradecerles las incontables veces que me acompañaron en todas las decisiones que he tomado a lo largo de mi vida. Gracias por darme la libertad de desenvolverme como persona y como profesional, y por haberme dado la oportunidad de estudiar.

A mis hermanas, Guillermina y Martina, que con sus palabras me hacen sentir siempre orgullosa de lo que soy y de lo que puedo lograr. Son, sin dudas, mi motor y mi mayor inspiración.

A Franco, mi compañero eterno, que con su apoyo incondicional, amor y respaldo me anima a alcanzar mis objetivos.

A Ezequiel, mi cuñado y amigo, que me brindo su tiempo y dedicación para poder concretar este trabajo.

De igual forma, agradezco a Alejandra Pereyra, mi Directora de Tesina, que gracias a sus consejos y correcciones hoy puedo culminar este camino. Sus conocimientos, aportes y paciencia me hicieron sentir siempre dichosa y contenta.

A mis compañeros/as de la carrera, con quienes compartí, dentro y fuera del aula, numerosos momentos de aprendizajes. En especial a Carolina, Daiana, Bárbara, Daniela, Florencia, Erica y Silvia, quienes se han convertido en grandes amigas y han confiado siempre en mí.

En consonancia, expreso mi reconocimiento al Centro cultural “Gomecito” y a todo el equipo profesional, por la atención e información brindada no sólo a lo largo de la presente indagación sino también en mis dos años de las prácticas profesionales.

Por último, a toda la Universidad pública, que en sus pasillos, en sus aulas, en los días de clases o exámenes, han alimentado mis ganas de convertirme en una Trabajadora social que lucha y pelea por lo que cree.

Índice

<u>Presentación</u>	<u>03</u>
<u>Primera parte</u>	<u>05</u>
I.I. <u>Algunos conceptos previos</u>	<u>05</u>
I.II <u>Historia de la Salud Mental en Argentina</u>	<u>14</u>
I.III <u>El poder disciplinar</u>	<u>17</u>
I.IV <u>Hacia un nuevo paradigma</u>	<u>20</u>
<u>Segunda parte</u>	<u>23</u>
II.I <u>Una nueva modalidad de abordaje: La interdisciplina</u>	<u>23</u>
II.II <u>Hospital “Agudo Ávila”</u>	<u>26</u>
II.III <u>La funcionalidad interdisciplinaria institucional</u>	<u>31</u>
II.IV <u>Centro cultural “Gomecito”</u>	<u>37</u>
II.V <u>Trabajo Social</u>	<u>44</u>
II.VI <u>Contexto actual</u>	<u>53</u>
<u>Conclusiones</u>	<u>58</u>
<u>Anexo I</u>	<u>63</u>
<u>Anexo II</u>	<u>72</u>
<u>Anexo III</u>	<u>77</u>
<u>Bibliografía</u>	<u>78</u>

Presentación

Como estudiante de la carrera de Trabajo Social, durante los años 2015 y 2016, realicé mis prácticas profesionales en el Centro cultural “Gomecito”, espacio que quedó constituido como dispositivo de salud sustitutivo a las lógicas manicomiales por la reciente Resolución N° 0006 del 17 de diciembre del 2015 del gobierno de la provincia de Santa Fe. Experiencia que ha despertado mi interés por estudiar y ahondar en los funcionamientos institucionales actuales del campo de la Salud Mental, conceptualizando al mismo 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 subcampos tiene su propia lógica, reglas, regularidades. Son sistemas de relaciones independientes de las poblaciones a las que estas relaciones definen. Los individuos existen como agentes”* (Bourdieu, 2011).

Si bien a lo largo de la historia se pensó a la misma como la presencia de una enfermedad, hoy a partir de nuevos aportes que han ido constituyendo el nuevo paradigma, el proceso salud-enfermedad ya no se concibe como algo exclusivamente biológico e individual sino como un proceso condicionado socialmente, entendiendo que nuestras formas de percibir el mundo se construyen en relación con los/as otros/as, con nuestra familia, nuestra comunidad, nuestra cultura. Es por esta razón, que considero de fundamental interés poder ahondar en las nuevas estrategias de intervención que se fueron gestando en los diferentes espacios institucionales de asistencia en Salud Mental, principalmente desde un abordaje interdisciplinario, donde ya no sólo encontramos a la psiquiatría, como disciplina históricamente hegemónica del campo, sino también a una gran diversidad de otras que abordan la dimensión social de la problemática y que han tomado fuerte presencia participativa en los últimos años, entre las que encontramos al Trabajo Social.

Por lo tanto, la presente tesina, refiere, principalmente, al tema de la interdisciplina y cómo esta nueva modalidad de abordaje viene a marcar “un punto de llegada” y “un punto de partida” en el mencionado cambio paradigmático. Interpelando y reconociendo su funcionamiento institucional, su importancia práctica y los desafíos por los que atraviesa el contexto actual en Argentina.

El trabajo presenta dos partes: la Primera, donde refiero a los procesos históricos previos a la Ley, la historia de la Salud Mental en nuestro país, el abordaje médico-hegemónico disciplinar y los primeros pasos de cambios que dieron la apertura a la sanción, y la Segunda Parte, donde introdujo conceptualmente al trabajo interdisciplinario y su funcionalidad en el Centro cultural, por lo que expondré también, mis registros de campo de aquellos años, que ayudan a comprender su lógica institucional. Por último, cierro con un apartado destinado a nuestra profesión y con una lectura crítica y analítica a la realidad actual que atraviesa el campo investigado.

PRIMERA PARTE

I.I Algunos conceptos previos

Dado que la mirada central del análisis de este trabajo está puesta en la atención interdisciplinaria presente en los nuevos espacios institucionales de la Salud Mental a partir del cambio paradigmático, se hace necesario plantear algunos parámetros históricos que sirvan de ejes conceptuales sobre los cuales apoyaré la lectura interpretativa de las diferentes maneras de comprender y denominar a la “locura”, que generaron nuevas concepciones y necesidades de atención al sujeto de intervención. En este sentido, referimos a dichos paradigmas, es hacerlo a su propia historia, al origen de su organización, a las categorías y conceptos transversales del mismo, a los objetos y sujetos que involucra y a las estrategias que se apelan en la lucha por el poder, ya que se dificulta indagar sobre la postulación de la práctica profesional actual sin ahondar en los antecedentes que la fueron conformando.

Para empezar, destaco que ambos paradigmas se fueron trazando en relación a las distintas configuraciones que se utilizaron para designar a la persona como “sana” o “enferma”, “normal” o “anormal”. Éstas, a su vez, han ido variando según el período histórico, el contexto social y la cultura dominante, conformando y determinando así diferentes pensamientos hegemónicos que han marcado el proceso de atención de la problemática.

Históricamente el ser humano en tanto ser social, participa de organizaciones de convivencia y supervivencia para poder satisfacer sus necesidades, estableciéndose inevitablemente en base a un contrato social, que le impone ciertas limitaciones y condiciones a una libertad irrestricta. Es, en este contexto, donde no todos/as pueden o quieren participar de dicha construcción colectiva y de la legitimación que ella hace de los criterios de la normalidad. Así es, que a lo largo de la historia se ha definido a la “locura” como el producto de un orden social que la interpreta como una perturbación y como resultado de un intento de integración a la realidad.

La “locura” tiene entonces, como función social la legitimación de la normalidad de la sociedad. Es decir, no se es “loco/a” sino en relación a una sociedad dada, siendo la colectividad la que proporciona la definición de la enfermedad mental y la que establece de acuerdo con sus valores dominantes la distinción entre lo “normal” y lo patológico.

En consonancia, es importante resaltar el rol fundamental que operaron y operan aún las instituciones sociales, siendo que son *“organizaciones específicas de la política social, aun cuando se presentan como organismos autónomos y estructurados en torno a normas y*

objetivos manifiestos” (Faleiros, 1986: 24), ocupando un espacio político en las relaciones entre el Estado y la sociedad civil. Siendo parte del tejido social implementado por las clases dominantes para atrapar el conjunto de la sociedad, siendo funcional al poder dominante y hegemónico del campo de la Salud Mental, respondiendo con estructuras que reproducen dicha ideología y adaptándose a categorías especiales de clientela que varían según el contexto económico, social y político.

Estos cambios de contextos, no solo han ido legitimando instituciones funcionales sino que las han modificado cuando han dejado de serlo, regulando aquellos mecanismos que aislaron y perpetuaron a las personas con padecimientos mentales. Entonces, si la “enfermedad” puede ser entendida como la condición de quien se pone fuera de la norma, la institución es la sanción que tiene la función de llevar al “anormal a la normalidad”. En este sentido, la persona con “enfermedad” mental era considerada socialmente desviada y el/la profesional de la medicina, en su marco institucional, quien hacía uso de dicho control social.

Se fueron generando así, diferentes tensiones y postulados sobre la manera de entender y abordar el tratamiento con los/as pacientes con padecimiento psiquiátrico. En sus principios, las instituciones se encontraban impregnadas bajo la ideología alienista, entendiendo a ésta como una corriente de pensamiento caracterizada por tener una visión biologicista de la sociedad, propio a su vez del positivismo en el área de las ciencias sociales. Bajo las consignas de “orden y progreso”, el trabajo se constituyó en el ordenador de la vida social para la modernidad. Lo “enfermo” y lo “atrofiado”, perturba el “normal” funcionamiento del sistema social y, por lo tanto, es necesario aislarlo. Aquí es donde esta idea encuentra legitimidad, buscando reeducar a la persona “enferma” y devolverla a la sociedad una vez que se haya comprobado su capacidad laboral.

Dentro de las instituciones, la psiquiatría impone al/la paciente (la persona que busca atención para solucionar un problema), el análisis (diagnóstico) y la solución que encuentra en su reglamento y en sus conocimientos técnicos.

La institución se volvió de esta manera, una patrulla ideológica de coerción constante de la vida personal y social. Ese control, exclusión y categorización institucional fueron en nombre de la normalización social, para dar salida a las demandas de las clases dominantes.

Siguiendo en esta línea, Foucault revisó las funciones que cumplía el hospital general en el siglo XVII exponiendo que *“por primera vez se sustituyen las medidas de exclusión puramente negativas por una medida de encierro; el desocupado no será ya expulsado ni castigado; es sostenido con dinero de la nación, a costa de la pérdida de su libertad individual (...) se trata de una población sin recursos ni lazos sociales, que se encontraba*

abandonada o que se ha vuelto móvil durante cierto tiempo, debido al nuevo desarrollo económico” (Foucault, 2015:50).

Durante muchos años, la “locura” se institucionalizó bajo un sistema de “curación” asociado a esta estructura asilar, implementado con un doble sentido - el de recluir y excluir - una estrategia asistencial adaptativa-represiva sin contemplar la complejidad del sujeto. La psiquiatría, entonces, en su ejercicio confirmó su poder en un saber especializado y hegemónico. Siendo esto prioritariamente político, ya que los Estados participaron activamente en el proceso, instrumentando políticas de encierro y de control con el fin de preservar cierto orden público. El manicomio, aparece entonces, como un dispositivo disciplinar del propio Estado para el control y la sujeción de la “enfermedad” mental, destinado a quienes intentaban transgredir los límites de lo normado y lo permitido por la ideología dominante.

El manicomio como sanción moral, hizo creer que lo que “curaba” era él mismo con su disposición arquitectónica, la organización del espacio, la manera de distribuir a los individuos en el mismo, el modo de circular por él y la forma de observar y ser observado. Todo eso tiene un valor terapéutico. El hospital “curaba” en su sentido de máquina panóptica, es decir, una máquina de ejercer el poder.

¿A qué refiero cuando hablo de lógica panóptica? El *panóptico*, inventado por Jeremy Bentham en 1787, fue pensado como un modelo de prisión únicamente, pero en realidad, no lo era ya que lo es también, para un hospital, una escuela, un taller, una institución laboral y para el manicomio. El filósofo plantea que no tiene que ver exclusivamente con un plan institucional sino que es más bien un mecanismo, un esquema que da fuerza a toda institución a través del cual el poder que actúa o que debe actuar, va a cobrar la máxima fuerza, siendo el panóptico un multiplicador e intensificador del poder.

El Panóptico, era un sitio en forma de anillo en medio del cual había un patio con una torre en el centro. El anillo estaba dividido en pequeñas celdas, donde había, según los objetivos de la institución, un sujeto aprendiendo a escribir, un obrero trabajando, un prisionero expiando sus culpas, un “loco” actualizando su “locura”, etc. En la torre central, había un vigilante. Cada celda daba al exterior y al interior, así, la mirada del vigilante podía atravesar toda la celda en la que no había ningún punto de sombra y, por consiguiente, todo lo que el individuo hacía estaba expuesto a esa mirada que observaba a través de persianas, postigos semicerrados, sin que nadie, a su vez, pudiera verlo.

Debido a ésta disposición panóptica, la psiquiatría de esa época fue individualizante. Su poder disciplinario ajustaba la función sujeto a la singularidad somática por intermedio de

dicho sistema de vigilancia, que proyecta por detrás de la singularidad, un núcleo de virtualidades y establece, además, la norma como principio de partición y la normalización como prescripción universal para todos esos individuos así constituidos.

La psiquiatría clásica reinó y funcionó sin demasiados problemas entre 1850 y 1930, a partir de un discurso que la misma consideraba y ponía en funcionamiento como un discurso verdadero. En este, deducía la necesidad de la institución asilar y la necesidad de que cierto poder médico se desplegará dentro de ella como ley interna y eficaz.

A partir de las décadas de 1930 y 1940, aparecen las primeras críticas institucionales que ponían en relieve dos cuestiones primordiales. Por un lado, la violencia del poder médico que se ejercía en ella, y por otro, los efectos de desconocimiento que perturban desde el comienzo la verdad supuesta de ese discurso médico. Por lo tanto, en esa forma de análisis, se partió de la propia institución para denunciar el poder y analizar los efectos de desconocimiento, analizando las relaciones de poder propias de la práctica psiquiátrica.

En este sentido, se comienza a pensar en la necesidad de un análisis más complejo: pensar a la “locura” como algo esencialmente social, incumbe no sólo el análisis y la intervención de la psiquiatría, sino también un análisis sociológico, por lo que, la Salud Mental, como problema social, comienza a ser abordado estratégicamente desde las distintas dimensiones sociales, culturales y políticas, generando diferentes cambios y avances en el plano de la atención, donde en la nueva forma de implementar las prácticas, se va a plasmar la nueva forma de organización de dichas relaciones.

Como ya he mencionado en la presentación del trabajo y tomando el aporte que brinda Rojas Soriano, entiendo al proceso salud-enfermedad enraizado en las condiciones objetivas de vida de quienes lo padecen. El 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, 1983:9). En este marco, considero que la sociedad es quien genera las condiciones para el surgimiento de la “enfermedad” mental. Citando a 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, 1990:82).

El término “salud mental” se ha ido imponiendo como alternativo al de Psiquiatría, subrayando su aspecto de prevención (en el que comenzó a insistir la Organización Mundial de la Salud) y el hecho de que la tarea exige la participación, además de psiquiatras y otros profesionales, de algunos sectores de la población implicados, de legisladores y de políticos. La salud mental es parte de la salud integral de las personas y se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral y con la capacidad de integración al medio social y cultural. Por lo tanto, cuando se habla de salud mental, se refiere al bienestar emocional, psíquico y social que permite encarar los desafíos de la propia vida y de la sociedad en la que se vive. Es decir, la capacidad que cada persona tiene de relacionarse con los/as otros/as, con su comunidad, su familia y su entorno en general.

Por ende, toda teoría en el campo de la Salud Mental viene a ser expresión de una política, es decir, producto de un modelo específico de articulación del saber con el poder, en función de ciertos objetivos sobre el ser humano y las relaciones sociales. La importancia de esta manera de plantear el problema no es sólo politización de las prácticas o teorías, sino la recuperación consciente y en plenitud de las dimensiones sociales y políticas que están presentes en el campo, en función de procurar un ajuste más preciso de los objetivos: producir valores positivos de salud en las relaciones humanas, contrarrestar las capacidades patógenas de la vida social, asistir a los que enferman.

La implementación de esta conceptualización, se realizó en el marco del sostenimiento de una ética que considera al “sufrimiento mental” con su historia, su sensibilidad, su experiencia y su memoria. Esto pretendió dar cuenta de la dimensión conflictiva de toda existencia humana, incluyendo al sujeto para una comprensión conjunta de su malestar psíquico. En contraposición a la postura de la psiquiatría positivista que consideró al trastorno como una enfermedad, prescindiendo del sujeto e ignorando el conflicto que expresa el síntoma, ya que este sería solo el signo de un trastorno en los equilibrios cerebrales suprimido a través del medicamento.

Con el advenimiento de éstas distintas corrientes que cuestionaron fuertemente la lógica asilar y la primacía del saber omnipresente de la psiquiatría clásica, se comenzaron a pronunciar y a desarrollar diferentes experiencias alternativas a la lógica manicomial. Éstas consistieron en concepciones innovadoras que intentan humanizar el hospital y la atención psiquiátrica. Estas tendencias, fertilizaron un terreno propicio para que el psicoanálisis hiciera sus aportes.

Considero importante resaltar dos movimientos contra hegemónicos que marcaron un antes y un después en la psiquiatría, ellos son: la Anti-psiquiatría en Inglaterra y Psiquiatría

Democrática en Italia. Ambas corrientes compartieron la idea de que el manicomio es un auténtico productor de trastornos irreversible. El acento estuvo puesto en cuestionar el lugar en que la enfermedad es abordada, más que la locura en sí.

Siguiendo con el propósito de reestructurar el sistema de atención en Salud Mental, se postuló la propuesta de “desmanicomialización” o “desinstitucionalización”, que en pocas palabras, significó rehabilitar la subjetividad del/de la que sufre psíquicamente, recomponiendo la sociabilidad que no se reduce, ni se agota únicamente en una estrategia de relocalización del/de la paciente.

Rotelli expresa que la “desinstitucionalización” se vuelve “*reconstrucción de la complejidad del objeto, poniendo el énfasis en el proyecto de invención de la salud y de reproducción social del paciente*” (Rotelli, 1982:175). Los programas de la salud mental deben ocuparse no sólo de prevenir el sufrimiento psíquico y de asistir a las personas que lo padecen, sino también de atender a las múltiples dimensiones psicosociales de la salud en general, ya que son los múltiples factores socio-culturales, políticos y científicos-técnicos los que van produciendo el funcionamiento social.

En esta línea, la perspectiva de la “desinstitucionalización” expone un nuevo paradigma que implica diseñar dispositivos de trabajo que apoyen la sociabilización contemplando las diferencias respecto de la inserción en espacios productivos y sociales en la vida de los sujetos. Desde este punto, en los espacios institucionales se han ido produciendo cambios en la lógica de funcionamiento que han dado lugar a la problematización de las condiciones de vida de las personas, el proceso de institucionalización, los efectos destructivos en la subjetividad, las prácticas represivas como formas de tratamiento, la pérdida de los derechos y de la identidad y la exclusión de la participación en la vida social.

Estos postulados implicaron desandar un camino en la institucionalización poniendo en marcha estrategias de externación, de reubicación y garantizando dispositivos de atención interdisciplinarios complementados con programas de resocialización. De esta manera, el campo de la Salud Mental comenzó a repensar su proceso de atención incorporando nuevas estrategias y prácticas que persigan ésta nueva lógica, desplegando una serie de avances legislativos en el contexto internacional que han operado como instrumentos sumamente valiosos y han permitido avanzar sobre la creación de legislaciones nacionales; principalmente, en la nueva Ley Nacional de Salud Mental 26.657, sancionada en 2010.

La misma, que en su Artículo 3º reconoce a la Salud Mental como “*un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social*”

vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Art. 3 Ley Nacional de Salud Mental, 2010:12) marca un antes y después en esta nueva manera de conceptualizar y entender los padecimientos y también en el abordaje de los funcionamientos institucionales.:

Para poder dar cuenta de ello, destaco tres elementos claves presentes en dicha legislación que fueron orientando el nuevo camino a transitar y que comenzaron a denotar en los diferentes espacios de atención:

El primero, en relación a los *derechos humanos*. Se establece la defensa de los derechos de los/as pacientes en su Artículo 7° modificando el Código Civil. Éste es un elemento central para impedir las internaciones de personas por su peligrosidad, *“la internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente”* (Art. 7 Ley Nacional de Salud Mental, 2010:23).

El segundo elemento a destacar y en donde voy a hacer mayor hincapié a lo largo de la investigación, es en la incidencia del *equipo interdisciplinario*, que a mi parecer, es un elemento central cuando se plantea que *“debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinente”* (Art. 8 Ley Nacional de Salud Mental, 2010:19). Siguiendo en relación a esto: *“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”* (Art. 9 Ley Nacional de Salud Mental, 2010:19).

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

En este punto, destaco que en el mero ejercicio e intervención profesional también se escucha hablar de “multidisciplina” y “transdisciplina”. La primera, entendida como un proceso mediante el cual varias disciplinas coinciden para cumplir un determinado objetivo, pero que a diferencia de la interdisciplina, no implica un diálogo o interacción entre las partes ya que cada una se dedicará a la creación y/o estudio del objeto común desde su marco conceptual o su marco de acción. Y el segundo concepto, representa una relación compleja de disciplinas en la que la creación de un nuevo marco conceptual y de acción son necesarios para hacer posible el abordaje del objeto en común que fue creado por las disciplinas unidas. Es decir, que implica la creación y el abordaje de un objeto totalmente nuevo que necesita, y merece, la creación de un marco que no se configure, como en el caso de la interdisciplina, con la puesta en común de saberes individuales, siendo que ese nuevo objeto y marco trascienden los de cada disciplina, por separado o de modo interdisciplinar, se encargaban de estudiar.

En estas circunstancias, si bien por momentos el intento del trabajo interdisciplinario puede recaer en una multidisciplinariedad, se descarta apuntar a una transdisciplina, siendo que la necesidad en este campo es reabrir el abordaje al padecimiento subjetivo, donde se hace fundamental que se logre una definición multidimensional de la problemática, de un objeto mismo ya existente, evitando las estrategias y prácticas interventivas que sean exclusivas de lo psicofarmacológico individual.

El tercer y último elemento, es en relación a las *estructuras manicomiales*, donde a partir de la presente ley queda prohibida la creación de nuevos manicomios e instituciones de internación monovalentes, tanto públicos como privados. Y en relación a los ya existente, impone que se adapten a los objetivos y principios expuestos, hasta la sustitución definitiva por dispositivos alternativos. Ésta idea, no solo refleja una realidad superadora, sino que además vuelve a definir al tema de la salud mental como un trabajo necesariamente interdisciplinario e intersectorial.

Y es, en estos tres elementos, donde encuentro principalmente un punto de inflexión conceptual y práctico que viene a marcar el gran cambio paradigmático que nos atraviesa. Un “punto de llegada” para ciertos avances, luchas y debates, pero que no tienen un fin acabado aún, sino que postulan a su vez un “punto de partida” hacia un camino de nuevas aperturas, propuestas y desafíos profesionales.

Es por ello que, mi interés central radica fundamentalmente en el análisis e indagación de la puesta en marcha y funcionamiento de estos elementos, y principalmente, el que refiere al trabajo interdisciplinario, donde toma relevancia la profesión del Trabajo Social y dónde

creo que se construyen los principales ejes para sostener y defender una intervención compleja y democrática que persiga y luche por los derechos de las personas con padecimientos mentales.

I.II Historia de la salud mental en Argentina

Como he mencionado, a lo largo de la historia distintas sociedades humanas han tenido actitudes diversas con las personas con padecimientos mentales siendo que, los valores culturales generan una fuerte influencia en las condiciones de salud mental de una sociedad influyendo en toda la organización sanitaria.

La salud de los/as habitantes constituye un problema central en la sociedad, donde el Estado ha de tener un rol decisivo en la manera de concebir y afrontar dicha problemática. Por lo que me resulta necesario realizar un breve recorrido por la historia argentina que ha ido marcando los diferentes espacios de atención.

Entre los años 1880 y 1930, período de organización nacional en nuestro país, el alienismo comienza su desarrollo de la mano del advenimiento del Estado y de la consolidación de un enfoque médico-biológico. Bajo el lema “gobernar es poblar”, se promueve una apertura a las corrientes inmigratorias, modificando la distribución de la población, por lo que el asilo aparece como el lugar indicado para la construcción de un nuevo sujeto moral donde el trabajo ocupa un rol importante como medio de recuperación de la salud y las buenas costumbres.

Foucault, en sus escritos, ha señalado la coincidencia estructural de la medicina y de la economía a partir de la común referencia al valor central del trabajo como fundamento de riqueza y equivalente de salud; por lo que a mi entender, la “locura” fue considerada una forma de improductividad.

En esta línea, destaco que el momento fundacional de la psiquiatría rosarina (ciudad de nacimiento y desarrollo de la institución de interés) data en 1927. Año que cifra una década en la que se manifiesta el cruce entre los efectos del proceso civilizador que transformó a la Villa del Rosario en ciudad moderna y la democratización política de la sociedad argentina. Se da en un contexto del positivismo social con sus premisas de orden, control y clasificación, amalgamado con un humanismo progresista sensible a los reclamos populares, que justifica la necesidad de un dispositivo continente de esas formas de marginalidad social y diferencia existencial que son la “locura” y la “debilidad mental”.

Es en este marco que se encontraron las condiciones que hicieron viable la organización de la primera psiquiatría en Rosario y la fundación de hospitales psiquiátricos, con un intento de aclarar la confusión entre lo “normal” y lo patológico, buscando marcar una separación entre: lo “normal” afuera y lo patológico adentro.

En una de sus entrevistas¹, Galende destaca que para entender el problema de los manicomios es necesario entender el problema de la pobreza y de desigualdad. El autor data que durante 200 años cuando alguien tenía cierto síntoma de trastorno o sufrimiento eran encerrados de por vida en un hospital psiquiátrico. Esta noción de manicomios, da por hecho todas las formas de locuras eran manías. Su razón fundamental, la pobreza. Por lo que los lugares de alojamientos, se convierten en lugares de reclusión, donde los pobres, eran obligados a someterse a las internaciones, mientras que los ricos acudían en otros circuitos (clínicas privadas) con internaciones transitorias y luego volvían a su vida habitual. En este contexto, y con el crecimiento de la criminología hacia fin del siglo, que la “locura” adquirió un nuevo carácter de peligrosidad, como noción necesaria para hacer pasar un hecho asistencial como un fenómeno de protección. Es decir, el peligro pasa a servir como elemento que logra permitir toda la puesta en marcha del proceso de internación y asistencia.

Luego de 1930, con políticas provenientes de Europa, se busca facilitar las condiciones de vida para la creciente clase obrera, bajo el surgimiento conceptual de la seguridad social. Paralelamente, en el ámbito de la salud, se presenta la misma tendencia, donde el centro está puesto en la erradicación de enfermedades como la malaria.

Los años correspondientes al peronismo en Argentina (1943-1955) se caracterizan por una planificación estatal centralizada que produce el ingreso de la clase obrera a la constitución del Estado, por lo que se crea el Ministerio de Salud, estableciendo una red de servicios asistenciales. Durante estos años, también, se creó la APA (Asociación Psicoanalítica Argentina) que funcionó como grupo cerrado y elitista, destinado a conducir el crecimiento y desarrollo de los psicoanalistas freudianos en el país, la característica urbana de ese grupo y su proporción teórica, lo transforma en un aliado inconsciente de los grupos industriales e intelectuales. Dentro de la misma, se produce un movimiento de discusión que va a producir su fractura promoviendo una recomposición del grupo de trabajadores/as que se ocupan de la salud mental. Este período se caracteriza por la apertura institucional hacia otras disciplinas y hacia la sociedad. Se traduce, además, la incorporación de los/as trabajadores/as de la salud mental a las luchas populares.

Luego de 1976, nuestro país se sometió a un proceso de desnacionalización y entrega de la economía, marcado por la represión física, la destrucción del movimiento obrero, la corrupción, la inflación descontrolada y el deterioro de redes socio-primarias. Las instituciones de salud corrieron la misma suerte que el resto de la sociedad pública. Los/as

¹ Entrevista realizada en mayo del 2015 por estudiantes de la Universidad Nacional de Lanús. “*Transformaciones políticas e intelectuales en los abordajes en Salud Mental*”. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=qG77-ss10jA&t=98s>.

trabajadores/as de la salud mental fueron uno de los grupos profesionales más golpeados. Se desmantelaron los servicios en los hospitales públicos y las instituciones de salud comenzaron a manejarse con el criterio de oferta y demanda y volvió a predominar el modelo asistencialista y asilar en la atención psiquiátrica.

Fue a partir de 1983, con el advenimiento de la democracia en nuestro país, que la salud mental se comienza a considerar por el Gobierno Nacional, como una de las necesidades más importantes en materia de políticas de salud, requiriendo de modificaciones conceptuales y prácticas.

Estos procesos y transformaciones tanto políticas como sociales, han ido incidiendo fuertemente en las construcciones y en las lógicas funcionales de los diferentes espacios de atención a la salud, siendo que paralelamente al contexto sociopolítico de nuestro país, se fue dando un debate sobre la modalidad de entender y trabajar el padecimiento mental, poniendo fuertemente en tensión la medicina como poder hegemónico, reconociendo la necesidad de un cuerpo teórico y práctico que logre definir a su objeto que en sí mismo incluye dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, antropológicas y culturales.

I.III El poder disciplinar

Hasta aquí he mencionado en la historia del campo de la Salud Mental, una asistencia que propone hegemonizar el campo de lo médico, imponiendo una serie de criterios de objetividad de la “enfermedad” que los considera certeros pero que en su desarrollo de atención olvida a la persona que sufre, reclamando así otro tipo de asistencia que logre comprender a la persona “enferma” en sociedad, reintroduciéndola en su tiempo, en su geografía, en su cultura, en su contexto social.

Es importante no olvidar, que no siempre existió tal lectura y que, históricamente, han ido reinando diferentes disciplinas hegemónicas. Esto tiene que ver con que, la definición que la cultura le da al sufrimiento mental, construye el lugar en que ha de constituirse el conocimiento y define la disciplina que ha de encargarse del mismo.

Por lo tanto, cabe entender principalmente que este pasaje de la hegemonía médico psiquiátrica a la comprensión más amplia de Salud Mental como campo fuertemente ligado a lo socio-político, es producto tanto de una nueva concepción del padecimiento psicológico como de una nueva conciencia social surgida de la crisis del individualismo, que ha de centrarse en las lógicas grupales y comunitarias.

Tomando los aportes de Galende, entiendo que *“toda disciplina es, en primer lugar, un lugar acotado y específico de la práctica social, que genera las teorías que han de corresponderse con esas prácticas y las legítimas. Asimismo, una práctica es en general un proceso de transformaciones efectuado por un trabajo humano determinado. Las técnicas son modos de operación con instrumentos diversos, sobre un campo o sector de la realidad y tendiente a su transformación. De este modo, la disciplina define las prácticas y técnicas que se realicen ya que la técnica requiere de los saberes que la disciplina formula o formaliza”* (Galende, 2012:28).

Cada una de estas orientaciones constituye paradigmas diferentes, en tanto conforman una red de pensamientos en relación con un objeto que se apropia y establecen una comunidad de científicos que permite considerarlos como disciplina autónoma. En esta línea entendemos que la disciplina, en palabras de Morin es, *“una categoría organizacional en el seno del conocimiento científico; ella instituye la división y la especialización del trabajo y responde a la diversidad de los dominios que recubren las ciencias”* (Morin, 1998:1).

Luego de la segunda mitad del siglo XIX se inicia en el campo de las ciencias sociales un proceso de subdivisión entre teoría y práctica. Es decir, entre los productores de conocimientos (investigadores) y los que “intervienen en lo social”.

El autor dice que *“el espíritu hiperdisciplinario va a devenir en un espíritu de propietario que prohíbe toda incursión extranjera en su parcela del saber”* (Morin, 1998:1) generando una permanente tensión interdisciplinar en el abordaje de un mismo problema, donde la disputa dificulte la búsqueda de conocimiento y de respuestas, “egoísmo disciplinar”.

Las distintas disciplinas fueron construyendo prácticas y discursos de diversas lógicas otorgando al ejercicio profesional diferentes comprensiones que resultan de las trayectorias socio-históricas, definiendo el tipo de intervención de acuerdo a cómo se entiende la problemática social y cómo se consideran las necesidades y/o problemas determinando la especificidad de la misma.

Se fue fragmentando el modo de abordar lo social, lo mental, lo biológico, etc., considerando una “atención individualizada” basándose únicamente en la relación “sujeto-individual-problema”. Esta individualización de la función social de la profesión, provocó en los sujetos demandantes de una intervención la representación de quién es el profesional “que debe actuar” de acuerdo al área: lo físico, lo social, lo psíquico, etc.

Esta delimitación de los campos disciplinares, se presenta, como ya vimos, como resultado de un proceso socio-histórico en el que se van conformando las áreas de los conocimientos específicos. Constitución de comunidades científicas con cierta lógica de funcionamiento, producción teórica, prácticas específicas, comunicación, valores, etc.

A la par que se produce una ideología o teoría general sobre determinados conocimientos sobre el bienestar psíquico y mental, se ha definido una escasez notable de recursos teóricos y técnicos para una intervención conforme en la comunidad. Esto despertó la necesidad de incorporar lecturas y profesionales de otras disciplinas. Allí se definió la creación de los llamados “equipos de salud mental” y se comenzó a hablar de “interdisciplina”.

Fue luego de la segunda guerra mundial, que las reformulaciones de lo psiquiátrico generan un reordenamiento de la disciplina por inclusión de saberes y profesionales de otros espacios y ámbitos no médicos. Es decir, un reordenamiento a través de las soluciones interdisciplinarias, donde se reúnan las diferentes dimensiones que se acepta que intervienen en la “enfermedad” mental y su tratamiento.

Por lo tanto, las diferentes formaciones profesionales deben pasar de un primer momento en que se ha producido una subjetividad singular que conoce las categorías y valores propios de su objeto a un segundo momento, que se viene a constituir en la experiencia puesta en relación con otros saberes, otros valores, otras categorías y conceptos

propios de otras disciplinas. Este momento crítico, es el llamado momento interdisciplinario. Galende define que el mismo, nos obliga a una posición subjetiva que llamó “intersubjetividad interior”. Él explica, *“se trata de lograr una subjetividad transdisciplinaria, aquella en que podemos integrar, los saberes y prácticas de las otras disciplinas con las que compartimos el campo de intervención. A la consideración de la subjetividad respetuosa de la libertad y la autonomía de nuestros pacientes, debemos acompañar una subjetividad del terapeuta abierta a esta dimensión transdisciplinaria”* (Galende, 2012:28).

En este sentido, buscar separar en partes las totalidades nos priva de aprehender lo que genera la complejidad. *“(…) ‘lo complejo’ no es ya más sinónimo de ‘lo complicado’; ‘lo complejo’ es sencillamente eso, ‘complejo’, y como tal debe ser aprehendido”* (Sotolongo Codina y Delgazo Luiz, 2006:70). Para ello ha habido que renunciar a esa desmembración en partes de las totalidades y elaborar medios conceptuales, metodológicos y metódicos para su comprensión inmediata como totalidades complejas.

Retomando nuevamente la entrevista de Galende, expone que generar pensamientos más complejos e interdisciplinarios tiene que ver con sacarle el poder a la medicina, quien ha sido la responsable de los 200 años de manicomios. Postula responder desde el plano del conocimiento y atención de los problemas de sufrimiento mental y desde la existencia real de las personas, su vida social y familiar, a los problemas de integración social y cultural, *“generar una cabeza central que trascienda las disciplinas, que refleje en el conocimiento la complejidad de la existencia. No solo pararnos desde psicoanalista sino saber y pensar en las familias, el trabajo, vivienda, pensar en todas las problemáticas que rodean cualquier tipo de trastorno mental”* (Galende, 2015).

I.IV Hacia un nuevo paradigma

“(...) algunas noches paseaba cuando ellos cenaban, y ahí descubrí que hablaban mientras en el espacio de consultorio no lo hacían. Hablaban de sus historias de vida. En ese momento, me di cuenta que los psiquiatras no sabíamos nada de los pacientes. Nunca antes habíamos pensado qué situación de vida le causaron trastorno y lo llevaron a estar en el hospital psiquiátrico. El conocimiento médico biológico ha impedido conocimiento real, conocimiento psíquico, la vida de esa persona, en qué condición vivía, cómo es su relación con la sociedad, los amigos, la familia. Toda esa existencia de vida había sido ignorada. La internación y medicalización, calmaban ciertos síntomas pero dejaban en la oscuridad su historia de vida...” (Galende, 2015).

Pensar en un modelo de intervención interdisciplinar procura fundamentalmente entender a la salud mental como un padecimiento que excede el carácter individual y privado, en cuanto a su estructura mental. Para ello, lograr una articulación entre profesionales de distintas disciplinas permitirá un intercambio horizontal de saberes de cada una sin que exista una supremacía de una sobre otra, un trabajo orientado al abordaje biopsicosocial desde una visión integradora y global de la salud, principalmente, garantizando los derechos de las personas con padecimiento mental.

Pienso que este abordaje debe trascender las particularidades disciplinarias para orientarse a situaciones colectivas de construcción de saberes y prácticas, siendo que la participación en un equipo de esta índole implica numerosas renunciaciones, la primera, a considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema.

Fue en esta línea, y con la democracia en 1984, que se comenzaron a presentar experiencias que constituyeron la base de la discusión iniciada para culminar con la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, dejando de ser los problemas del padecimiento mental únicamente cuantitativos siendo también cualitativos. Introduciendo así, una nueva manera de entender a salud, desde una visión más racional y adecuada.

En Argentina, se comenzaron a criticar las características represivas de los hospitales psiquiátricos y todos sus efectos de encubrimiento que la medicina había producido sobre la verdadera naturaleza de las enfermedades que trata. Se vio la necesidad de fundar esta intervención de un carácter más preventivo que asistencial, atendiendo directamente a las fragilidades subjetivas por las que hicieron su aparición las enfermedades, entendiendo que son las formas de vida social las que generan la sociedad actual, las responsables de dicha problemática.

Estos avances fueron constituyendo una ruptura epistemológica, siendo que se trató no solo de un cambio en la definición misma del sujeto, sino de todo el conjunto de prácticas de intervención, generando una redefinición de los lugares de las disciplinas existentes.

Para ir comprendiendo los avances que comenzaron a darse en los espacios profesionales y de atención en nuestro país, considero importante resaltar los aportes de Basaglia, quien propone trabajar para construir en la práctica un servicio público que corte radicalmente con el manicomio. Es decir, *“un sistema de instituciones que no deban ser pagados con el precio de libertad del individuo”* (Basaglia, 2008:13). Para el autor, la libertad del/a “enfermo/a” no se afirma en la “no intervención” por parte del/a profesional, de hecho considera que este comportamiento, podría traducirse en violencia de abandono. La libertad impone para Basaglia *“un drástico repensar del trabajo del médico, su rol social y su responsabilidad. Y en este sentido, ahora que se ha demostrado que se puede asistir a la persona loca de otra manera, la pelota pasa, a la política, que debe proceder con su capacidad de transformar en sentido democrático las instituciones sanitarias y las estructuras de vida social”* (Basaglia, 2008:13).

Se comenzó entonces por tratar de recuperar en las prácticas terapéuticas las dimensiones políticas y sociales, tanto para una atención más adecuada de su complejidad como para fundar una intervención más dirigida a los grupos humanos o comunidades: familia, grupos, escuela, otras instituciones, etc., como nuevo campo de intervención en el que ya no hay una sola profesión o práctica hegemónica, sino una integración de distintas profesiones.

Estas actuales políticas no solo dejaron de objetivar al sujeto, sino que desde su complejidad social y política, hicieron jugar su intervención práctica en el mismo plano colectivo en que se producen sus problemas, permitiendo el reconocimiento de estructuras sociales y culturales generadoras de la enfermedad.

Se propuso así, tratar de actuar en los sectores del tejido social donde se producen las fracturas de la relación humana, ayudando a recuperar lo que se entiende como condición necesaria de un desarrollo subjetivo más pleno: el lazo social, la solidaridad grupal, la asunción colectiva de los problemas.

En este sentido, a partir de la década del ‘80 en Argentina, las nuevas concepciones de salud mental se encontraron orientadas por los siguientes principios:

- Cierre progresivo de los manicomios.
- Creación de redes para la atención y prevención.

- Modificación de los criterios psiquiátricos tradicionales centrados en el diagnóstico de enfermedad hacia criterios basados en la salud y sus requerimientos.
- Lograr que el/la usuario/a, su familia, los miembros de la comunidad que mantenían relación con ellos/as, participen del proceso de atención.
- Lograr la participación, integración social y comunitaria, atención ambulatoria y no discriminación.

La palabra “desinstitucionalización” o “desmanicomialización” se fue imponiendo como consigna importante para restablecer las condiciones de ciudadanía plena arrebatadas por la institución asilar. Identificando a este proceso, en realidad, como un proceso que implica fijar y diseñar las pautas para una nueva organización, un nuevo sistema distinto de abordar la salud mental a partir del surgimiento de estos nuevos instituyentes.

En esta línea, un primer avance legal importante para las instituciones de interés del presente trabajo, fue la sanción de la Ley provincial N° 10772, en la provincia de Santa Fe, que dejó de reconocer a las instituciones como hospitales manicomiales y psiquiátricos, para definirlos en hospitales interdisciplinarios.

La misma también, comienza a priorizar los derechos del/a usuario/a que empiezan a cobrar relevancia en el proceso de atención, ignorados hasta el momento. Reconociendo en su artículo 2°, *“derecho a ser escuchado, informado y a su intimidad. La persona que padezca sufrimiento por, o en su salud mental, y esté en tratamiento, deberá ser escuchada y tenida en cuenta en sus opiniones. Deberá ser informada a su vez, por el profesional, sobre el tipo de tratamiento a realizar, sus características, condiciones de desarrollo y posibilidades de recuperación. Asimismo será preservada de actos que mortifiquen sus sentimientos o hieran sus convicciones, de la divulgación de su conducta y de la revelación de los sufrimientos que padece, resguardándose su intimidad de toda intromisión innecesaria”* (Art. 2 Ley Provincial de Salud Mental, 1991:1)

En este largo y tendido proceso, se buscará inventar una salud nueva integrada, que descarte la posibilidad de marginar y aislar a la persona “distinta, enferma, loca, trastornada” históricamente objetivizada, transformando los recursos, las instituciones y las redes comunitarias para redefinir la práctica en Salud Mental en reconocimiento de derechos y construcción de ciudadanía.

SEGUNDA PARTE

II.I Una nueva modalidad de abordaje: La interdisciplina

Como ya adelanté en la presentación y en la primera parte de éste trabajo, la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, sancionada el 25 de noviembre del año 2010, marcó un antes y un después no sólo en la manera de considerar al usuario/a como sujeto de derecho, sino también en los abordajes de atención y asistencia.

Si bien actualmente podemos pensar que hablar de dicha ley genera una serie de controversias sobre las que ahondaré más adelante, el interés central en esta segunda parte es entender la interdisciplina como punto de inflexión en los espacios institucionales, más propiamente en el Centro cultural “Gomecito”.

Entonces, ahora sí, ¿de qué hablamos concretamente cuando hablamos de interdisciplina?

Para comenzar, citaré a Alicia Stolkiner, quien realizó investigaciones en torno a dicha dinámica en el presente campo. Ella dice: *“la interdisciplina nace de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos”* (Stolkiner, 2005:1).

Hablar de interdisciplina significa pararse necesariamente en un paradigma post-positivista; reconocer un código único que agrupa a quienes adhieren, de diferentes maneras, a una epistemología que reconoce la historicidad del objeto y, por lo tanto, la necesidad e importancia de la construcción de los saberes disciplinarios, que no supone, dice la autora, relaciones lineales de causalidad y que antepone la comprensión de la complejidad a la búsqueda de los saberes disciplinarios.

La interdisciplinariedad es un posicionamiento que obliga, básicamente, a reconocer la falta de herramientas de cada disciplina, inscribiéndose en la acción cooperativa de los sujetos. Hace referencia al modelo de trabajo, al método con que se desarrolla y a la forma en que se aplican los conocimientos y las técnicas. Es una puesta en común, una forma de conocimiento, de entender y abordar un fenómeno o problemática determinada.

Lo interdisciplinario, *“es la conjunción de lenguajes que hablan de cosas distintas en términos diferentes y, por lo tanto, implica un arduo esfuerzo, mancomunar puntos de vista, acercar diferencias de significado de las palabras y construir un marco. El trabajador social es, en este sentido, un actor privilegiado dado que por su relación con los sujetos, y por la*

posibilidad de recuperar lo más significativo de su vida cotidiana, puede realizar aportes valiosísimos al resto del equipo que coadyuvan a la valoración de la situación particular” (Follari, 1992:8). Considerando que trabajar interdisciplinariamente en Salud Mental implica un trabajo muy complejo teniendo en cuenta las diferentes perspectivas de cada uno/a de los/as profesionales. Es esta diversidad de concepciones la que entra en juego a la hora de pensar estrategias que aborden las problemáticas particulares de los sujetos con los cuales se trabaja. Podría pensarse, también, como una manera de unir disciplinas, pero el trabajo interdisciplinar depende del momento, de la actividad; leer actores, construir leyendo intervenciones, no sólo una construcción colectiva desde la concepción, sino desde la acción. Por ende, la interdisciplinariedad implica encontrar puntos de contacto entre las disciplinas en la que cada una aporta sus problemas, conceptos y métodos de investigación, generando discusiones filosóficas, teóricas y metodológicas en el campo del conocimiento científico. La tarea debe ser la búsqueda de las interrelaciones internas de un todo, que se resume en la frase “el todo es algo más que la suma de sus partes”.

Se requiere, así, de profesionales y técnicos que asuman el desafío de “trasponer las barreras” que se auto-imponen a las disciplinas y sus agentes, sin perder la autonomía disciplinar, para refundar una intervención profesional que logre la construcción de conocimientos a través de un proceso colectivo, implicando una nueva construcción de las prácticas profesionales, siendo que se constituye un proceso en el cual los límites de las disciplinas individuales trascienden a fin de estudiar problemas desde perspectivas múltiples e integrales, para producir conocimientos con mayor correspondencia con la realidad empírica.

Construir nuevos marcos conceptuales compartidos no implica anular la especificidad de las disciplinas, sino que trata de reconocer las limitaciones de cada una en el abordaje de problemáticas complejas. Entendiendo que lo colectivo implica la decisión de trabajar, conjuntamente, en la producción de nuevos conocimientos, prácticas profesionales y definición de funciones.

En este sentido, hablar de interdisciplina nos introduce también hablar de pluralismo, para promover un abordaje democrático de la praxis científica y profesional, *“pluralismo es sinónimo de apertura a lo diferente, de respeto por la posición ajena, considerando que esa posición, al advertir sobre nuestros errores y límites y al ofrecer sugerencias, es necesaria al propio desarrollo de nuestra posición y, de modo general, de la ciencia”* (Vasconcelos; 2000:2). Reconociendo la necesidad de miradas diferenciadas para un mismo objeto, no pudiendo prescindir de la especialización.

Considero importante sumar los aportes de este autor siendo que, él mismo, realiza un análisis de la interdisciplina a partir del campo de la Salud Mental, con su consecuente paradigma de desinstitucionalización y sus repercusiones interdisciplinarias, planteando que, estas últimas, serán “reubicadas” en el nuevo paradigma; proponiendo diferentes conceptualizaciones a partir de grados de cooperación y coordinación creciente entre las disciplinas, a saber:

- *Multidisciplinariedad*: disciplinas simultáneas, sin señalar las relaciones existentes entre ellas.
- *Pluridisciplinariedad*: yuxtaposición de disciplinas, situadas generalmente en el mismo lugar jerárquico, agrupadas de modo que aparezcan las relaciones existentes entre ellas.
- *Interdisciplinariedad auxiliar*: utilización de una o más disciplinas para el dominio de otra disciplina específica ya existente, que se posiciona como campo receptor y coordinar de las demás.
- *Interdisciplinariedad*: “*exige la identificación de una problemática común, de las concepciones políticas y teóricas básicas, se colocan en común los principios y conceptos fundamentales, esfuerzo por una decodificación recíproca de la significación, de la divergencias y convergencias de esos conceptos, se genera un aprendizaje mutuo no por adición*” (Vasconcelos; 2000: 4)
- *Transdisciplinariedad*: coordinación de todas las disciplinas e interdisciplinas del campo sobre la base de una axiomática general.

Es importante resaltar que estas clasificaciones no son estáticas, sino que más adelante se verá cómo en la práctica profesional van mutando de unas a otras, dándose diferentes niveles de intervención y trabajo conjunto, dependiendo cuál sea el interés del mismo.

Para seguir ampliando esta modalidad de abordaje de la complejidad y conocer concretamente cómo se desarrolla en los espacios institucionales, expondré previamente la historia del Centro cultural “Gomecito”; conociendo, así, su origen y funcionalidad como dispositivo alternativo.

II.II Hospital “Agudo Avila”

Resulta imposible ahondar en la fundación del Centro cultural “Gomecito”, sin entrar en los orígenes del Centro Regional de Salud Mental “Agudo Ávila”, siendo que, durante muchos años, no sólo dependió del mismo, sino que, también, marcó las lógicas y procedimientos de atención a la problemática.

Luego de que el 23 de abril de 1918 se presentará en la Universidad del Litoral un proyecto en la Cátedra de Medicina Legal, la Cátedra de Psiquiatría de Adultos se transformó en el Instituto de Psiquiatría de la ciudad de Rosario. Dos años después, el Dr. Antonio Agudo Ávila, tras obtener un contrato, organizó, desde la Facultad de Medicina, la creación del 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 crea definitivamente lo que es hoy el Centro Regional, que comenzó a funcionar el 1º de octubre de 1927, contando en ese momento con cinco pabellones dedicados al tratamiento de enfermos/as mentales, tanto niños/as como adultos/as.

Después de 54 años de dependencia a la Universidad Nacional de Rosario, el hospital pasó a formar parte del Servicio de Psiquiatría del Hospital Provincial Centenario (hospital público de alta complejidad), y en ese mismo año se evidenció una gran demanda, generando que la guardia estuviese sostenida por residentes las 24 horas, y los pabellones atendidos por algún docente referente.

Cabe resaltar que hasta antes de la última dictadura cívico-militar, en el hospital funcionó una experiencia de comunidad terapéutica, sostenida por estudiantes de diversas carreras (antropología, psicología, medicina, enfermería, entre otras) y los/as médicos/as dependientes de la universidad. La misma, no contaba con presupuesto propio ni organización administrativa que diera cuenta de la necesidad del servicio, siendo la internación el elemento principal del tratamiento psiquiátrico ofrecido por el Centro hasta 1983.

Como hemos visto, fue con el advenimiento de la democracia en nuestro país, que se esbozaron algunas alternativas, haciendo posible la asistencia de emergencia como dispositivo institucional predominante desde 1989. Esta idea del hospital-escuela comenzó a desmoronarse a partir de la década de 1990.

El 9 de octubre de 1991, con la resolución N° 1479 y de la mano de la Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772, el Servicio de Psiquiatría se transformó en el actual Centro Regional de Salud Mental, como único agente de salud monovalente (es decir, de una sola

especialidad) en Salud Mental, organizándose como una estructura hospitalaria. La conducción y el personal del mismo pasaron a depender de la provincia de Santa Fe.

Las nuevas alternativas que surgieron a nivel mundial en relación al tratamiento que debía impartirse a los/as pacientes, orientadas a la desmanicomialización, produjeron cambios en la institución, evidenciándose desde mediados de la década de 1990. El perfil de la misma se delineó como de asistencia en la emergencia de la salud mental, aunque sin capacidad de solucionar las problemáticas de las internaciones por tiempo indeterminado.

Es en 1994 que se conforma el programa de Cultura y Salud Mental del Hospital, recuperando un pabellón abandonado, creando un espacio abierto a la comunidad. Dicho 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, da lugar a lo que hoy se conoce como Centro cultural “Gomecito”, que originariamente era un centro de día, y que luego paso a ser una Biblioteca Popular que dependió de la CONABIP (Comisión Nacional de Bibliotecas Populares), a cargo de una psicóloga.

El Centro cultural “Gomecito” se establece definitivamente en el 2009, recibiendo dicha denominación a partir de una votación de los/as usuarios/as. Esto último quedó unicamente plasmado en una placa y un cuadro conmemorativo en su hall de ingreso. Cabe destacar que no existe registro escrito ni ningún tipo de documentación oficial respecto a la fundación de dicho espacio.

A este relato del nacimiento del centro cultural dentro de un hospital monovalente, hecho que lo marca y lo diferencia de otros dispositivos, me veo en la necesidad de sumar una descripción de los espacios que componen al Centro Regional de Salud Mental. Cuando realicé mis prácticas profesionales en el 2015, la trabajadora social del “Gomecito” me invitó a realizar una recorrida por el mismo, no sólo para conocer el recinto y el personal profesional, sino también para realizar una primera lectura sobre las instituciones actuales de Salud Mental:

“Pude observar que el hospital aloja en su interior espacios disímiles entre sí, presentando una serie de diferencias que refieren tanto a lo edilicio como en el propio tipo de prácticas y concepciones sobre el tratamiento de la locura. Su ubicación geográfica ocupa casi toda la totalidad de la manzana comprendida por las calles Suipacha, Santa Fe, San Lorenzo y Richieri de la ciudad de Rosario, albergando cuatro grandes áreas: por calle Santa Fe se encuentra la guardia, de puertas cerradas con llave, vidrios rotos y paredes que,

a mi entender, evidencian las crisis que atravesaron algunos de sus usuarios/as, por calle Suipacha se ubica el ingreso principal al hospital monovalente, 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 las Institución. Por último, por calle San Lorenzo tiene su acceso el Centro Cultural, un espacio que invita a entrar y participar, ornamentado con plantas, con sus paredes alegremente pintadas en colores llamativos, de puertas abiertas a toda la comunidad y donde se llevan a cabo distintos talleres culturales, que ampliaré más adelante al desarrollar sobre su funcionamiento institucional. Todos estos espacios nombrados anteriormente tenían comunicación a través de una puerta con llave, a los pabellones de internación. La misma se encontraba en el centro de manzana, lo que prohibía su visualización desde el exterior” (Mammarella, 2015:4).

Es en esta descripción de los diferentes espacios que componen la institución, lo que en primera instancia, descubrí a través de lo edilicio, cómo y de qué manera los discursos son puestos en las obras. Por ejemplo, la dirección del hospital se ubica en el segundo piso del cuerpo central, lo que me remite al concepto de panóptico, mencionado anteriormente como instrumento de poder y vigilancia, utilizado por Foucault. Entendiendo que en el interior asilar reina un poder, una ley, un orden; orden que rodea los cuerpos, los penetra, los trabaja. Esto último, se contrapone al discurso institucional, que describe a la misma como de “puertas abiertas”, cuando en realidad requiere una serie de permisos para entrar y salir, muchas veces justificado como premios o castigos por parte de los que hacen uso de su poder dentro del hospital.

También puede ver como la “locura” sigue siendo deliberadamente ocultada a la sociedad. Cómo lo que se aloja no es igual a lo que se logra visualizar desde afuera. Esto tiene que ver con que, si bien la fachada del edificio se encuentra bien pintada y arreglada, el equipamiento del interior de los pabellones está muy deteriorado.

Por lo que el manicomio, como establecimiento y dispositivo institucional, continúa siendo la respuesta asistencial hegemónica, es decir, el único referente legitimado frente al tratamiento de la “enfermedad” mental. Siendo que existen aun diferentes lógicas y estrategias que se plasman en el interior de la Institución, tanto en las condiciones edilicias, como en las prácticas naturalizadas de los profesionales; principalmente, el malestar general por parte de los/as enfermeros/as, donde percibí desinterés con el entorno, destacando, en este sentido, que

lo manicomial no es sólo cuestión de infraestructura, sino el conjunto de sus prácticas; lo que muchas veces queda evidenciado en colores, olores, limpieza, accesos y disposiciones.

De esta manera, el problema que se presenta, es el de analizar esas relaciones de poder propias de la prácticas institucionales, ya que son las que producen una serie de enunciados que se presentan como legítimos y verdaderos. Por lo tanto, en lugar de hablar de la institución en sí, buscaré analizar cuáles son las tácticas puestas en acción, por lo que destaco los cambios y avances que generó el abordaje y el trabajo interdisciplinario.

Un paso importante y significativo en nuestro país, fue la declaración de la Ley Nacional de Salud mental 26.657 en el 2010, que 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, reconociendo que el proceso de atención debe separarse del ámbito de internación hospitalario y pensarse en marcos interdisciplinarios.

En esta línea, se producen una serie cambios legítimos que avanzaron a la apertura de estos nuevos espacios de abordaje. El 17 de diciembre del 2015 y por normativa de la resolución N° 0006, se cierra la puerta bloqueando todo paso y conexión con el hospital monovalente, y constituyendo al centro cultural como dispositivo alternativo dependiente de la Dirección Provincial de Salud Mental. El hecho se dió durante el segundo mandato de la directora de Salud Mental Ps. Melisa Pianetti, quien ocupaba ese cargo desde el año 2011, bajo la gestión del gobernador Antonio Bonfatti, procurando que las prácticas, estrategias e intervenciones del mismo sean llevadas a cabo bajo el respaldo y las normativas que, tanto a nivel nacional como provincial, lo enmarcan.

Conceptualizar al Gomecito como dispositivo alternativo es entenderlo, como *“una máquina para hacer ver y hacer hablar que funciona acoplada a determinados regímenes históricos que distribuyen lo visible y lo invisible, lo enunciable y lo no enunciable que nacen o desaparecen el objeto de tal forma que no exista fuera de ellos”* (Deleuze, 1990:1). También el dispositivo nos remite a la noción de relaciones sociales de saber-poder y al campo de las relaciones de fuerza que las constituyen en determinado momento histórico. Líneas de fuerza que van de un punto a otro formando tramas, una red de saber-poder y subjetividad, entendiendo que el dispositivo produce subjetividad pero no cualquiera.

En relación a esto, considero importante tener en cuenta la incidencia de éste último concepto. Desde los orígenes de la historia se mantuvo un debate y una tensión entre posiciones objetivistas y subjetivistas. Mientras que los objetivistas entienden al cuerpo como origen y causa de las enfermedades mentales, los subjetivistas piensan que son la vida

psíquica y el ambiente social, el origen y la causa del trastorno. La subjetividad, constituye al individuo humano en alguien cuya biología está en interacción con su cultura y el mundo, perdiendo su condición de individuo biológico y de “yo” puro, ya que sus mecanismos biológicos, su conciencia y su ser de lenguaje, de cultura y de sociedad, resultan inescindibles al constituirse su subjetividad.

Entendiendo a la subjetividad como el resultado de un proceso de socialización y de una interacción permanente con el contexto social e histórico, es importante entender cómo determinadas condiciones han ido afectándola. La reclusión, el encierro y la alienación, desencadenaron un proceso de desubjetivación. Por lo tanto, se busca desde estos espacios, y propiamente desde el Gomecito, reabrir un proceso en el cual los sujetos aprehenden la realidad y se esfuerzan en su transformación, constituyéndose en un sujeto sano, abierto a los cambios subjetivos, creador y resignificador de sus proyectos y organizaciones; y en esa lucha social por la conquista de sus derechos a una ciudadanía plena, favorece el bienestar y, en su efecto, a la salud mental.

Retomando la definición de dispositivo citada anteriormente, creo que es la que describe más cabalmente al centro cultural, el cual, a mi entender, ya funcionaba como un dispositivo alternativo desde su misma creación, convirtiéndose la resolución en un respaldo fundamental pero no fundante. Reconociendo que *“los dispositivos disciplinarios vienen de lejos, estuvieron anclados y funcionaron durante mucho tiempo en medio de las instituciones desempeñando un doble papel. Lo cierto es que funcionaron de manera positiva dentro de ese dispositivo que los enmarcaba y sostenía y, en todo caso, los toleraba perfectamente. Pero también cumplieron un papel crítico, un papel de oposición e innovación”* (Foucault, 2007:140).

Tener en cuenta esta resolución, tanto social como política, implica visualizar la importancia que tiene la existencia y permanencia de los dispositivos alternativos en general. En este sentido, entraremos en la propia lógica funcional del espacio para indagar, no sólo sobre el ejercicio interdisciplinario sino, también, en la cotidianidad que marca su camino como dispositivo alternativo.

II.III La funcionalidad interdisciplinaria institucional

En este apartado, iré reconstruyendo la incidencia de esta nueva categoría de abordaje en los diversos espacios institucionales a partir del material recabado en mis observaciones y en las entrevistas que realicé durante la elaboración de este trabajo. Una de ellas es a L. C.², Trabajadora social y coordinadora del Centro cultural “Gomecito”, y la otra a J. B.³, Trabajador social, también, y profesional de uno de los equipos interdisciplinarios del hospital monovalente Agudo Ávila.

Para comenzar, al consultar sobre cómo fue conformada y pensada la interdisciplina en el “Gomecito”, la profesional comentó que, incluso previo a su incorporación como coordinadora, se antecede la definición, la orientación y modalidad más clínica política que tiene el Centro cultural. Es decir, que desde sus inicios, siempre se ha permitido y buscado la diversidad; por lo cual, para sostenerlo, era y es necesario que en la propuesta hubiera variedad, estableciéndose como base que sostiene la necesidad de lo inter y lo multidisciplinario. L. C. comenta: *“el entramado de las disciplinas va variando, se va armando cada vez. A veces, aparece más como multidisciplinario, a veces más como interdisciplinario, pero eso también está en la función de la propuesta, y en el modo de llevar adelante la propuesta”*.

En este sentido, se puede entender que, desde su origen, tanto el equipo a conformar el dispositivo, como la lógica institucional, se pensaron y dispusieron bajo dicha perspectiva y dicha propuesta interdisciplinaria. *“(…) propuesta que tenía que tener como referente a alguien que viniera de ese campo, que viniera de ese saber-hacer”*, entendiéndose que no cualquier profesional podía dar clases artísticas o de otras temáticas. Si se piensa una grilla variada de diferentes índoles (como música, pintura, teatro), se busca a quien tenga las herramientas de ese saber-hacer para llevar a cabo la propuesta del espacio, *“(…) y eso fue haciendo del equipo ‘un equipo multidisciplinario’. Y después, lo interdisciplinario, en relación al accionar diario, se va dando en función de las situaciones con las que vamos trabajando, ya que, si bien el trabajo está orientado a las propuestas más colectivas, el trabajo de la singularidad, está todo el tiempo entrando y saliendo, en esa instancia más colectiva. Y bueno, eso también requiere de distintas miradas, distintas lecturas, distintos saberes, para poner a jugar ahí la complejidad de las situaciones, sino quedamos solo en una*

² Ver Anexo I.

³ Ver Anexo II.

cuestión fenomenológica del campo de la fenomenología clínica psiquiátrica”, agregó la profesional.

Sobre este punto de la conformación interdisciplinaria del espacio, me resulta interesante resaltar que, en primer lugar, la interdisciplina presupone ya la multidisciplinaria y que, 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 interdisciplina y no un mero trabajo multidisciplinario.

A raíz de mi participación de las reuniones de equipo en el Centro cultural, pude visualizar como todos/as los/as profesionales del “Gomecito” se esfuerzan en fortalecer y trabajar sobre estos lineamientos, ya que, mensualmente, generan este espacio de encuentro y reflexión que da lugar a una relación horizontal de poder con voluntades compartidas de resolver las posibles diferencias de criterios y de intervención, buscando darle al/la usuario/a una atención conjunta y no una suma de miradas.

A su vez, se van generando desafíos, esfuerzos y tensiones necesarias para indagar y trabajar entre unos/as y otros/as. L.C. sostiene que, si bien, tensiones hay siempre; no quiere decir aparezcan a modo de obstáculos *“(…) las tensiones están desde el momento en que las realidades son complejas, las situaciones singulares son complejas, y siempre podemos tener distintas lecturas, pero no que la tensión venga de la mano de lo interdisciplinario, sino que, justamente, yo creo que uno echa mano de esa mirada del otro para salir de la tensión que generan algunas situaciones, ya que con una sola mirada no alcanza”*. Reconociendo, así, la necesidad de esa mirada integradora, donde todos los aportes resultan importantes, *“el aporte que puede hacer el tallerista de los espacios artísticos respecto del cómo alguien se desenvuelve concretamente en el espacio de producción, es fundamental”*; ya que son espacios de manifestaciones múltiples, que se despiertan a partir de un mero compartir y trabajar con otro/a, y el/la tallerista va realizando una lectura de esto.

Esto responde a los cuestionamientos que tuve al insertarme como estudiante, sobre el desafío que se presenta al integrar a la institución saberes no disciplinarios, no estructurados como conocimientos científicos, entendiendo que, en estos nuevos espacios institucionales, es

cada vez más frecuente que algunos/as de sus miembros no sean profesionales o no representen una disciplina científica.

Una de las tareas de la construcción de inter-saberes que desafía a estos equipos es la formulación del programa a desarrollar y de sus objetivos. La base de la misma es la definición del problema y de sus actores. El marco referencial común implica, entonces, acuerdos básicos ideológicos: cuál es el tipo de relación que se intenta construir entre equipo profesional y cuáles son “beneficiarios/as” del mismo (Por ejemplo, cómo se define el sujeto de intervención). Los márgenes de autonomía del equipo dependerán del marco institucional y de los planes en los que se inscriben, y es desde ese “orden jerárquico”, que se generan diferentes lugares para ocupar. Con esto hago referencia, como ya mencioné, al hecho de que mientras la trabajadora social cumple su rol de coordinadora junto a otros/as profesionales de la psicología garantizando el funcionamiento general del “Gomecito”, otros/as (de saberes no-disciplinares) llevan adelante y coordinan los espacios como talleristas, generando, así, un cruce de aportes desde los diferentes lugares.

En relación al hospital monovalente, cuando le pregunté a J.B. por la lógica de trabajo, respondió: *“el objetivo del trabajo es interdisciplinario en el sentido de cómo se organiza la atención; son entrevistas en conjunto, entrevistas donde el paciente entiende que los tres estamos trabajando con él, con ella, dónde la decisiones son en conjunto (...) la idea es que, entre los tres, se piense la estrategia terapéutica (...) la idea es que, si bien todos tenemos nuestra formación y nuestra especificidad, entre todos se pueda construir la situación y pensar la instancia terapéutica”*.

En este sentido, se requiere de un trabajo sostenido y constante, entendiendo que una cooperación ocasional no es interdisciplina, sino que, requiere de una actitud de cooperación recurrente. Es necesario recordar que el trabajo interdisciplinario es un trabajo grupal.

Otra cuestión interesante acerca de las tensiones o dificultades de trabajar interdisciplinariamente es que no todas las situaciones requieren la misma organización del equipo, ya que hay infinidad de situaciones y que no en todos los casos el trabajo se organiza de la misma manera. Por lo que J.B. cree que *“(...) el trabajo interdisciplinario es posible en tanto y cuanto el equipo esté dispuesto a pensar y trabajar así”*.

Me parece no menor dar cuenta de la relación entre ambos espacios interdisciplinares. Como ya hemos visto, desde su origen, en el “Gomecito” se trabaja y se piensa la institución de esa manera, pero en los hospitales monovalentes, particularmente en el Agudo Ávila, no siempre se contó con otras profesiones para lograr una mirada y atención amplia.

Fue recién en 2007 que se convirtió en hospital interdisciplinario a partir de la Ley Provincial de Salud Mental, reglamentación que solicitó que todos los hospitales se convirtieran en hospitales no psiquiátricos y exigiendo, inevitablemente, una reestructuración dentro de los equipos, donde la cabeza profesional dejaba de ser la psiquiatría hegemónica. La implicancia que tendría ésta ley en la práctica no solo generaba modificaciones en las instituciones, sino que, también, interpelaría a estudiantes en formación, ya que, como hemos visto, cuestionaba el modelo médico hegemónico y abría la participación en el proceso de salud-enfermedad a otros tantos actores, tan o más trascendentes que el médico.

Si bien el Centro cultural surgió bajo estas lógicas de complejidad, existió, y existe aún, un proceso tedioso que convive cotidianamente por el hecho de haberse formado “dentro” del manicomio. A esto hago referencia cuando digo que la independencia con el manicomio, no es aún total, sino que el proceso es muy lento, de separaciones simbólicas, *“(…) la definición política de este espacio, política y clínica, de cerrar la puerta que comunicaba con la institución monovalente, si bien, hay un acto formal, real del cierre de una puerta, sigue siendo simbólica, nosotros seguimos estando emplazado en el terreno de la institución monovalente, seguimos con esta doble dependencia, a la institución y a la dirección. No terminamos de ser un dispositivo por fuera de esto, un dispositivo que se fue armando con el mismo proceso en el tiempo, no es algo que se creó y planificó por fuera de las estructuras existentes. Esa puede ser la diferencia con el resto de los dispositivos que se fueron generando ciertamente en otros lugares, por fuera de las estructuras (...) monovalentes”*.

En este sentido, aún hay tensiones que dan cuenta de lo desarrollado en el párrafo anterior; por ejemplo, el Centro cultural carece de personal de mantenimiento, necesitando que esas tareas sean realizadas por el personal del hospital; otro hecho relevante es que los profesionales del “Gomecito” continúen marcando su asistencia, ingreso y retiro de horario en dicho hospital; y por último, destacar, un dato no menor, que hasta el día de la fecha no fue brindada una seguridad económica de financiamiento del espacio, llegando sólo aportes de manera irregular que no permiten una programación confiable ni estable de los espacios.

Estas situaciones que generan una doble dependencia, me hacen pensar en la “autonomía relativa” de los profesionales, y en particular, de los profesionales del Trabajo social que, como lo manifiesta Matilda Iamamoto, al delinear sus acciones deben hacerlo, *“en la condición de trabajador asalariado, debe responder a las exigencias básicas de la entidad que contrata sus servicios (...) siendo corresponsable por los rumbos impresos a sus actividades y por las formas de conducirlas”* (Iamamoto, 1992: 138).

L.C. considera que, probablemente, parte de las dificultades que atraviesa el dispositivo tienen que ver con esa doble dependencia aún establecida. Ese movimiento fuerte que se generó, de marcar un cierre definitivo y abrir una nueva manera de llegar a la institución que no sea por una puerta desde el hospital, fue muy cuestionado. Siendo los equipos de internación los primeros en manifestar esa incomodidad “(...) *hasta que entendimos que las personas necesitan que nosotros superamos esa instancia y que nos pusiéramos en diálogo, porque ciertamente, acá, parecen situaciones que no pueden abordarse por la lógica funcional del espacio, por el objetivo que tiene este espacio, no se puede abordar todo desde acá, entonces era necesario contar con esos apoyos*”, agregó la profesional entrevistada. Por lo que resulta casi imposible no generar alianza, como en todas las instituciones. Implicando este cierre mayor contacto de quienes trabajan en el hospital con los/as usuarios/as que comenzaron a asistir. La guardia, por ejemplo, generó mayores demandas al Centro cultural en relación a las personas que estaban alojadas por breves periodos y que, dada su condición de encierro, pudieran transitar por este espacio.

Por otro lado, se generaron lazos por fuera de la institución, con el objetivo de que, ese cierre, diera una apertura a la comunidad, generando nuevos movimientos y nuevas maneras de transitar el espacio. Es decir que, quienes están internados/as y deseen concurrir a cierta actividad o evento, deben pedir un permiso previo, para salir del hospital, y llegar al “Gomecito” por la puerta principal, como cualquier otro/a de la comunidad que quisiera sumarse. En este sentido, concuerdo con lo que remarcó L.C. “(...) *lo interesante de este espacio (...) es que yo sí puedo decir que la gran mayoría de las personas que vienen al Centro cultural eligen venir al Centro cultural. Esa es la diferencia, que no es menor*”. Particularmente, y recordando mi paso por la institución, registro varias presencias que se dieron, tal vez, mientras estaban internados/as en la guardia y que, luego de ello, algunas se sostenían y otras no. Eso dependió del sentido y del lugar que cada uno/a pudo darle.

Por último, y en relación a los conflictos actuales que atraviesa el dispositivo, cabe resaltar que no ha habido restricciones respecto a la integración de la diversidad de disciplinas puestas en juego en el armado del equipo. Es decir, que lo interdisciplinar no se encuentra del todo afectado por el contexto actual. La profesional dice que el punto más grosero que puede afectar es la definición política de la provincia de firmar el pacto fiscal causando limitación de nuevas contrataciones, sin embargo, la definición de quién integra el equipo, no ha sido afectada (resaltando, de igual manera, que hace bastante tiempo que no ingresa nadie nuevo), “ (...) *no es de donde viene, en qué términos de formación, sino por razones más del orden*

presupuestario, digo, entonces en ese punto podría decir que lo interdisciplinario, lo multidisciplinario, de la conformación del equipo, no ha sido tocada”, detalló la profesional.

II.IV Centro cultural “Gomecito”

En este apartado, profundizaré sobre la modalidad de trabajo e intervención que funciona dentro del dispositivo que, como ya expliqué, ha marcado desde su nacimiento una contracara a la lógica manicomial, desde un sistema de reglas y relaciones que apresan la palabra y fijan los roles, hacia un discurso colectivo, o lenguaje de la institución, en el que la circulación de la palabra garantice efectos significantes y, por ello, terapéuticos.

De esta manera, partiré de compartir un recorte de mi registro de campo como estudiante, redactado tras concurrir por primera vez al Centro cultural, cuando aún no era reconocido legalmente como un dispositivo alternativo:

“El día viernes 15 de mayo del 2015, fui por primera vez, junto a mis compañeras, al Centro cultural “Gomecito”, donde durante el presente año realizaremos nuestras prácticas profesionales. Este primer y sencillo acercamiento tuvo como principal objetivo conocer, tanto al espacio de la institución, como así también al cuerpo profesional y a los/as usuarios/as que concurren al mismo.

Más adelante, entrevistáramos a la trabajadora social que nos acompañará, para indagar sobre su organización, y poder así introducirnos más a fondo en el lugar, su historia y contexto actual, siendo que el espacio propuesto de ese día no daba lugar para realizarla.

La actividad a desarrollarse, buscaba generar un clima de encuentro entre los/as diferentes usuarios/as y profesionales que participan de las actividades semanales. El evento, consistía en compartir una merienda e infusión, y disfrutar de diferentes presentaciones artísticas de la ciudad de Rosario. Por lo que, el lugar se encontraba ornamentado alegremente y los/as profesionales se predisponen al servicio de la actividad.

Al llegar, pude sentir un ambiente cálido y festivo, algunos/as, preparaban y decoraban el lugar (aunque ya era colorido de por sí), otros/as cocinaban y preparaban la comida, o armaban y coordinaban los puestos de venta en la puerta a modo feria, otros/as, recorrían la vereda repartiendo panfletos e invitando a participar a la gente que circulaba por la calle, y mientras otros/as se encontraban sentados/as, charlando, fumando o caminando mientras esperaban a que la actividad de su comienzo.

‘Infusiones’, como se llama la actividad, se realiza un viernes al mes y es, ‘abierta a la comunidad’, con esto hago referencia a que cualquier ciudadano/a que sepa de la actividad y quiera participar, puede hacerlo. En el caso de los/as usuarios/as, la puerta que conecta al ‘Gomecito’ con el Agudo Ávila se cierra y ellos/as deben ingresar por la puerta principal del espacio con un permiso previo.

En lo personal, esta primera tarde compartida me dejó con varios sentimientos, como también dudas e incertidumbres. Volví contenta y motivada de comenzar una nueva etapa que siempre se hace rica para el aprendizaje y el crecimiento tanto profesional como personal, pero también con algunas preguntas que espero ir trabajando y respondiendo” (Mammarella, 2015: 1).

En consonancia, este espacio, a diferencia de otros centros culturales, se trabaja principalmente con población derivada por equipos de Salud Mental, intentando marcar una lógica diferente de trabajo. Para ello, cuenta con un equipo de coordinación interdisciplinario propio. Este está formado por: un psicólogo, una psicóloga y la trabajadora social, con el objetivo principal de “no sostener el tratamiento”, sino aportar a la circulación y a la permanencia en el espacio a través de sus escuchas, trabajando lo particular desde lo colectivo, buscando mantener los espacios más asistenciales para que la persona reciba la asistencia donde corresponda, a la vez que procura la construcción de lazos sociales a partir de la disposición de espacios que brinden todo tipo de socialización de las personas que transitan cotidianamente por el Centro cultural. Es decir, poner el lugar todos los días en marcha, abriendo sus puertas, haciendo que los talleres funcionen y haciéndose cargo de todo lo que demande las actividades.

La noción de sujeto predomina en este acontecer cotidiano de atención, donde constantemente se modifican y se adecuan las intervenciones necesarias. Sujeto entendido en la historia, como individuo en constante cambio, rechazando la denominación de cliente, ya que esta implica una relación comercial. Se habla de sujetos, como actores sociales capaces de ser protagonistas en la modificación de las situaciones en las relaciones que establecen.

Considerar al ser humano como sujeto de necesidades es configurarlo en una práctica llena de contradicciones en un momento histórico, económico y político determinado; y en un escenario cultural particular, donde hay una fuerza motora para satisfacer esas necesidades materiales y simbólicas, individuales y colectivas. Por lo tanto, en la medida en que se pueda establecer una relación dialéctica y creadora, una acción transformadora con una perspectiva integradora, posibilita la capacidad de construir y resignificar alternativas y proyectos de vida. Salud mental como proceso y, por tanto, como construcción social.

Por lo que, desde la coordinación se sostiene que no hay posibilidad de trabajar con los padecimientos mentales si no es a partir del lazo social. Así, se puede ver cómo en los espacios colectivos del “Gomecito” se busca la restitución de los mismos como una forma de relación social mediada por la cultura, el lenguaje y la historia. Entendiendo al lazo social como un lenguaje que posee un orden, pautas, formas y múltiples subjetividades. El lazo precede, desde la historia y los mandatos sociales; desde papeles, guiones, pre-escritos y significados, desde una estrecha relación entre cada actor social con el escenario de intervención y sus componentes. Es también, 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 hacen necesarios en la construcción de subjetividad, dado que actúa como mediador en la construcción de diferentes sistemas de significados y valores que nos hacen sujetos.

Como ya he mencionado, el “Gomecito” ofrece una grilla de talleres⁴ amplia y variada en sus actividades y propuestas, entendiéndolos como un tiempo y un lugar 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, entiendo 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.

Estos espacios de talleres y actividades del Centro cultural cumplen con la función de instrumentos, que buscan cumplir con los objetivos mencionados anteriormente, por lo que creo importante conceptualizar al instrumental como aquello que se interpone entre el sujeto y el objeto de trabajo. En este sentido, entendemos a la técnica y al instrumento 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).

Para concretar los objetivos que se plantean desde el equipo de coordinación, se conformó un equipo de trabajo integrado por los talleristas, quienes sostienen los diferentes espacios. Entre ellos, una Musicoterapeuta, una Licenciada en Comunicación Social, un profesor de Educación Física, la tallerista de papel y cerámica, una profesora de Yoga, una profesora de panificación, una Terapista Ocupacional y una Psicóloga.

Para analizar el acontecer de los talleres grupales, cito a Pichón Riviere, quien aborda al grupo a partir del desarrollo de un proceso de enseñanza-aprendizaje remitiendo a la modalidad de grupos operativos donde el sujeto es el protagonista. Este autor, considera al

⁴ Ver anexo III.

grupo en un ámbito operativo e introduce, 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”* (Pichon Riviere, 1985:71).

Lo significativo e importante en este escenario grupal es el sujeto y su acontecer puesto, a través del reconocimiento y de la observación de cómo se generan los vínculos y el valor de las palabras. Entendiendo que, al situarse en lo colectivo se relaciona a través de la interacción, logrando la construcción de un aprendizaje, donde este comportamiento social, tiene que ver con lo que los/as otros/as son para uno/a, pero, sobre todo, con lo que los/as otros/as representan.

Es fundamental entender que en esta dinámica se trata siempre de trabajar la relación de estas perspectivas convergentes: de lo observable de los conflictos a la encarnación de ideas y valores sociales, sabiendo que la lógica de estos procesos está determinada por los factores y fuerzas de la realidad social en donde profesionales y comunidad desarrollan sus interacciones.

Por lo que, uno de los ejes del trabajo grupal es aportar al desarrollo de la individuación. Ahora bien, los procesos de individuación son, simultáneamente, procesos de socialización y a la inversa, la socialización es condición necesaria para la constitución de la individualidad. No solo se opone a la masificación, sino que favorece justamente las posibilidades de individuación, que hace factible la realización más plena de las singularidades de las personas y la formación de la identidad.

Es importante destacar también que, la intervención grupal es aquella que se guía por una comprensión del proceso salud-enfermedad en el seno de la vida social y que tiene en cuenta los recursos en salud de la comunidad para la planificación de sus acciones.

Si bien el “Gomecito” ofrece una gran variedad de actividades y talleres de diferentes índole e interés, fue a través de mi inserción y participación en ellos, que pude destacar cómo el número de participantes va variando de acuerdo a los quehaceres de los/as usuarios/as, sus intereses, estados anímicos, permisos y demás. También, visualizar la importancia y el peso que tienen estos espacios donde se les permite, no solo aprender y enseñar, sino que, como ya mencione, se brinda un lugar de encuentro, de socialización por fuera del hospital, dando lugar a la construcción de lazos y vínculos.

“En el Taller Verde particularmente, se propone un espacio de aprendizaje y trabajo con las plantas, el armado y venta de macetas, y el cuidado y

mantenimiento de una huerta como del patio del Centro Cultural. Este taller, al realizarse al aire libre y al estar trabajando informalmente sobre una mesa, varias veces improvisaba un tentempié donde se comparte el mate y en algunas ocasiones, se hizo una recolección mínima de dinero entre todos/as para comprar algunas galletitas a modo de merienda. Este espacio, que se nos aparece como instituyente de un taller determinado, abre a conversaciones donde los/as usuarios/as 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” (Mammarella, 2015: 6).

Ese transitar por diferentes experiencias 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, que luego son mercantilizados y que lo recaudado va a un fondo que luego es dividido por los/as participantes.

“(…) otro de los espacios es una radio abierta, que se desarrolla 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, quien también lleva adelante la Revista del ‘Gomecito’, los micros de ‘Pastillas surtido masticable’ y otras realizaciones audiovisuales” (Mammarella, 2015: 7).

En todas las propuestas nombradas, pude observar cómo los/as usuarios/as son protagonistas, donde sus aptitudes personales adquieren valor y relevancia, siendo que se trata de que ellos/as tengan la palabra, plasmen sus opiniones y concepciones sobre diversos temas a debatir.

Otro de los espacios en los que participe con mayor frecuencia es el de “Infusiones Culturales”, que se lleva adelante una vez al mes. Este, como mencioné anteriormente, busca generar y crear un lugar de encuentro entre los/as usuarios/as, los/as profesionales que comparten las diferentes actividades semanales y el público en general, siendo una actividad “abierta a la comunidad”. La jornada consta en compartir una tarde donde se sirve la merienda y se disfruta de variadas presentaciones de artistas locales invitados/as previamente por el equipo; lo que requiere de una organización de agenda mensual. El espacio que se genera se

presta, principalmente, para compartir, descansar y disfrutar. Con una lógica parecida se enmarcan los “ensayos diferentes”, donde el lugar se predispone para hacer uso de sala de ensayo, con la particularidad de que se permite que los/as usuarios/as se sumen a participar y a aprender.

“(…) otra de las propuestas de las que participé fue taller de percusión, actividad abierta a la comunidad, que se llevaba a cabo los días miércoles de 14.30 hs. a 16:00hs. Mediante la disposición y utilización de diferentes tipos de instrumentos, se proponía conocer y aprender la historia de los mismos, sus notas, claves, y apreciar su música. Al llegar se le permitía a cada uno/a, escoger el instrumento que se deseaba tocar durante clase, lo que brindaba una dinámica participativa y didáctica entre el tallerista y los/as participantes” (Mammarella, 2016: 4).

Este acercamiento a la música, abría al espacio no sólo un compartir sobre gustos e intereses de ritmos, bandas, sino que también, en reiteradas ocasiones, se hizo presente algún que otro recuerdo de infancia o juventud por parte de los/as participantes, lo que habilitó un compartir de sus vidas.

Por último, pero no menor, quería referirme a la posibilidad que se me brindó en una ocasión de conocer y participar en la “Asamblea de usuarios/as de Salud Mental” por sus derechos que, si bien este espacio nace al interior del Centro cultural, ya no funciona en él. Su posicionamiento y su autodefinición como minoría política tiene el objetivo central de la búsqueda de reconocimiento y acceso a los derechos básicos de los/as usuarios/as, teniendo como ejes centrales para alcanzar dicho fin, temáticas que debaten y problematizan en su reunión semanal.

“En la jornada que participé, se había planificado un encuentro junto a otras redes de usuarios/as, familias, profesionales, voluntarios/as de la Ciudad de Córdoba, donde las discusiones atravesaron diferentes temáticas que van desde el acceso a la vivienda, o al trabajo como así también violencia institucional, necesidad de los órganos de revisión, 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” (Mammarella, 2015: 7).

Considero oportuno todo este acercamiento al acontecer cotidiano del Centro cultural, para conocer a fondo la puesta en práctica de un camino que guía y orienta al nuevo paradigma. Como así también, se hace necesario e importante conocer el engranaje organizativo y planificativo que hace de su funcionalidad, donde cumple un rol importante el

Trabajo Social. Buscando garantizar no solo que las actividades estén y se desarrollen correctamente sino, fundamentalmente, la realización de una lectura y de un trabajo, previo, durante y posterior, de ese acontecer diario; siendo que son esos pasos fundamentales los que nos llevan a caminar sobre el nuevo paradigma de salud mental, cuestionando y reformulando constantemente las prácticas e intervenciones.

II.V Trabajo Social

Teniendo en cuenta que la medicina ha sido la disciplina hegemónica durante años en el campo de la Salud Mental, el Trabajo Social, junto a otras profesiones, no ha tenido la redundancia que tiene en la actualidad, siendo que no siempre se consideró al “sujeto” como “sujeto de derecho”, y fue desde ese entonces cuando comenzó a tomar fuerza la profesión.

Desde que se habla de perspectivas interdisciplinarias, entendemos que todas las profesiones cobran la misma importancia en los equipos de trabajo. Destacando la intervención del Trabajo Social, que busca lograr un camino de emancipación y producción de ciudadanía de los/as usuarios/as que han sido históricamente objetivizados.

A lo largo de la historia, el Trabajo Social en Salud Mental ha estado influenciado por el desarrollo de la asistencia psiquiátrica, el marco normativo a nivel nacional y los planes de Salud Mental que se han ido implementando. En este marco, los/as trabajadores/as sociales han ido construyendo un modo de hacer, configurando su perfil y rol profesional, marcado por una especificidad propia en este ámbito.

Al principio del siglo XX, en algunos países, se incorporan los/as trabajadores/as sociales a los hospitales psiquiátricos con el objetivo de dar una respuesta socializadora a la cronicidad de los trastornos mentales y a la masificación de los manicomios.

De forma gradual, psiquiatras de diferentes instituciones comenzaron a apreciar el valor de los datos sociales y en consecuencia el papel del Trabajo Social se va reconociendo e incorporando como parte de los equipos de Salud Mental. Esta influencia que llega a España importada de los Estados Unidos, viene acompañada de la idea de “equipo psiquiátrico” y de la necesidad de trabajar con las familias de los/as “enfermos/as” mentales.

Al principio, la figura de dicha profesión fue ambigua, pero, poco a poco, tanto el campo sanitario como el ámbito psiquiátrico se fue desarrollando, y los/as profesionales fueron identificando problemas, definiéndolos y proponiendo actuaciones muy variadas dentro de las líneas de intervención terapéutica.

Como ya hemos visto, cuando se produce un cambio en las concepciones en la década de los 80, empieza a pensarse al sujeto como sujeto de derechos, y se precisó de una intervención técnica, psicológica y social. Este fue el punto de partida y el marco que ha permitido el desarrollo de la atención a la salud mental en las últimas décadas.

En los 90, los problemas de la población con enfermedades mentales desbordaron el ámbito sanitario-psiquiátrico y se expresaron en dimensiones de índole psicosocial y social, caracterizadas por discapacidades y déficits para el funcionamiento psicosocial autónomo y

por consecuencias sociales de desventaja social (pobreza, empleo, aislamiento social, rechazo, problemas de alojamiento, etc.), sin olvidar los problemas de tensión y sobrecarga que esto supone para sus familias. Estos aspectos fueron formando parte de la actividad profesional del Trabajo Social, de forma que, no sólo es necesario atender la problemática psiquiátrica, sino también las diferentes dificultades psicosociales y necesidades sociales, a través de un camino hacia la integración social en la comunidad.

En este sentido, y con la incorporación de dicha profesión en este campo, se ha ganado no sólo en experiencia de trabajo interdisciplinario, sino que también se ha extendido el área de su influencia terapéutica a sectores de la comunidad, de sus familias y de entornos del/a usuario/a.

El desafío mayor pareció ser el de cómo integrar el quehacer de la psiquiatría con el de nuestra profesión, de manera tal que se unifique en una labor trascendente, al individuo en sociedad. En este sentido, y como un primer dato, el Trabajo Social tiene que esforzarse en instrumentar una adecuada comprensión de los problemas de todos/as los/as usuarios/as, creando las condiciones necesarias que hagan posible que las personas con padecimientos logren mejorar sus relaciones sociales y su calidad de vida.

Este proceso de transformación deberá incluir, necesariamente, al ser humano en la construcción de la libertad, a través de un proceso de democratización genuina, siendo que, desde que se comenzó a incorporar la perspectiva de desmanicomialización en Salud Mental, se comenzó a trabajar con los sujetos en la comunidad. Esto implicó e implica aún para nuestra profesión, pensar en estrategias de construcción de una red social en la que se inserte para facilitar la relación social, poniendo como principio mejorar la calidad de vida de las personas con padecimientos mentales, estimulando la toma de responsabilidades, fomentando su acción como actor social en garantía de derechos y construcción de ciudadanía, generando relaciones sociales y de integración con el entorno.

Todo esto requiere construir, constantemente, una trama social solidaria para recibir y aportar a la recuperación de la ciudadanía de las personas externadas, lo que aparece como desafío y objetivo a la vez de los/as profesionales del Trabajo Social desde los diferentes espacios de intervención; entendiendo a la ciudadanía desde la esfera de la sociedad civil, es decir, desde un lugar que ofrece oportunidades para la iniciativa y participación, respondiendo a una doble pertenencia: al Estado y a la sociedad, como parte de un espacio público-institucional que garantiza sus derechos civiles, políticos y sociales. Y también, de un espacio público asociativo que requiere de prácticas de autorganización colectiva.

En este sentido, la construcción de la ciudadanía plena está relacionada con la posibilidad de generar espacios donde los sujetos sean capaces de emanciparse de las limitaciones que les impone su condición de asistidos.

Años de psiquiatría centralizada en el hospital, produjeron secuelas y desastres en las vidas de miles de personas. Este modelo asilar, las oprimió, les redujo expectativas, las entorpeció los proyectos de vida, aplastó expresiones y sentimientos, por lo que un paso inicial fue esta organización de equipos multiprofesionales, cuyo objetivo es acompañar a las personas, ayudándoles a construir autonomía e independencia, estableciendo vínculos afectivos y profesionales, armando una red de relaciones entre sujetos, que escuchan y cuidan (médicos/as, enfermeros/as, psicólogos/as, terapeutas ocupacionales, trabajadores/as sociales) con sujetos que vivencian la problemática (usuarios/as, familiares y otros actores sociales).

No menor viene a incluirse en el proceso de atención, el término “usuario/a”, buscando destacar el protagonismo de lo que anteriormente era apenas un “paciente”. Las personas necesitan ser orientadas e involucradas en las soluciones, derivaciones y tratamientos contruidos de común acuerdo, evitando que la persona sea excluida del proceso.

Entrando ya en nuestro espacio de interés considero no menor reconocer que la intervención llevada a cabo en este dispositivo 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 una modificación en el trato y en la concepción que dominaba el campo anteriormente. Hoy en día la toma de decisiones acerca de las acciones a llevarse adelante en el tratamiento no es solo una posibilidad sino un derecho de los/as usuarios/as que está reglamentado por ley.

Un punto importante, es que los/as profesionales intervienen en la realidad, atendiéndola como un espacio intersubjetivo, con orientación propia y debate, y cómo interrelación de sistemas valorativos. En este sentido, y como eje fundante de nuestra profesión, descifrar las múltiples expresiones de la cuestión social, también nos permitirá avanzar en la consolidación de un proyecto político profesional, en un contexto adverso con nuevos desafíos coyunturales, en los que haré hincapié al ir cerrando el presente trabajo de investigación, a modo de crítica e hipótesis de la situación actual.

Este contexto que se nos presenta como nuestro escenario de intervención, es decir, el lugar en que la intervención profesional se desarrolla, se encuentra atravesado por diferentes problemas sociales que pueden ser analizados desde diferentes expresiones. Esto es, que la subjetividad se construye y deconstruye en un movimiento que se expresa en el propio devenir de la cultura, la cotidianeidad (signada por la noción de problemas sociales que

convoca a la intervención) nombra, clasifica y le da una forma definida a las cuestiones sobre las cuales actúa, dentro de un "orden", una lógica precisa que se va construyendo a través de diferentes formas de relación con el/la otro/a, el contexto, el escenario, el territorio y las cartografías sociales. Por lo que, nuestro ejercicio profesional siempre se encontrará condicionado, no solo por el contexto sociopolítico, sino también, por el espacio institucional.

Introduciéndonos en el Trabajo Social en Centro cultural, me remito al concepto de intervención profesional definiéndola 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). Es, un “hacer” fundado, argumentado, enmarcado en un lugar teórico, un modo de ver e interpretar la realidad, con la intencionalidad de generar alguna modificación en la situación presentada. Se expresa así, una estrategia como mediaciones que dan cuenta de la intencionalidad y objetivos. En este sentido, entendemos que la intervención no se puede pensar como un “acto natural” sino más bien como una construcción artificial, pensada en términos de estrategias, en un tiempo y espacio determinado, que es el pensar el cuándo y dónde de nuestras prácticas. Es en este momento de elaboración donde se juega nuestro posicionamiento, y donde, también, aparecen nuestros fundamentos; la necesidad de hacer explícito el porqué de lo que hacemos.

Un primer dato a destacar en esta construcción de estrategias de intervención, es que la misma se desarrolla en un ámbito tensionado por los diferentes intereses. Para lo que considero 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 institucionales, teniendo en cuenta que, el “Gomecito” como dispositivo viene a marcar fundamentalmente otro tipo de atención y abordaje a la problemática. Así, los/as profesionales del campo de la Salud Mental deben trabajar constantemente para evitar recaer en una reproducción del manicomio en estos espacios, en las prácticas y las intervenciones.

Por otro lado, cabe destacar que el ejercicio profesional se encuentra mayormente ligado, y a veces limitado, no sólo por las instituciones sino por el contexto actual del país, que desarrollaré más adelante. Donde los recortes de presupuesto a los dispositivos de externación, las internaciones prolongadas y la medicalización como respuesta hegemónica y los retrocesos en el cumplimiento de la Ley Nacional, generan constantemente trabas en la intervención profesional, y más aún, en el proceso de desinstitucionalización.

En este sentido, el Trabajo Social busca intervenir en este contexto conflictivo, siendo fiel a los objetivos institucionales. Particularmente, y como ya hemos visto, los objetivos del “Gomecito” no se encuentran 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, entendiendo que la mera intervención en lo social se entrecruza con la necesaria observación de sus significados, ya que, sin esa posibilidad, la intervención se queda sin conocer una parte sustantiva del problema sobre el cual pretende actuar dentro del dispositivo.

En este 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. Por lo tanto, lo que se le aparece al profesional en su intervención son demandas atravesadas por las determinaciones propias de la cotidianidad, entendiéndola como un ámbito de ideas, valores, significados, sujetos al mundo histórico y social.

La vida cotidiana es una realidad interpretable con significados subjetivos, a la cual se accede, tal vez, con mayor facilidad dentro del escenario de la intervención, que permite observar que la vida cotidiana se aprende como algo ya organizado, dentro de un orden que la precede. Pero, también, a través del lenguaje, los objetos se tornan significados que pueden ser develados. De allí que, la vida cotidiana sea, esencialmente, la construcción de un mundo intersubjetivo, hablado, alimentado en forma constante a través del discurso. Cotidianidad como *“el tejido de tiempos y espacios que garantizan la existencia de un orden construido”* (Reguillo, 2000:2).

A partir de dicha conceptualización, realicé una indagación constante en mi paso por el dispositivo, entre lo vivencial y lo aprendido de la profesión.

“El centro cultural posee talleres colectivos donde se busca restablecer el lazo social a través de la socialización que se produce en su interior, dando cuenta de que las acciones que los sujetos expresan en lo cotidiano son acciones con sentidos, que a su vez son compartidos con otros/as. Esto es, que aquello que tiene sentido para un individuo/a también lo es para su semejante.”
(Mammarella, 2015:5)

Por lo que considero que el abordaje interventivo de la Trabajadora social en el Centro cultural es, en parte, indagar constantemente sobre las diferentes manifestaciones y significaciones que se expresan en los espacios colectivos, captando como el entorno influye en el sujeto y sus acciones, por lo que no se puede dejar exento el ámbito cotidiano en el que se desarrolla la intervención profesional, ya que como hemos visto, su instrumental está ligado a la ejecución y operativización de las políticas sociales, actuando justamente desde este ámbito en las condiciones objetivas y subjetivas de la población usuaria, que demandan una atención.

Por otro lado, la profesional del espacio, interviene a través de una serie de técnicas e instrumentos, que se construyen y reconstruyen en el mismo devenir de la práctica profesional, en este caso, una práctica social y humana. Esta construcción profesional se manifiesta como una mediación entre la teoría y la realidad, donde se pone en juego todo el engranaje presente en el dispositivo, es decir, sus configuraciones éticas, políticas, epistemológicas, sociales, sumando, como ya hemos visto, el fuerte labor interdisciplinario presente en la institución que brinda diferentes miradas y un abordaje más amplio desde las diferentes profesiones y disciplinas.

En mi proceso de inserción y aprendizaje tuve, en un principio, una gran dificultad para situar el Trabajo social y su intervención en el dispositivo. Por lo que el problema de la especificidad efectivamente, es uno de los temas que atraviesa constantemente las discusiones a la hora de definir al Trabajo Social, o de diferenciarnos de otras disciplinas o profesiones.

En efecto, Carlos Montaña, en uno de sus textos dice: *“según buscamos demostrar, no hay por lo tanto una especificidad del servicio social; apenas características que atribuyen cierta identidad, cierta cultura profesional, cierta particularidad: la mayoría femenina, la intervención de campo como actividad más recurrente, la instrumentación en las refracciones de la cuestión social, la manipulación de variables empíricas como límites de la mayoría de las intervenciones, las políticas sociales como campos más frecuentes de su actividad, el Estado como espacio privilegiado de empleo”* (Montaña: 2000, 118).

Entonces, ¿Dónde se construye la especificidad? ¿Qué es lo que espera el equipo de nosotros/as como trabajadores/as sociales? ¿Cuál es la expectativa de otros/as compañero/as, que desempeñan su trabajo en otros dispositivos respecto a nuestra actividad profesional? Si partimos de la idea de que una profesión es lo que hacen sus profesionales, hablar de especificidad del Trabajo Social en Salud Mental es referirnos a la actividad profesional que propiamente desempeñan estos profesionales en los diferentes dispositivos.

En los Servicios de Salud Mental este trabajo se realiza desde múltiples concepciones del proceso terapéutico, por lo que su metodología combina aspectos psicoterapéuticos personales junto con la conexión con otras intervenciones sociales, teniendo en cuenta que es la población con la que trabaja y su psicopatología, la que define de forma específica la intervención del profesional. Refiero, por consiguiente, un Trabajo Social que tiene que ver con la valoración de la interacción entre la experiencia biológica, psicológica y social del individuo, proporcionando una guía para la intervención.

Cómo hemos visto, los/as trabajadores/as sociales en este campo, integran un equipo interdisciplinario, entendiendo por tal al conjunto de profesionales con un objetivo común,

igualados en el momento de hacer sus aportaciones, pero diferenciados en el tipo de información y de intervención que pueden hacer, y capacitados para organizar sus actuaciones de acuerdo con las características y las prioridades del problema.

En este sentido, el equipo no es un fin en sí mismo, sino es un instrumento que está también en función del nivel y formación de los profesionales que lo forman. En concreto, el/la trabajador/a social traslada la vertiente ambiental, relacional, cultural, económica, etc. que se incorpora a lo biológico y a lo psicológico para realizar la valoración global del/la usuario/a y el plan de tratamiento.

Por otro lado, es importante diferenciar lo que son las funciones profesionales, del rol profesional que se desempeña. Cuando hablo de funciones, refiero a las manifestaciones dispuestas desde la institución. En este caso, no es lo más frecuente que la institución que contrata al/la profesional en el ámbito de la Salud Mental, defina las funciones que tiene que desempeñar. Más bien, han sido los/as propios/as trabajadores/as sociales los/as que las han ido desarrollando en los diferentes servicios, como intento de definir el espacio profesional, en las diferentes instituciones.

En las entrevistas realizadas a los/as trabajadores sociales que intervienen en las instituciones nombradas he podido visualizar algunas luces y también oscuridades al momento de definir el rol y la especificidad del mismo.

Cuando indagué sobre la temática a J.B. comenzó diciendo *“y pregunta compleja (...) uno tiene el discurso armado de lo que es la profesión, la construcción ciudadana, la intervención orientada a la construcción de los derechos de la persona, en este caso, en este hospital, las problemáticas de salud mental están atravesadas por la cuestión de las problemáticas sociales en cuanto al acceso de la vivienda, a una ocupación, a un trabajo digno, o un trabajo aunque sea, una ocupación real, todas situaciones que esta persona está atravesada por la problemática de la salud mental, y no solo por esta, sino por la problemática de la generalidad mayormente que tienen las personas que recurren a la internación de este hospital monovalente de salud mental”*. El entrevistado continuó: *“...la especificidad está en eso que haces vos y muchos no lo hacen”*, cerrando su respuesta en el quehacer de nuestra intervención profesional, es decir, el ejercicio profesional que pareciera orientar nuestra especificidad. Destacando también que los profesionales del Trabajo Social darán mayor importancia a algunos temas, algo que otras profesiones no hacen. *“(...) algunos tipos de intervenciones domiciliarias, algunas intervenciones familiares, algunas estrategias armadas con los abogados, en cuanto a la vulnerabilidad de derechos del sujeto, a cuestiones relacionadas con si hay menores, niños/as involucrados/as en la situación, garantizar que*

estos/as no estén expuestos, que sus derechos no estén vulnerados, también si hay cuestiones de violencia de género, problemáticas que por ahí los trabajadores sociales le damos mucho hincapié, nose si es una especificidad a raja tabla, pero si son cosas que nosotros manejamos bastante bien y siempre podemos aportar en las reuniones de los casos”.

Sobre esto último, retomo el sentido de nuestra existencia en el medio institucional, habitualmente ligado a generar condiciones o modificar situaciones reales, concretas, vinculadas a las condiciones de vida de los/as usuarios/as.

Por lo que, podríamos pensar que dentro del equipo de Salud Mental la función que el/la trabajador/a social tiene es la de incorporar el factor social de los problemas, colaborando en la continuidad de cuidados, aportando los recursos necesarios para la integración e inserción social del/a “enfermo/a” mental, incluyendo su intervención en el tratamiento de los problemas psicosociales. Todo ello es una exigencia básica de la atención integral de salud, otorgándole el valor de una asistencia de calidad.

Muchas veces, en cuanto al rol que desempeña, al/la trabajador/a social se le considera como el/la “especialista de lo social” y en las organizaciones y servicios sociales, cómo los/as mejores preparados/as para asegurar el adecuado desempeño de las relaciones comunitarias. Por tanto, debe conocer los servicios del entorno e informar tanto a los/as usuarios/as y a las familias como a los/as compañeros/as del equipo, para incorporarlos a los planes de actuación individualizados.

Por su parte, L.C., Trabajadora social del Gomecito, relata: *“Yo me sumo acá como Trabajadora Social, pero con la función que es concretamente de coordinación, junto con otro, y yo creo que en ese punto lo profesional está presente siempre, porque mi mirada, mi posición, mi lectura, está atravesada por mi formación, necesariamente, y mis aportes, son desde ese lugar, pero en una función concretamente de coordinación, que es más de gestión digamos (...) yo creo que tenemos muchos elementos para integrar equipos de gestión, para gestionar, no solo políticas públicas, no solo políticas institucionales, sino instituciones. Y en ese punto yo no lo hago si no es desde mi mirada profesional, lo que queda suspendido y te diría que ni siquiera se suspende porque incluso gestionar este espacio en particular implica muchas veces atravesar lo asistencial”.*

Podemos ver que si bien las actividades desempeñadas por los/as trabajadores/as sociales en Salud Mental son diferentes de acuerdo con la institución donde prestan sus servicios, en la finalidad del dispositivo y los objetivos del equipo se pueden identificar una serie de funciones u objetivos básicos.

En este sentido, luego de atravesar por esas dificultades para lograr situar la profesión en el dispositivo, y a través de numerosas y largas charlas con la profesional pude ir desmenuzando el rol que ocupa la profesión en ese ámbito. Si bien ella ocupa un lugar en el equipo de coordinación, que podría corresponder a cualquier otra disciplina, resalto, cómo hemos visto, que uno/a lleva la especificidad de la profesión al trabajo que desempeñe.

Por último, entendemos que en Trabajo Social, las técnicas e instrumentos de intervención no difieren de las que se usan en las demás disciplinas sociales, sino que dependen de las corrientes teórico-epistemológicas en que se inscribe la práctica profesional. El engranaje instrumental se convierte en un conjunto de herramientas mediadoras, es decir, mediatizan el diálogo de las categorías teóricas y los supuestos del/a profesional con los sujetos; por lo que podemos identificar la importancia que tiene la lectura sociopolítica que aporta el/la profesional en los equipos de trabajo.

II. VI Contexto actual

Para ir cerrando la presente tesina, realizaré un breve recorrido por la realidad actual que atraviesan las instituciones y toda la política de la Salud Mental a nivel Nacional. Una realidad que refleja un terreno de arenas movedizas, en donde pareciera que si más se quiere avanzar, más profundo se hace el pozo, haciendo referencia a cuestiones que atraviesan la vida cotidiana de lo particular del Centro cultural.

En la entrevista que realicé a L.C., comenzó compartiéndome (luego de varios años sin vernos) el reclamo más actual por el cual transita el “Gomecito”, donde no sólo se refleja una problemática concreta sino, el resultado de un camino de obstáculos que se viene presentando en la situación actual a nivel más global de la política en salud.

El reclamo está ligado concretamente a la situación de una de las acompañantes terapéuticas que integra al equipo del dispositivo en particular, que hace un año deja de cobrar y empieza ahí el derrotero, que hasta el día de hoy no está resuelto, donde no sólo se ha solucionado su remuneración, sino que no está resuelto como la profesionalva a continuar. La Trabajadora social destaca al acontecimiento, como *“un modo de amenaza en que, los argumentos por parte de las autoridades de la Dirección Provincial, es que no podría continuar en el “Gomecito” porque no podrían haber acompañantes en los dispositivos sustitutos, cuando en realidad, fue la propia Dirección la que definió asignar a los mismos”*.

Me es importante destacar que esto tiene que ver con una definición política que no se había solicitado desde el equipo de profesionales, sino que fue la misma Dirección de Salud Mental quien lo decidió. Por lo que, la acompañante terapéutica se organizó en el dispositivo, generando funciones y un espacio importante, que hoy en día si ella no está, se cae. L.C. expresa: *“(…) entonces, el tema es desde qué lógica se hace, y esto viene anudado a la supuesta sustitución de lo manicomial. Si en vez de favorecer los espacios sustitutos lo vamos a precarizar”*.

Otra de las cuestiones por la que atraviesa el “Gomecito” en la actualidad, es que el convenio de cooperación que se firmó desde para designar al Centro cultural como dispositivo sustitutivo, entre la institución monovalente y la dirección de Salud Mental, en función de las responsabilidades institucionales respecto de este espacio, se venció. De ahí que empezó un intento de diálogo y de reuniones por parte del equipo que no funcionó.

Es en medio de toda esta precariedad, que todo lo otro funcional del dispositivo encuentra complicaciones. Durante la entrevista, la trabajadora social, en relación a esto

último comenta: *“el estado de la situación general del dispositivo, es complicado (...) precariedades digamos, que no hacen más que abonar a una situación compleja en su conjunto, porque es muy difícil sostener el laburo cuando hace 8 meses que no cobras, eso repercute necesariamente en el espacio que esta persona sostenía (...) cuando esto empieza a flaquear, empieza todo a flaquear. Cada uno, su realidad más singular, cuando se empieza a sumar como realidad del dispositivo empieza a ser crisis. Entonces todo se empieza a desajustar”*.

En este sentido, se entiende que si desde el dispositivo se sale a sostener todas estas instancias, es porque no da lo mismo al equipo profesional, que el espacio institucional exista o no, y en qué condiciones lo hace *“(...) es una realidad que va generando algunas precariedades también hacia la población que asiste a este espacio, eso es real, no hay cómo pensar condiciones de asistencia y de trabajo, y cuando necesariamente una parte está atravesando un momento bastante crítico, se encuentra afectada la otra”*.

Esta realidad institucional, me permite realizar una lectura a nivel macro de la política en Salud Mental, donde veo y noto una fuerte ausencia de acompañamiento y de lineamiento claro por parte de la Dirección Provincial en torno a los dispositivos alternativos en particular, y en relación a sus objetivos en general. No se conoce ni logra identificar un plan de trabajo elaborado y bajado a cada uno de los espacios que dependen de la misma, donde se busque poner una coherencia a las actividades diversas de cada uno de ellos. Generando así, que sean los dispositivos alternativos los que elaboran las diferentes líneas de acción para alcanzar sus metas más particulares y, que estos actos individuales sean sumados y reunidos en un gran conjunto por la Dirección haciendo de esta sumatoria su política de salud. Un dato que nos refleja L.C. en la entrevista, en relación a esto es que *“(...) a pesar de que la Dirección dice que la provincia tiene 130 dispositivos, acá vienen personas de los Centros de salud, de zona sur, de zona norte, zona oeste, de cualquier zona de la Ciudad de Rosario. Aunque estén a 3 o 4 kilómetros de acá (...) está viniendo población de Oliveros, Baigorria (...) entonces, no es menor, la demanda que hay, hacia estos espacios. Eso hay que leerlo, y esta gestión no lo está queriendo leer”*.

Por otro lado, tampoco se ha modificado el presupuesto que se recibe por parte de la Dirección. El aumento de los 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.

Otro de los aspectos actuales a remarcar que atraviesan las instituciones, y más específicamente el hospital “Agudo Ávila”, fue la notable disminución del número de camas

de internación, que se tradujo en un considerable aumento de camas en clínicas privadas. Por lo que podríamos pensar que, no vamos hacia un camino de “desmanicomialización”, sino de “privatización de lo manicomial”. Siendo que las camas reducidas no fueron suplantadas por dispositivos intermedios como propone la ley, ni reemplazadas por una política habitacional que acompañe el alta institucional, sino que los/as usuarios/as que hacía muchos años que estaban internados/as fueron a parar a la calle o a instituciones privadas, en algunos casos.

Esto es, a que lo privado está mucho menos regulado, y se presentan, sin dudas, diferencias respecto a la calidad hotelera, a los tratos, abusos, y respecto al modo de pensar la atención y abordaje de la problemática.

Debe tenerse en cuenta que para oponerse al poder privado, es necesario que el Estado sostenga la salud pública desarrollando una política universalista de seguridad social con la participación de equipos interdisciplinarios y los/as usuarios/as. Para ello debería asignar un presupuesto adecuado para dar una cobertura de salud a todos/as los/as ciudadanos/as independientemente de sus posibilidades económicas y que los/as profesionales cobren un sueldo acorde con la práctica que realizan, que, como hemos visto, no se viene cumpliendo. Por lo que se vuelve fundamental seguir exigiendo la puesta en marcha de políticas sociales y de salud que garanticen, la cobertura de las necesidades de todo el proceso de desinstitucionalización y mantener lo específico de un acompañamiento en Salud Mental que asegure la posibilidad que abre la externación.

Esto último, no sólo es posible sino necesario, pero mientras las empresas privadas tengan el poder, la hegemonía psiquiátrica tratará de impedir modificar el campo de la Salud Mental. Entendiendo que avanzar con respecto de la reforma, implica tocar intereses de las corporaciones médicas, farmacéuticas e instituciones privadas.

Esta realidad provincial y local se encuentra inevitablemente enmarcada por el cambio de Gobierno a nivel Nacional, siendo que se comenzaron a sembrar incertidumbres durante estos años, en cuánto a la continuidad de la ley y de los pasos a seguir para el cierre de las instituciones manicomiales, entendiéndose que el acento está puesto en la concepción y protección de la autonomía de los/as usuarios/as con problemáticas de Salud Mental, como espíritu esencial de dicha ley y que, en éstos tiempos de liberalismo político-económico, es lo que más se encuentra en riesgo, ya que la lógica privatizadora y reduccionista de gobiernos que intentan poner un marco regulatorio a leyes de éste tipo, apunta a restringir derechos tanto individuales como colectivos y eso en el orden de la salud, puede resultar nefasto, más para los sujetos y las problemáticas de mayor vulnerabilidad.

Creo que si bien el quiebre a nivel legal no es de menor importancia, se debe tener en cuenta que el mismo no rompe el poder político, gremial y empresario que hay en el campo de la Salud Mental, quedando de esta manera los artículos de la Ley Nacional como meros enunciados, que se pierden al no acompañarse de la elaboración de las fuertes políticas.

Por lo que la ley, como herramienta jurídica, si no tiene un correlato en la política pública, es letra muerta. Si bien se apela a ella como marco jurídico para las intervenciones, para llevar adelante determinadas acciones y para justificar determinados reclamos, si no se arma una política sólida en consonancia con la misma, pierde sentido. *“(…) absolutamente, y en casi los ocho años que lleva sancionada la ley, la verdad que la política pública en ese sentido, deja mucho que desear, es muy poco lo que se ha armado, y no se ha armado en esos términos, en tanto política pública, con lo que eso implica (...)”*, expuso L.C. durante la entrevista en relación a este punto, entendiendo que las definiciones que se han dado y armado, *“(…) no aportan en el sentido del espíritu de la ley más estricto de lo que implica el cambio de paradigmas”*, agregó la profesional.

Por otro lado, cuando interrogué sobre este tema a J.B., identifica que una de las tensiones en torno a la ley tiene que ver con lo intersectorial, principalmente porque aun se sigue pensando que la problemática de Salud Mental sigue siendo manicomial, es decir que cuesta pensarla en salud, y más va a costar pensarla como problemática general y social, *“(…) porque las problemáticas que intervenimos en el Agudo Ávila, son más que nada sociales. Son, problemáticas familiares, habitacionales, ocupacionales, económicas, que la Salud Mental aterriza también, se desarrolla ahí, en conjunto. Entonces que lo intersectorial pueda dar respuesta a la Salud Mental, es complicado”*. Se conoce que desde educación, vivienda, lo laboral, no se ha podido construir algo en relación a esto, y justamente, la idea de la ley es que todos los sectores de la sociedad puedan dar una respuesta. El entrevistado agrega: *“(…) quedamos solos los que trabajamos en Salud Mental pensando en esto. No hay otros actores involucrándose”*. Esto último, perjudica considerablemente los avances, siendo que afecta el rediseño de las estructuras existenciales en todos los niveles de complejidad, desde la internación, la guardia, hasta los hospitales generales, y los espacios sustitutos a la internación.

De todas maneras, y aun en este medio tensionado, cabe resaltar que la sanción de dicha ley también permitió avanzar en la lucha por una organización ética, racional y científica en el campo de la Salud Mental. No menor es el movimiento de participación, ya mencionado, que se viene dando en la ciudad de Rosario desde hace tiempo, de la *“Asamblea de usuarios/as y no usuarios/as por sus derechos”*, donde no sólo se realizan acciones de

difusión y concientización, sino que también se hacen trabajos de vigilancia y de denuncias en casos de violación de los derechos. Estas actividades fueron reconocidas por la Dirección Provincial de Salud Mental que, en su proyecto de Órgano de revisión, contempla la incorporación de representantes de los/as usuarios/as. Entendiendo, según la ley 26.657, que 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/as usuarios/as y controlar el cumplimiento de la presente ley. En otras palabras, debería ser el encargado de velar por los derechos humanos de los/as usuarios/as del sistema de salud mental, paso todavía por dar y definir en la Provincia de Santa Fe.

Conclusiones

En la presentación de este trabajo he destacado que a lo largo de los años se viene generado y aún generan, avances en materia de Salud Mental, buscando un quiebre y separación con el paradigma anterior, proponiendo nuevas aperturas de espacios y de abordajes, que marcaron un “punto de llegada” fundamental a una serie de debates y luchas contra el poder hegemónico de la psiquiatría y del asilo. Hoy en día, podemos ver cómo los obstáculos y tensiones que aún se presentan y persisten en este camino a recorrer, marcan así, un “punto de partida” hacia nuevos desafíos a transitar.

Cuando pensamos en “desmanicomialización”, es preciso, tener en claro lo dificultoso que se vuelve lograr que se lleven a cabo estos procesos actualmente en nuestro país, ya que, como desarrollé al final del trabajo, contamos con una fuerte ausencia de una política sanitaria que articule los tres niveles de atención (primario, secundario, terciario) y más aun, teniendo en cuenta que la Salud Mental como "especialidad" está ubicada directamente en las instituciones del tercer nivel como única respuesta de atención de los padecimientos mentales de la población. Es allí, donde los/as especialistas se van a ocupar del tratamiento de la “enfermedad” a través de psicofármacos en los casos que correspondan y si es necesario, a través de la internación, siendo la medicina la única capacitada para diagnosticar. Por lo tanto, lejos de promover la equidad, aumenta la brecha de las desigualdades sociales dejando de ser la salud un derecho para convertirse en un bien de compra, dejando de tener un carácter de derecho universal del cual es responsable el Estado, para convertirse en un bien de mercado.

Como expuse al principio de la tesina, durante décadas se ha respondido a atender a la persona “enferma” de la familia aislándola de ella, aumentando la fragilidad social, desapropiándolo de todas las redes vinculares existentes sin posibilidad de otras. Por lo que, uno de los grandes avances en los cambios de abordajes institucionales fue no aislar al sujeto 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 tratándose únicamente del cierre del manicomio y la expulsión del/a “loco/a” sino de una estrategia que permita habilitar los espacios que son imprescindibles. Pensar, como leí una vez en un documento los trabajadores de A.T.E. (Asociación de Trabajadores del Estado), “¿Que abrir para cerrar?” apuntando constantemente a crear, construir y reconstruir el instrumental técnico de la intervención dentro de la práctica en desarrollo a partir de las relaciones que se establecen entre la institución-profesión-usuario/a, en determinados contextos. Y es acá, donde aún me siguen surgiendo cuestiones a modo de interrogantes, que

por momentos opacan y hacen dejar de lado el acontecer cotidiano del Centro cultural. Si bien estos debates son definitivamente necesarios y hacen de la vida general de dicho campo, creo que no podemos olvidar los discursos y los análisis críticos sobre todo lo que se nos aparece y presenta en nuestras prácticas más particulares.

En este sentido, y del recorrido que he realizado, me es fundamental resaltar, una serie de aportes que la experiencia me ha dejado, tanto a mi trayectoria académica y como a mi futura inserción laboral. Hago referencia especialmente, a dos espacios que acompañaron el proceso de las prácticas profesionales de la carrera, por un lado, el espacio de supervisión en el ámbito académico, que nos permitió, a mis compañeras y a mí, hablar, debatir y compartir desde los sentimientos, incertidumbres y dudas que nos iban surgiendo. Y por otro lado, las reuniones semanales con la Trabajadora social del “Gomecito”, donde inicialmente nos ponía al tanto de determinadas cuestiones a modo de información, que rodean el campo de la salud y del trabajo en general, y luego nosotras le acercábamos lo que íbamos viviendo, abriendo un intercambio de debates y posicionamientos que, personalmente, me ayudaron a entender y a guiar la práctica concreta.

Esto último fue importante para replantear las maneras de llevar adelante las prácticas, entendiendo que la misma se presenta frente a las múltiples demandas de lo cotidiano, se responde activamente, produciéndose una relación directa entre pensamiento y acción, donde las más mínimas acciones deben ser analizadas previamente, siendo que todo lo que desarrollemos en el espacio produce un efecto en un/a otro/a y debemos estar alertas para que los resultados se conduzcan en la dirección que teníamos planificada.

Se presenta una necesidad profesional de poseer herramientas teóricas como metodológicas que puedan ser articuladas y puestas en juego a la hora de intervenir, donde las mismas van a estar dadas 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 aquellos que le dará sentido es la dimensión política, el interés de su intervención. Volviendo de manera recurrente a interrogantes centrales de la intencionalidad profesional en el dispositivo, el por qué y para qué se llevan a cabo determinadas acciones, sin dejar de posar la mirada en un compromiso ético-político como sostén de las estrategias. Buscando la construcción de ciudadanía y de sujetos de derechos, generando nuevas posibilidades, de emancipación y libertad. Entendiendo que si bien no hay una libertad absoluta para los/as usuarios/as del Hospital Agudo Avila, hablamos de libertades en relación a decidir de qué modo transitar su encierro, de expresar sus malestares y deseos. Libertad de vincularse con otros/as, poseer una autoestima sana, y ser reconocido/a por el equipo de trabajo y por sus

compañeros/as de grupo. No en vano, tantos autores y docentes han rescatado la importancia del grupo.

En este sentido, como he desarrollado, el Trabajo Social aporta en su intervención, a la construcción de herramientas que permitan a los sujetos enfrentar las diferentes problemáticas que se le presenten en la vida cotidiana, generando de este modo la autonomía y autogestión en el medio social en el cual viven.

Presentándose así un doble desafío para la profesión: por un lado en el plano de la formación y por otro, en el plano del ejercicio profesional. Con respecto a la formación, siendo culta y atenta, capaz de anticipar problemáticas pertinentes a la práctica profesional y de fomentar la formulación de propuestas profesionales que distingan alternativas de políticas calzadas en el protagonismo de los sujetos sociales, apostando a las luchas sociales, y reconociendo la contradicción en la cual se inscribe la práctica profesional para reafirmar la formulación de propuestas de acción en el campo de la implementación y la formulación de políticas públicas en perspectiva de los sujetos. Y en cuanto al ejercicio profesional, asumiendo que ocupa un lugar en el engranaje de la reproducción social, lugar tenso y contradictorio que requiere necesariamente de un profesional para sí y colectivamente un posicionamiento ético-político. Comprendiendo que, ninguna práctica profesional es ingenua, que por acción u omisión de ese posicionamiento se definen prácticas de inclusión o de exclusión social.

Es importante reconocerse como profesionales privilegiados/as que intervienen en el ámbito de reproducción de las relaciones sociales, desde la singularidad, es decir en la vida cotidiana de las personas, y que las acciones tienen consecuencias sobre la misma, lo que demanda una reflexión continua sobre todas estas cuestiones que he planteado a lo largo del presente trabajo. Reconociendo la necesidad de que en el ejercicio profesional se asuma condición de clase, pero no sucumbir a la seducción narcisista de creerse el lugar al saber poder y repetir “amos”. Porque mientras los sujetos no se adueñan de su ser en falta, se seguirá reproduciendo la alienación.

En esta línea, creo fundamental y vuelvo a resaltar la importancia de una intervención profesional desde un abordaje interdisciplinario teniendo en cuenta la participación de distintos saberes y profesionales. Donde entran en juego la historia familiar, el contexto, los discursos, las representaciones, etc. Es decir, una totalidad atravesada por múltiples dimensiones complejas que se entrecruzan y le dan identidad al sujeto. Identidad cambiante y abierta, en una realidad dinámica, en movimiento y con posibilidades de transformación, donde se entrecruzan variables biológicas, sociales, históricas, económicas, ecológicas, etc.

No puedo dejar de nombrar que aun con sus avances en los equipos de trabajo de las diferentes instituciones, la interdisciplina, sigue siendo uno de los aspectos más controvertidos en la actualidad, porque pretende una constante discusión hacia los/as profesionales, y al Trabajo Social particularmente, para replantearnos como profesión que permanentemente se está reconstruyendo, reconociendo que aún hay mucho por construir, investigar y producir, para tener también respuestas más sólidas sobre la problemática, .

A modo de cierre, y como ya hemos visto, las resistencias a los cambios y “los miedos” que surgen por el desconocimiento de la ley, terminan convirtiendo los principios de la misma en enunciados. Entendiendo y reconociendo que la normativa vigente no puede resolver cuestiones epistemológicas, teóricas, metodológicas y políticas pero está proponiendo a los/as profesionales del campo de la Salud Mental la oportunidad histórica de superar las prácticas hegemónicas y fundar el sentido de la acción colectiva; interacción, construcción de conocimientos, horizontalidad en las relaciones entre profesionales y sujetos involucrados en la intervención (individuales y/o colectivos).

La propuesta ya mencionada, gira en refundar las prácticas a partir de la creatividad para trabajar en prevención, educación y promoción; descartando que el “tratamiento” sea el único sentido de una intervención profesional. Estos cambios, deben discutirse entre quienes están hoy trabajando en el campo de la Salud Mental pero también deben implicarse en la discusión de los centros académicos. Quienes intervienen en el diseño de los planes de estudios deberían empezar a cuestionarse acerca de la intervención interdisciplinaria no sólo en términos teóricos sino también en el proceso de desarrollo de las prácticas pre-profesionales. Por lo tanto, la estrategia de intervención en el campo de la Salud Mental que debe construirse desde la interdisciplina y lo comunitario conforme a como lo establece la Ley N°26.657, constituye un propósito que se circunscribe en el “deber ser” y se encuentra muy distanciado del “hacer”. Por ello sostengo que si bien podríamos decir “la ley propone” aún no se modifica del todo la práctica profesional cotidiana sustentada en la multidisciplinarietà, acciones secuenciales y burocratizadas.

Considero que el cambio sólo es posible en la medida en que los/as profesionales y técnicos/as sean capaces de proponerse el desafío de construir nuevas prácticas que no constituyan meras aproximaciones al trabajo cooperativo que se delimita a una intervención desde la especificidad profesional. Exigiendo el trabajo interdisciplinario, una revisión de las capacidades y habilidades profesionales para ser “parte de”, reconocer las resistencias, los obstáculos, prejuicios, etc., realizando un registro de las subjetividades que intervienen y condicionan el quehacer cotidiano.

Por último, pero no menos importante, sino todo lo contrario, puedo observar la actual resistencia que aún ofrece la sociedad al cierre del manicomio que sigue viendo al “loco” y a la “loca” como peligroso/a. Por lo que, destaco la necesidad de que el cambio parta principalmente, de cada uno/a de nosotros/as, pretendiendo que nuestra práctica, desde lo profesional o desde la sociedad, sea distinta, siendo que trabajar en el cambio social significa esencialmente superar las relaciones de opresión y vivir la contradicción del vínculo con el/la otro/a.

Anexo I

Entrevista I: L.C., Trabajadora social y coordinadora del Centro cultural “Gomecito”.

Antes de comenzar, me interesaría informarme bien con respecto al reclamo y a la situación actual de por la que está atravesando “Gomecito”.

L. C.: *“El reclamo es un reclamo que en realidad inició entre septiembre y octubre del año pasado, ligado a una situación particular de una de las integrantes del equipo. Ella es acompañante terapéutica, y por su edad, en el pase que se dio en el 2016 de un grueso de acompañantes, no puedo pasar a planta, y siguió facturando, con la promesa de la Dra. Provincial, de que le iban a conseguir un cargo de alguna manera. Efectivamente, después de casi un año se le consigue ese cargo, se le da el mismo, pero nunca se le dice que era solo por tres meses, por lo que ella de repente deja de cobrar, osea, corta su monotributo y deja de cobrar y ahí empezó el derrotero, digamos que hasta el día de hoy está no resuelto. Hasta el día de hoy no le han pagado, hasta el día de hoy no está resuelto cómo ella va a continuar. La amenaza de algún modo es que en los argumentos de parte de las autoridades de la Dirección, es que no podría continuar en el dispositivo porque no podrían haber acompañante en los dispositivos sustitutos, cuando en realidad, fue la propia Dirección la que define asignar acompañantes a los dispositivos. Esto tuvo que ver con una definición política, la Dirección de Salud Mental decidió que una masa de 30 trabajadores que pasaron a planta, designar (nosotros no lo habíamos pedido) una persona, un trabajador al dispositivo, el trabajador se acomodó en el dispositivo, generó funciones, generó un espacio importante, que si ella hoy no está, se cae, entonces, el tema es desde qué lógica, y esto viene anudado a la supuesta sustitución de lo manicomial y si en vez de favorecer los espacios sustitutos vamos a precarizarlos, ese sería el grueso de todo esto. Además, de una cuestión muy concreta que es que a ninguno de los tres integrantes de la coordinación de este dispositivo, nos citaron para decirnos que no íbamos a contar más con este recurso humano. De ahí, empezó un derrotero con intentos de diálogos, un diálogo que no funcionó. Tuvimos muchas reuniones, en mediados de febrero se cambió el cargo de la directora provincial, y asumió otra persona que ya era parte de la Dirección, previo a eso y ya agotado el proceso de intentar por otras vías, se fueron sumando otras situaciones, el 10 de mayo se venció el convenio de cooperación que teníamos firmado desde que a nosotros nos designan como dispositivo sustitutivo en diciembre del 2015, con convenio entre la institución monovalente y*

la Dirección de Salud Mental, en función de las responsabilidades institucionales respecto de este espacio. Tuvimos dos intentos de reuniones en las que la Dirección no apareció, y después se fueron sumando en el transcurso del tiempo, otras situaciones, un compañero que está en su cargo con las funciones asistenciales de otra compañera, automáticamente cuando ella deja la función, la gestión, vuelve a su cargo asistencial por ende él se queda sin cargo. Previamente, ya en octubre habíamos negociado la posibilidad de un cargo, que hasta el día de hoy, está gestionado, y ahora después de tanta movida que hicimos, se empezó a mover, pero hasta el día de hoy hace dos meses que no cobra, y así seguimos sumando, ósea en el medio de esa precariedad, todo lo otro se hace muy difícil. En relación a lo presupuestario... a ver, no nos vamos a creer que somos los únicos que estamos con dificultades presupuestarias, pero ciertamente, hasta octubre del año pasado, nuestro presupuesto era de \$5.000 para funcionar, con todo lo que eso implica, y hasta el día de hoy, son \$6.500, en lo concreto del cotidiano. Después se paga una vez al mes las Infusiones, que ahora se llaman de otra manera, "Tertulias", y se paga actualmente \$2.000 al mes al operador del programa de radio. Ese es todo el aporte que nosotros recibimos de la Dirección de Salud Mental. Entonces, el estado de situación general del dispositivo, es complicado, porque desde que hay un trabajador que hace nueve meses que no cobra, y otro que hace dos que no cobra, y otro que esta precario y que no se sabe cuánto tiempo va a permanecer así, que es quien está a cargo del taller de cerámica y del espacio de venta de la feria, digamos, que es alguien que está contratada, precariedades digamos, que no hacen más que abonar a una situación compleja en su conjunto, porque es muy difícil sostener el laburo cuando hace ocho meses que no cobras, eso repercute necesariamente en el espacio que esta persona sostenía, que era el taller verde, no es lo mismo que haya uno a que haya dos, cuando se definió el espacio, se definió dos días a la semana, casi dos horas por taller y con una lógica de trabajo, y bueno, cuando eso empezó a flaquear, empieza todo a flaquear. Cada uno, su realidad más singular, cuando se empieza a sumar como realidad del dispositivo empieza a ser crisis. Entonces todo se empieza a desajustar".

Y en relación a esta situación actual, en estos últimos años concretamente, ¿hubo cambios de talleres o del cuerpo profesional?

L. C.: "No. Por ahí los talleres que tienen que ver más con la planificación anual y con lo que uno va leyendo de las propuestas, pero no ha habido grandes cambios, los cambios están más atados a estas situaciones que a otra cosa, en este punto, lo cierto es que nosotros, si

salimos a plantear y a pelear todas las instancias, que ya nos dimos todas, hasta la ministra, de hecho ahora estoy terminando de contestar un expediente, que se generó a partir de una nota, fue porque no nos da lo mismo, que el dispositivo exista o no, y en qué condiciones lo hace, ese sería el punto. Lo cierto es eso, los cambios tienen más que ver con esta realidad que con lo que uno define como instancia más clínica, terapéutica, la puesta más del laburo digamos, nosotros seguimos en la misma línea, que veníamos trabajando, apostando a exactamente lo mismo y a intentar ir cada vez un poco más, pero también cuando estos apoyos empiezan a caerse, es bastante difícil sostenerlo. De hecho seguimos con los acuerdos con 'Derribando muros', los chicos siguen sosteniendo que este es un espacio para seguir realizando esto, eso le da también fuerza, convenios con cultura, osea, nosotros en ese plano intentamos que en la planificación del trabajo, no se vea del todo afectada, porque nosotros teníamos que abrir la puerta, todos los días. Eso es una realidad, lo cierto es que eso también en un punto se resiente, porque los días que nos vamos de reunión somos menos acá, o porque los días que definimos sumarnos a las medidas de fuerza más colectiva, nos sumamos y acá cerramos, digo, es una realidad que va generando algunas precariedades también hacia la población que asiste a este espacio, eso es real, no hay cómo pensar condiciones de asistencia y de trabajo, y cuando necesariamente una parte está atravesando un momento bastante crítico, se encuentra afectada la otra, eso es así”.

Y en relación a las otras instituciones, que nacieron por fuera del manicomio, ¿la situación actual es diferente?

L. C.: *“Si, acá fue un proceso mucho más lento, de separaciones más simbólicas, en algún punto, porque incluso hasta el día de hoy, la definición política de este espacio, política y clínica, de cerrar la puerta que comunicaba con la institución monovalente, si bien, hay un acto formal, real del cierre de una puerta, sigue siendo simbólica, nosotros seguimos estando emplazado en el terreno de la institución monovalente. Seguimos aun con esa doble dependencia, a la institución y a la Dirección, no terminamos de ser un dispositivo por fuera de esto, un dispositivo que se fue armando con el mismo proceso en el tiempo, no es algo que se creó y se planificó por fuera de las estructuras existentes digamos, que esa puede ser la diferencia con el resto de los dispositivos que se fueron generando ciertamente en otros lugares, por fuera de las estructuras monovalentes, y probablemente, parte de las dificultades que tenemos, tienen que ver con eso, pero bueno, por eso nosotros estamos convencidos de que ese movimiento en su momento fue muy fuerte y muy cuestionado. Lo que nosotros podemos leer en el tiempo es que en ningún momento esto se vació, que de a poco las*

personas que en un primer momento sentían que no iban a poder llegar, empezaron a poder llegar, sobre todo las personas internadas en el hospital, y después se abrió el juego a una cantidad innumerable de instituciones territoriales, que evidentemente, no tienen muchas opciones, a pesar de lo que la Dirección dice de los 130 dispositivos que tiene en la provincia, que se yo, porque acá vienen personas de los Centros de salud, de zona sur, de zona norte, zona oeste, de cualquier zona de la Ciudad de Rosario. Aunque estén a tres o cuatro kilómetros de acá digamos, de hecho cada vez está viniendo más población de Oliveros, de Baigorria. En lo que va del año tuvimos casi 20 admisiones, en lo que va del año, nada más. Entonces, no es menor, la demanda que hay, hacia estos espacios. Eso hay que poder leerlo, y esta gestión no lo está queriendo leer”.

¿Y vos crees que esa es la mayor tensión posterior a la Ley Nacional de Salud Mental?

L. C.: “La ley es una herramienta jurídica, si esa ley no tiene un correlato en la política pública, es letra muerta. Por más que uno insista con apelar a la Ley cómo esto, como marco jurídico para las intervenciones, para llevar adelante determinadas acciones, para justificar determinados reclamos, para un montón de cuestiones, la política pública si no se arma en consonancia con esa ley, es letra muerta, absolutamente, y en casi los ocho años que lleva sancionada la Ley, la verdad que la política pública en ese sentido, deja mucho que desear. Es muy poco lo que se ha armado, y no se ha armado en esos términos, en tanto política pública, con lo que eso implica, asignación presupuestaria, definición y orientación en la política en relación a el tipo de instituciones, el tipo de modalidad asistencial, el tipo de recursos, eso implica pensar la política pública. Acá no hay plan provincial, y hace años que reclamamos un plan provincial porque lo cierto es que más allá de Ley Nacional, Santa Fe tiene ley desde el año 1991, estamos hablando de casi treinta años, entonces no es que esto empezó ayer. Había un plazo de 90 días para hacer un censo, y el censo se está pensando recién ahora y de un modo bastante anárquico, lo cual indica que no hay mucha, a ver, no que no hay mucha, sino que las definiciones que hay, no son para aportar en el sentido del espíritu de la ley en el sentido más estricto de lo que implica el cambio de paradigmas. Acá lo único que viene sucediendo son acciones que intentan tapar baches, que van poniendo parches, viendo de qué manera hacemos una cosita acá, que en realidad nadie está interesado en tocar los intereses que hay que tocar para que efectivamente el modelo asistencial sea otro”.

¿Con qué crees que tiene que ver puntualmente esta resistencia a generar una política pública?

L. C.: *“Acá avanzar con respecto de la reforma, implica tocar interés de las corporaciones médicas, farmacéuticas, de instituciones privadas, porque la ley abarca, no solo lo público sino también lo privado. Entonces hay muchos intereses en juego. De hecho ha habido intentos, de lo que va de la gestión macrista, intentos de derogar y de hecho algunos derogaron artículos de la ley, ahí se ha salido a resistir. No creo que se dé un avance aunque exista cierta formación y perspectiva antimanicomial, porque los acuerdos pasan por otro lado. Yo no creo en una política que sea por parte, hay un modelo claramente expresado y la Dirección de Salud Mental Nacional no va a ser ajena a ese modelo. Intentará disfrazar y dibujar alguna cosa pero no va a avanzar. Por lo menos yo no creo que avance en otro sentido más contundente con respecto a las reformas”.*

Y en relación al punto de interdisciplinar, que viene a plantearse en la ley, y es lo que concretamente me interesa, ¿sentís que existan tensiones con respecto al accionar de la Dirección?

L. C.: *“No, eso me parece que es lo que menos se toca, hasta ahora. Esto de tocar las actividades reservadas de algunas profesiones, ha hecho bastante ruido, pero en lo concreto, en la definición, de lo que puedo hablar con más conocimiento de este espacio en ese punto, no ha habido restricciones respecto a la integración de la diversidad de disciplinas puestas a jugar en el armado del equipo. En ese punto, no. El punto más grosero digamos, que puede afectar eso es la definición política de la provincia de firmar el pacto fiscal y la necesidad, el correlato que eso tiene en la limitación de nuevas contrataciones, pero la definición de quién integra el equipo, de dónde viene y de a qué se dedica, por ahora, no ha sido afectado. Lo cierto es que hace bastante tiempo que no ingresa nadie nuevo. El equipo que está, hace ya mucho tiempo que está. Es bastante diverso, nose si todo lo que uno necesitaría pero bueno, eso yo creo que ha tenido que ver con la apertura y las definiciones más políticas ideológicas de quienes fuimos pasando por la coordinación del espacio, de que hay cosas que no la puede hacer un psicólogo, y que hay cosas que no las puede hacer cualquiera. Si yo voy a tener como oferta del dispositivo, un taller de cerámica, necesito que a cargo de ese espacio haya alguien que sepa de cerámica, no se puede resolver todo lo con lo mismo”.*

Claro, ¿y en relación a eso no están teniendo complicaciones?

L. C.: *“No, en relación a eso no. Porque va más allá de quienes son las personas, que en ese caso, ahora no tuvimos dificultades para definirlo, desde la coordinación del dispositivo, pero insisto con esto, hace mucho tiempo que no hay alguien nuevo, la última persona que ingreso al dispositivo es la compañera, que es quien hoy está en conflicto, pero no es por de donde viene en términos de formación sino por razones más del orden presupuestario, digo, entonces en ese punto podría decir que lo interdisciplinario, lo multidisciplinario, de la conformación del equipo, no ha sido tocada en función de esta dificultad”.*

¿Qué piensas del trabajo interdisciplinario y multidisciplinario?, ¿Cómo se piensa y funciona en el espacio? ¿Y cuáles crees son las tensiones que se generan?

L. C.: *“A ver, de movida podría decir lo que venía diciendo recién, en este momento, desde hace siete años que yo estoy acá en la coordinación, y yo creo que me antecede la definición en ese punto, la orientación del espacio, y la modalidad más clínica, clínica y política que tiene el Centro cultural, siempre ha sido de permitir la aparición de diversidad y la diferencia, por lo cual para sostener eso, era necesario que en la propuesta del mismo, hubiera diversidad, entonces esa es como la base, que sostiene la necesidad de lo inter y lo multidisciplinario. El entramado de lo una y otra va variando, se va armando cada vez. A veces aparece más como multidisciplina, a veces más como interdisciplina, pero eso también está en la función de la propuesta, y en el modo de llevarla adelante. De hecho fue interesante la ruptura que se arma, cuando yo ingreso a la coordinación, hasta ese momento, y desde que venía funcionando el Centro cultural, y previo a ser Centro cultural, la coordinación de todo estaba a cargo de cuatro psicólogas, bueno y ahí mi ingreso, no por mí en lo personal, sino por lo profesional, rompe un poco con esta cuestión, por lo menos en la estructura de la coordinación del espacio y después, el equipo en sí mismo de movida se fue armando con esa lógica, en esa perspectiva. Esa propuesta que se armaba, propuesta que tenía que tener como referente a alguien que viniera de ese campo, que viniera de ese saber-hacer, que no podía haber un psicólogo, dando clases de cerámicas, dando clase de pinturas, dando clases de canto, si había algo en relación a la música apareció el musicoterapeuta, apareció el artista, si aparecía el teatro, aparecía quien tuviera las herramientas a ese saber-hacer, la cerámica, la pintura, la gimnasia, lo que fuera, quien integrara la propuesta del espacio, tenía que estar de la mano de ese saber-hacer. Y eso fue haciendo del equipo un equipo multidisciplinario, en términos de equipo, conformación multidisciplinaria y después, lo interdisciplinario, en relación al accionar diario, se va dando en función de las situaciones*

también con las que vamos trabajando, que si bien el trabajo está muy orientado a las propuestas más colectivas después está el trabajo de la singularidad que está todo el tiempo, entrando y saliendo, en esa instancia más colectiva, y bueno eso también requiere de distintas miradas, requiere de distintas lecturas, de distintos saberes, para poner a jugar ahí, la complejidad de las situaciones, sino quedamos solo en una cuestión fenomenológica, del campo de la fenomenología clínica psiquiátrica. Tensiones hay siempre, pero eso no quiere decir que esas tensiones sean obstáculos, las tensiones están desde el momento que las realidades son complejas, las situaciones singulares son complejas, y siempre podemos tener, distintas lecturas, pero no que la tensión venga de la mano de lo interdisciplinario, sino que justamente, yo creo que uno echa mano de esa mirada del otro para poder salir de la tensión que generan algunas situaciones que con una sola mirada no alcanza, porque por acá transitan personas que además de tener o de estar atravesando determinada situación son su Salud Mentañ, le pasan otras cosas, entonces el trabajo, requiere de esa mirada más integradora, y el aporte que puede hacer el tallerista de lo audiovisual, o de algunos de los talleres más artísticos, respecto del cómo alguien se desenvuelve en el espacio de producción concretamente, para pensar lo que viene planteando en relación a su situación particular, es fundamental, y uno no está en esa instancia, está en otra, entonces es necesario que eso suceda. Eso quizás es lo que está más afectado en estos últimos meses en relación a la posibilidad de priorizar dialogar sobre esas cuestiones. Se hace, de pasillo, pero no con la contundencia que puede tener trabajar estas cuestiones en la reunión de equipo, pero bueno”.

¿Cómo es la relación con los equipos interdisciplinarios que trabajan en el Agudo Ávila?

L. C.: “Desde que nosotros cerramos la puerta la relación, del Centro cultural con internación, sobre todo, se vio bastante afectada. Los equipos de internación fueron los primeros que manifestaron su incomodidad, su disconformidad, respecto a esta decisión que nosotros estábamos tomando. A la larga esto se fue entendiendo, se fue trabajando y no te diría con todos, pero si con muchos, con ganas, sin ganas, nos hemos tenido que sentar y a dialogar en función a las personas que transitan este espacio. Son equipos de trabajo, nosotros también en su momento hemos tenido nuestras dificultades, hasta que entendimos que las personas necesitan que nosotros superamos esa instancia y que nos pusiéramos en diálogo porque ciertamente acá parecen situaciones que no pueden abordarse por la lógica funcional del espacio, por el objetivo que tiene este espacio, no se puede abordar todo desde acá, entonces era necesario contar con esos apoyos. Y para ello, es necesario acomodar. Yo

creo que se fue aflojando de las dos partes, no quisiera que quede como que solo hubo una parte dura en esto, sino que frente a ese rechazo que generó nuestra definición, nosotros hicimos un despliegue importante durante algunos meses, que nos llevó así a estar incomunicados. Después entendimos que nos interesaba dialogar, entonces bueno, hagamos de tripa corazón y sentémonos a aclarar todo lo que haya que aclarar, y sobre todo a poner en manifiesto que nuestros intereses tiene que ver con el laburo de todos los días acá, y que no nos da lo mismo. Eso hizo que algo se vaya aflojando, y después bueno, uno va generando alianza como todas las instituciones, con más fuerzas a partir de ese momento, con más fuerzas tal vez con la guardia, quienes empezaron a demandar mucho más al Centro cultural, en relación a las personas que estaban alojadas por breves periodos en la guardia, y dada la condición de la de tanto encierro, pudieran transitar por este espacio. Todo eso fue haciendo que nosotros vayamos generando y fortaleciendo lazos con otros sectores de la institución. Insisto, y con muchos otros, por fuera de la institución, que eso era el objetivo más buscado del cierre de la puerta que vinculaba al Centro cultural con la institución y la posibilidad de que ese cierre nos diera una puerta a la comunidad y eso obviamente tuvo su incidencia y eso creemos que es de lo más saludable”.

Con respecto a la profesión, ¿cuál crees que la especificidad concreta del Trabajo Social en el dispositivo? ¿Y si en alguna instancia la intervención de la profesión se encuentra afectada por este marco político?

L.C.: “Nose si lo profesional se ve afectado, lo que se encuentra afectado es el dispositivo. Yo me sumo acá como Trabajadora social, pero con la función que es concretamente de coordinación, junto con otros, y yo creo que en ese punto lo profesional está presente siempre, porque mi mirada, mi posición, mi lectura, está atravesada por mi formación, necesariamente, y mis aportes, son desde ese lugar, pero en una función concretamente de coordinación, que es más de gestión digamos, que al dispositivo le aporta, en tanto y en cuanto los otros que están en la función de coordinación conmigo son psicólogos, y no han atravesado un montón de instancias de mi formación, del orden de generación de solicitud de recursos, o capacidad de elaboración de informes, nose, un montón de elementos concretos de la práctica, incluso en la gestión, que creo que la formación del Trabajo Social nos brinda más allá si eso se pone a jugar en relación a lo asistencial netamente en la atención de personas digamos desde algún servicio del Trabajo Social o en otra institución, sino puestos a jugar en la gestión de un espacio, y en ese punto creo que es fundamental el aporte de la profesión para pensar la gestión, en determinados lugares. Yo no creo y estoy convencida de

eso que la profesión solo pueda aportar en las instancias asistenciales, en relación al uno a uno con las personas en relación a los servicios de las instituciones. Yo creo que tenemos muchos elementos para integrar equipos de gestión, para gestionar, no solo políticas públicas, no solo políticas institucionales, sino instituciones. Y en ese punto, yo no lo hago si no es desde mi mirada profesional”.

¿Qué piensas de las instituciones privadas de Salud Mental?

L. C.: “No tengo mucho conocimiento de las instituciones privadas porque nunca trabajé en una. Si puedo decir que lo privado está mucho menos regulado, y si no tiene una mirada que regule, que intente regular algo de esto, se vuelve una empresa. Lo privado es una empresa. Más allá de lo que algunos trabajadores que trabajan en lo público y en lo privado pueden enunciar, con respecto a las diferencias, con respecto los abusos. Mayor calidad hotelera, pero obviamente no puedo hablar desde adentro, y ciertamente la población que llega a estas instituciones en pocas oportunidades nos ha pasado que alguien por distintas razones haya atravesado en otras oportunidades un pasaje de internación por el privado. Después en mayor medida, te diría el 98% de las situaciones es población que no cuenta con otros recursos asistenciales, y por eso transita por lo público. Es un poco difícil definir las elecciones respecto de esto porque muchas veces la población no elige llegar a esta institución, por lo menos por sus propios medios, sino por la internación. Después, lo interesante de este espacio, que intenta separarse todo el tiempo de eso, es que yo sí puedo decir que la gran mayoría de las personas que vienen al Centro cultural eligen venir al Centro cultural, esa es la gran diferencia, que no es menor”.

Anexo II

Entrevista I: J. B., Trabajador social los equipos interdisciplinarios del Centro Regional Agudo Ávila.

¿Cuál es tu espacio de trabajo? ¿Cuánto hace que trabajas? ¿Y qué lugar y función desarrollás concretamente en el Hospital?

J. B.: *“Trabajo en dos equipos interdisciplinarios, de dos sectores diferentes del hospital. Uno de la guardia, donde se internan pacientes en una sala de tránsito, con siete camas, en situaciones agudas, es decir, las más críticas de internación. Y otro de internación, más conocido como ‘pabellón’, donde están las internaciones más prolongadas”.*

¿Cómo es la organización del trabajo en los equipos interdisciplinarios?

J. B.: *“Yo lamentablemente como estoy en dos equipos, estoy la mitad de tiempo en cada uno, respecto a los psicólogos, y a los psiquiatras, y a otros profesionales. Entonces, mi participación queda un poquito secundada podríamos decir del resto de los profesionales, porque todos tienen 24 hs semanales, y yo tengo 12 hs semanales con los mismos pacientes. Yo voy lunes y martes con internación, y jueves y viernes con el otro equipo, entonces mi función es mucho de apoyo. El objetivo del trabajo es interdisciplinario en el sentido de cómo se organiza la atención, son entrevistas en conjunto, entrevistas donde el paciente entiende que los tres estamos trabajando con él, con ella, donde la decisiones son en conjunto, es decir, las decisiones terapéuticas, si se da un alta, o un permiso. La idea es que entre los tres se piense la estrategia terapéutica, por más que yo estoy menos tiempo en cada equipo, en los caso más graves o más relevantes, no dejo de estar ausente, no estoy físicamente pero me convocan para pensar en estas instancias de los casos más graves. La idea es que si bien todos tenemos nuestra formación, y nuestra especificidad, eso no se pierde, pero que entre todos se pueda construir la situación y pensar la instancia terapéutica”.*

¿Y vos crees que siempre se puede dar ese trabajo interdisciplinario, o en ciertas instancias cuesta dar ese abordaje más colectivo?

J. B.: *“Yo creo que no todas las situaciones requieren de la misma organización del equipo, hay situaciones que por ahí toma más la posta el psiquiatra, porque la situación prioriza mucho la cuestión psiquiátrica, hay situaciones por ahí donde el psicólogo toma otra relevancia, y otras veces el Trabajo Social, porque el tema está mucho más orientado a lo*

interinstitucional y lo intersectorial o porque venís con una transferencia que se generó con el paciente, o porque al paciente a veces le resulta más fácil hablar con un Trabajador Social que con un psicólogo, porque con la población que trabajamos atendemos hay personas que han transitado mucho con el Trabajo Social, y se genera otra empatía. Hay infinidad de situaciones, no en todos los casos se organiza igual, en cada caso, la tarea se distribuye de diferente manera. Para que se dé la posibilidad del trabajo interdisciplinario, tiene que haber un equipo que esté dispuesto a trabajar de esa manera, a pensar con otros, con otros saberes, a pensar que el otro tiene algo para aportar y para decir de lo que yo pienso. Entonces, creo que es posible en tanto y cuanto el equipo esté dispuesto a pensar y trabajar así. Y por otro lado, como se organiza el equipo para que la tarea sea viable, como se organiza según cada situación, y según cada situación terapéutica. Hay pacientes que por ahí, penan mucho este momento de lo farmacológico, y por ahí el psicólogo y el trabajador social trabajan mucho con la familia, o el profesional está pensando donde lo puede derivar, o armar una estrategia para el afuera, pero siempre es pensando con el otro compañero, nunca pensando solo, ni que la tarea sea exclusivamente de tal profesional. Hasta lo farmacológico, todos intentamos pensar en conjunto cual es la mejor estrategia farmacológica, si conviene un depósito, o si conviene vía oral, si va a poder administrar la medicación solo o alguien de su familia que lo administre, todo eso, entre todos nos apoyamos a pensar la intervención”.

En reacción a nuestra profesión, ¿cuál crees que sería para vos la especificidad del Trabajo Social en este espacio, o en el campo de la Salud Mental en particular?

J. B.: “Y, pregunta compleja, uno tiene el discurso armado, de lo que es la profesión, la construcción ciudadana, la intervención orientada a la construcción de los derechos de la persona, en este caso, en este hospital, las problemáticas de Salud Mental están atravesadas por la cuestión de las problemáticas sociales en cuanto al acceso de la vivienda, a una ocupación, a un trabajo digno, o un trabajo aunque sea, una ocupación real, todas situaciones que esta persona está atravesada por la problemática de la Salud Mental, y no solo por la problemática de la sm sino por la problemática de la generalidad mayormente que tienen las personas que recurren a la internación de este hospital monovalente de salud mental. La especificidad, por ahí todos los que trabajamos en este hospital te daríamos respuestas diferentes, muchos dicen ‘bueno, la especificidad está en eso que hacen vos y muchos no lo hacen’, por ejemplo, los trámites, el acceso a la pensión derivada, o no contributiva, o la gestión para dar un beneficio por certificado de discapacidad, o tramitar un DNI, o todo lo que tenga que ver el acceso a todos los mecanismos de protección social que

puede acceder un sujeto, si puede acceder a una obra social, también, garantizar que los derechos sean conservados en la internación, y en la externación, todo eso podríamos pensar que es cierta especificidad. Algunos temas por ahí, algún tipo de intervenciones domiciliarias, algunas intervenciones familiares, algunas estrategias armadas con los abogados, en cuanto a la vulnerabilidad de derechos del sujeto, a cuestiones relacionadas con si hay menores, niños, niñas, involucrados en la situación, garantizar que estos no esten expuestos, que sus derechos no esten vulnerados. También si hay cuestiones de violencia de genero, problemáticas que por ahí los trabajadores sociales le damos mucho hincapie. No se si es una especificidad a raja tabla, pero si son cosas que nosotros manejamos bastante bien y siempre podemos aportar en las reuniones de los casos”.

Volviendo al espacio laboral, imagino que estos equipos interdisciplinarios no estuvieron desde siempre en el hospital, ¿se sumaron como producto de la ley o cuando se empezaron a armar?

J. B.: “Te puedo decir lo que yo se a nivel general, no del hospital, porque en el hospital, yo estoy hace pocos años y cuando yo ingresé ya funcionaba así. Lo que si sé es que en el 2007 se convierte en hospital interdisciplinario según la Ley Provincial de Salud Mental, donde esa reglamentación pide que los hospitales se conviertan en hospitales no psiquiátricos, sino interdisciplinarios, y exige toda una reestructuración adentro de los equipos. ¿Cuándo se dió esta reestructuración? En la guardia se que en 2007 se inaugura el servicio, y se inaugura de esta manera con psiquiatra, psicólogo y trabajador social trabajando en el mismo equipo, y en el pabellón creo que fue después. Ahí estaban organizados de otra manera, estaba el psiquiatra a cargo del piso, y después estaban las otras profesiones acompañando la intervención del psiquiatra, pero no sabría decirte con fecha cierta cuando fue, tendría que averiguar”.

¿Qué tensiones crees que se generan en torno a la ley actualmente, y cuál crees que es el paso mas importante a dar a futuro?

J. B.: “Las tensiones en torno a la ley, yo creo que tienen que ver justamente, con la interdisciplina, que viene a ser uno de los aspectos mas controvertidos. Y que no hay que dejar de escuchar esa discusión, por lo menos, yo en la profesión lo llevo mucho, tiene que ver con pensar qué nos exige el campo, qué nos exige la problemática, y qué tenemos los profesionales para replantearnos como profesión que permanentemente se está reconstruyendo, y qué podemos decir nosotros sobre las problemáticas de Salud Mental, creo

que en el interior de la disciplina nuestra, tenemos que construir, recuperar también un montón de cuestiones, experiencias, investigar, producir, para nosotros tener también posiciones más sólidas sobre la problemática, hacia otras disciplinas, hacia la población que se atiende, y a la sociedad en su conjunto. Creo que la tensión esa tiene su validez en cuanto la interdisciplina es uno de los elementos más controvertidos de la ley, no solo a nivel local, sino a nivel internacional, en todos los lugares que se ha buscado que funcione interdisciplinariamente ha habido conflictos, porque es una problemática que tiene mucho que decir la medicina, porque ha producido bastante desde hace mucho tiempo, los psicólogos también han producido mucho, saben mucho sobre esto, y los trabajadores sociales también sabemos un montón, sin dudas, pero bueno, no nos dedicamos exclusivamente a esto, sino que tenemos una lectura más amplia, y lo que está buena porque nos permite pensar las situaciones desde una lectura mucho más heterogénea. No nos quedamos en una teoría cerrada, sino que estamos permanentemente revisando las situaciones desde un lugar diferente, creo en ese sentido, es muy controvertida la ley. También, en relación a lo intersectorial, porque todavía se sigue pensando que la problemática de Salud Mental sigue siendo manicomial, cuesta pensarla en salud, y más va a costar pensarla como problemática general y social. Porque las problemáticas de Salud Mental que intervenimos en el Agudo Ávila, son más que nada sociales, porque son problemáticas familiares, habitacionales, ocupacionales, económicas, que la Salud Mental aterriza también, se desarrolla ahí, en conjunto. Entonces, que lo intersectorial pueda dar respuesta a la Salud Mental, es complicado. Porque educación no ha podido armar algo, vivienda tampoco, lo laboral tampoco. La idea de la ley era que sea algo intersectorial y que todos los sectores de la sociedad puedan dar una respuesta y no que quede únicamente lo manicomial o la salud en su defecto. Ojalá que salud pueda ser la única respuesta, pero ni siquiera, le cuesta mucho. Entonces, lo intersectorial sería otra cuestión que le está costando mucho. Quedamos solos los que trabajamos en Salud Mental pensando en Salud Mental, no hay otros actores involucrandose. Y como paso importante en torno a la ley creo que sería el rediseño, de las estructuras existenciales en todos los niveles de complejidad, que es internación, como pensarla, cuando son necesarias, como deberían ser, si van a ser en hospitales generales sería perfecto, pero pensarlas para que no se sigan vulnerando los derechos, porque pensar las internaciones en estos hospitales no son las soluciones. Sigue habiendo conflictos en los hospitales generales, pacientes que son discriminados, que no son identificados como pacientes del hospital, sino que deberían mandarlos a uno monovalente,

sería uno de los grandes desafíos. Todo lo que tenga que ver con lo intersectorial sigue siendo el gran desafío”.

Anexo III

Grilla de actividades y talleres 2018 del Centro cultural “Gomecito”:

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
9:30 hs. Apertura	9:30 hs. Apertura	9:30 hs. Apertura y taller de baile latino.	9:30 hs. Apertura	9:30 hs. Apertura
10 hs. Actividad física	10 hs. Taller de cerámica	10:30 hs. Canal Gomecito (micros audiovisuales)	10 hs. Radio Abierta	10 hs. Taller de teatro
12:30 hs. Cierre	12:30 hs. Cierre	12:30 hs. Cierre	12:30 hs. Cierre	12:30 hs. Cierre
	13:30 hs. Taller verde.	13:30 hs. Programa de radio "Tardes nuestras"	13:30 hs. Taller verde.	
15 hs. Taller de Arte	15:30 hs. Canal Gomecito (micros audiovisuales)			

Bibliografía

- Argentina. Poder legislativo del Gobierno de Santa Fe. 26 de diciembre del 1991. “*Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772/91*”. Recuperado en: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/33098/171113/file/Ley%20Provincial%2010772.pdf>
- Argentina. Poder legislativo del Gobierno Nacional. 2 de diciembre del 2010. “*Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657*”. Recuperado en: <http://fepra.org.ar/docs/Ley-nacional-salud-mental.pdf>
- BASAGLIA, F. “*La condena de ser loco y pobre: Alternativas al manicomio*”. Buenos Aires, Editorial Topía, 2008. Recuperado de: <https://docplayer.es/15246551-La-condena-de-ser-loco-y-pobre.html>
- BOURDIEU, P. “Grandes pensadores del siglo XX” [Video]. Canal YouTube, 2011. Recuperado en: https://www.youtube.com/watch?v=BkO_wjL-LM
- CAZZANIGA, S. “*El abordaje de la singularidad*” en *Desde el Fondo*, Cuadernillo Universidad Nacional de Entre Ríos, Facultad de Trabajo Social. Editorial Mimeo, 1997.
- CUSTO, E. “*Salud Mental y Ciudadanía: una perspectiva desde el TS*”. Buenos Aires, Editorial Espacio, 2008.
- DE LEONARDIS, O. MAURI, D Y ROTELLI, M; (1987) “*Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los países avanzados)*” en *Revista Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*. Vol. VII. N° 21. p. 23. Recuperado de: <http://www.confbasaglia.org/wp-content/uploads/2018/02/F.-Rotelli-O.-De-Leonardis-D.-Mauri-Desinstitucionalizacion-otra-viareforma-psiquiatrica-italiana-en-el-contexto-de-la-europa-occidental-y-de-los-paises-avanzados.pdf>
- DELEUZE, G. “¿Qué es un dispositivo?” Barcelona, Editorial Gedisa, 1990. Recuperado de: http://imagenesdelsur.cicbata.org/sites/default/files/Qu%C3%A9-es-un-dispositivo_Deleuze.pdf
- FALEIROS, V. “*Trabajo social e instituciones*”. Buenos Aires, Editorial Hvmantas, 1986. p.136.
- FERRO, R. MÁLVAREZ, S. y TESTA, M. “*La función social de la locura*”. Buenos Aires, Editorial Espacio, 1998.
- FOLLARI, R. “*Apuntes Seminario Epistemología*”. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad Nacional de Entre Ríos, Paraná, 1992.

- FOUCAULT, M. *“El poder psiquiátrico”*. Buenos Aires, Fondo de Cultura económica, 2007, p. 448. Recuperado de:
- FOUCAULT, M. *“Historia de la locura en la época clásica”*. Vol. I. México, D.F., Fondo de Cultura económica, 2015, 3ª ed., p. 309.
- FOUCAULT, M. *“Historia de la locura en la época clásica”*. Vol. II. México, D.F., Fondo de Cultura económica, 2015, 3ª ed., p. 145.
- FOUCAULT, M. *“Historia de la locura en la época clásica”*. Vol. III. México, D.F., Fondo de Cultura económica, 2015, 3ª ed., p. 196.
- GALENDE, E. *“Consideración de la Subjetividad en Salud Mental”* en *Salud Mental y Comunidad*. Año 2, N° 2. Buenos Aires, Ediciones de la UNLa, 2012.
- GALENDE, E. *“Psicoanálisis y Salud Mental: Para una crítica de la razón psiquiátrica”*. Buenos Aires: Editorial Paidós SAICF, 1990
- GALENDE, E. *“Transformaciones políticas e intelectuales en los abordajes en Salud Mental”*. [Video] LIBRANDI, J. Entrevistador. Buenos Aires, CeDoPS, 2015. Recuperado en: <https://www.youtube.com/watch?v=qG77-ss10jA&t=100s>
<http://www.campopsi.com.ar/lecturasstolkiner2.htm>
http://www.elseminario.com.ar/bibliotecaFoucault_Michel_El_Poder_Psiquiatrico.pdf
http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/stolkiner_interdisciplina_salud_mental.pdf
- IAMAMOTO, M. *“Servicio Social y división del trabajo: Un análisis crítico de sus fundamentos”*. San Pablo, Editorial Cortez, 1992. p.134. Recuperado de: <https://trabajosocial5.files.wordpress.com/2016/04/iamamoto-servicio-social-y-division-del-trabajo1.pdf>
- MAMMARELLA, B. *“Registros del cuaderno de Campo: Prácticas Profesionales”*. Rosario, 2015-2016.
- MAMMARELLA, B. MOYA, S y VIVAS E. *“Reflexión y nuevos aportes del Trabajo Social al campo de la Salud Mental. Experiencias estudiantiles”*. Ponencia en el XII Congreso Nacional y V Internacional sobre Democracia, Rosario, 2016.
- MAMMARELLA, B. MOYA, S y VIVAS E. *“Trabajo Final: Centro cultural ‘Gomecito’”*. Cátedra: Prácticas Profesionales III. Escuela de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Políticas y RRII. UNR, 2016.
- MONTAÑO, C. *“La naturaleza del Servicio Social: un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción”*. Sao Paulo, Editora Cortez, 2000. p.361.

- MORIN, E. “*Sobre la interdisciplinariedad*”. 1998. Recuperado de:
http://www.pensamientocomplejo.org/docs/files/morin_sobre_la_interdisciplinariedad.pdf
- REGUILLO, R. “*La clandestina centralidad de la vida cotidiana*”. Venezuela, Universidad de Carabobo, 2000. p.121.
- RIVIERE, P. “*El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología grupal*”. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, 1985. p.248.
- SORIANO ROJAS, R. “*Capitalismo y Enfermedad*”. Mexico, Plaza y Valdéz, 1983. p.279. Recuperado de:
https://books.google.com.ar/books/about/Capitalismo_Y_Enfermadad.html?id=Gt6O_HM8ka7QC&printsec=frontcover&source=hp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- SOTOLONGO CODINA, P. DELGADO DÍAZ, C. “*La complejidad y el diálogo transdisciplinario de saberes*” en *La revolución contemporánea del saber y la complejidad social. Hacia unas ciencias sociales de nuevo tipo*. 2006. Recuperado de:
<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/soto/Capitulo%20IV.pdf>
- STOLKINER, A. “*Equipos Interprofesionales y algo más: ¿es posible hablar de intersaberes?*” en *Revista Campo Psi-Revista de Información especializada*. Año 3, N° 12. Rosario, 1999. Recuperado de:
- STOLKINER, A. “*Interdisciplinar y Salud Mental*”. Ponencia presentada en IX Jornadas Nacionales de Salud Mental y I Jornadas Provinciales de Psicología. Salud Mental y Mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy. 7 y 8 de octubre 2005 · Posadas, Misiones, 2005. P. 9. Recuperado de:
- STOLKINER, A. “*La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas*” en *Revista Campo Psi-Revista de Información especializada*. Año 3, N° 10. Rosario, 1999. Recuperado de <http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>
- STOLKINER, A. “*Prácticas en Salud Mental*” en *Revista de Investigación y Educación en enfermería*. Vol. VI, N° 1. Universidad de Antioquia, Medellín, 1988.
- TRAVI, B. “*La dimensión técnico-instrumental en Trabajo Social*”. Buenos Aires, Editorial Espacio, 2006. p. 212.
- VASCONCELOS, E. “*La cuestión del Trabajo Interdisciplinario. Servicio Social e interdisciplinariedad*”. Sao Paulo, Editora Cortez, 2000.



FACULTAD DE CIENCIA POLÍTICA
Y RELACIONES INTERNACIONALES
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
TESINA DE GRADO
BIANCA MAMMARELLA
ROSARIO, 2018