

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y RELACIONES**  
**INTERNACIONALES**  
**ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

Trabajo Social y Salud Mental en el Centro Cultural “El Gomecito”.  
El desafío de la Coordinación en el Dispositivo y la Especificidad de  
Intervención.

Erica Aneley Vivas

Tesina de grado. Licenciatura en Trabajo Social

Director: Martín Abraham

CO-Director : José Alberdi

ROSARIO 2018

## AGRADECIMIENTOS

Quiero dedicar la realización de esta tesis primero, a mi Familia que me acompaño en todo este recorrido.

A la estrella que me ilumina y me da siempre fuerzas, hasta en lo momentos mas arduos, mi Abuela Rosa.

A todos mi amigos/as, a los de mi pueblo y a los que hice durante toda la carrera, que me acompañaron durante esta etapa importante de mi vida.

A mi tutor Martin por la paciencia y la dedicación hacia mi trabajo.

A mi futura colega, que siempre me brindo tranquilidad y confianza Caren

A la institución y a los usuarios del centro cultural el” Gomecito” por la experiencia vivida.

Y por último a una persona muy especial, la que me incentivó para que estudiara y lograra este objetivo, la que me mostro que tenía posibilidades y a la que estoy eternamente agradecida, Ariel.

Ahora si, bienvenido valentino!!!

<b>Índice</b>	3
<b>INTRODUCCION</b>	5
<b>CAPITULO I: APROXIMACION A UN RECORRIDO CONCEPTUAL</b>	
Critica practica :Medicalización	11
Salud mental: leyes nacionales y provinciales	13
<b>CAPITULO 2: ANÁLISIS INSTITUCIONAL</b>	
Breve Historia del Hospital Agudo Avila	19
Presentación centro cultural “Gomecito”	22
Descripción del Centro cultural	24
Proceso de Admisión	26
Reflexiones ¿a quienes les cerraron las puertas?	28
Abordajes terapéuticos dentro del dispositivo	30
Aspectos convivenciales en el dispositivo	33
Dinámica grupal y subjetividad	34
Presupuesto- inmediaticidad	35
<b>CAPITULO 3: ESPECIFICIDAD DEL TRABAJADOR SOCIAL EN SALUD MENTAL</b>	
Generalidades de la coordinación	36
Importancia de la Coordinación	36

El problema de la especificidad	37
Intervención y trabajo interdisciplinario	43
<b>Reflexiones finales</b>	46
<b>Bibliografía</b>	49
<b>Anexos</b>	51

## **INTRODUCCIÓN**

En este presente trabajo me propongo indagar y reflexionar sobre lo que implica la participación del Trabajo Social en la Coordinación del Dispositivo Sustitutivo a las lógicas manicomiales del Centro Cultural Gomecito. Considero esta participación como un desafío a la Intervención del Trabajo Social en el Campo de Salud Mental, ya que este dispositivo no está determinado o estructurado, sino que el mismo se está constituyendo. Por lo tanto, me pregunto cuales son los alcances de la intervención profesional en este Centro, su especificidad, como también sus limitaciones.

Con el propósito de encuadrar teórica y temporalmente este trabajo, voy a repasar brevemente las distintas acepciones que tuvo la noción de salud/enfermedad mental y su relación con la locura. La forma en que tal relación fue abordada y tratada da cuenta como las sociedades se transforman, evolucionan y con ellos sus representaciones acerca de esta problemática.

El campo de Salud Mental se encuentra atravesado por avances a nivel legislativos en el contexto internacional, que han operado como instrumentos sumamente valiosos y específicos, lo que ha permitido avanzar sobre la creación de legislaciones Nacionales, como por ejemplo la nueva ley de Salud Mental 26.657, sancionada en el año 2010. Esta ley busca garantizar los derechos a la Salud Mental para todos/as y el reconocimiento de los Derechos ciudadanos de las personas con padecimiento mentales.

En el marco de la nueva legislación es que se busca reflexionar sobre la creación de dispositivos interdisciplinarios e intersectoriales, sustitutos de las lógicas manicomiales de la atención en salud mental. Como una estrategia que apunta a cubrir las necesidades de las personas/usuarios desamparados que muchas veces están fuera del sistema de atención. El término “usuario” busca destacar el protagonismo de lo que anteriormente era apenas un “paciente” ubicándolo a este en un lugar de pasividad, actualmente el Término viene siendo criticado en el

campo de la reforma psiquiátrica.<sup>1</sup> Siempre teniendo en cuenta como dice Rotelli que no se puede cambiar con una Ley un paradigma, el pensamiento de los psiquiatras.

La destrucción del manicomio es un hecho urgentemente necesario, si no simplemente obvio” .el hecho de que “dos siglos después de la especular disolución de las cadenas” propiciado por Pinel, ”reglas forzadas y mortificaciones, marquen todavía el ritmo de la vida de los internados” hace necesario dice Basaglia “la búsqueda de fórmulas que tengan finalmente en cuenta al hombre en su libre elección frente al mundo”, ya sea del hombre enfermo, que “ha perdido individualidad y libertad primero por la enfermedad” y luego “con la pérdida definitiva de sí mismo en el manicomio” Franco Basaglia.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> IDEM.

<sup>2</sup> Basaglia, Franco. “La condena de ser loco y pobre: alternativas al manicomio”. Pag.11.Editorial Topia. Buenos Aires.2008.

## CAPITULO 1: APROXIMACION A UN RECORRIDO CONCEPTUAL

Para comenzar a indagar dicho campo de intervención en el que me encuentro inserta creo necesario en primera instancia, definir “Campo” citando a Bourdieu, 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”.<sup>3</sup>

Como mencione anteriormente, siguiendo la línea de trabajo me aproximare al Campo de Salud Mental teniendo un real acercamiento por medio del conocimiento de su historia, la génesis de aquellas instituciones, sus categorías, concepciones y conceptos, los objetos sobre los que se interviene, los sujetos que involucra y las estrategias a las que se apelan en su lucha por el poder, ya que creo casi imposible emprender un recorrido de dicho campo sin ahondar las raíces históricas que lo fueron conformando.

Es por ello que realizare un recorrido sobre las distintas configuraciones que se utilizaron para designar al usuario a lo largo de la historia como “sano” o “enfermo” y que han variado según el periodo histórico, la sociedad y la cultura dominante. Como dice Galende: “toda sociedad produce una subjetividad situada

---

<sup>3</sup> Bourdieu, Pierre 2013 entrevista a este logica de los campos, canal you tube)( Essa entrevista surgiu no livro “Una invitación a la sociología reflexiva” de Bourdieu e Loic Wacquant, 2005, Siglo XXI Editores Argentina S.A., específicamente no capítulo “el Proposito de la Sociología reflexiva”, na entrevista número 3, páginas 147 a 173”.

en su tiempo histórico y a la vez genera las condiciones suficientes y necesarias para establecer distintas formas de padecimiento mental”<sup>4</sup>

Dentro de la bibliografía consultada, voy a tomar el aporte que nos brinda Rojas Soriano (1991), en “Capitalismo y Enfermedad”, en donde se entiende al proceso salud-enfermedad como enraizada en las condiciones objetivas de vida de quienes los 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 si 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.”<sup>5</sup>

En este marco donde concibo que la sociedad es quien genera las condiciones para el surgimiento de la enfermedad mental, como así también cuenta con las condiciones de lucha para que este se modifique y se reivindique la salud mental en el ámbito de los derechos humanos.

Como expuse en un principio, a lo largo de la historia del campo de la Salud Mental, se fueron generando diferentes tensiones y postulados sobre la manera de entender y abordar el tratamiento con los pacientes con padecimiento psiquiátrico (termino utilizado por la concepción clásica). En un principio se encontró impregnado bajo la ideología alienista en las instituciones, entendiendo a esta como una corriente de pensamiento en el área de la psiquiatría, 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 constituye en el ordenador de la vida social para la modernidad. Lo enfermo, lo atrofiado, perturba el normal funcionamiento del sistema social, por lo tanto, es necesario ante todo aislarlo. En este aislamiento, es donde el “manicomio” encuentra legitimidad, aparece el trabajo para reeducar al enfermo perturbado y devolverlo a la sociedad una vez que se haya comprobado su capacidad laboral. El

---

<sup>4</sup> Galende, E. 1994. *Psicoanálisis y Salud mental: para una mirada crítica de la Psiquiatría*.

<sup>5</sup> Rojas Soriano Raul. “Capitalismo y Enfermedad”. Febrero 1983. Editorial Plaza y Valdez S.A de C.V Mexico.



alienismo por tanto, ubica al trabajo como ordenador de la sociedad y “cura” de las enfermedades.

De este modo, durante mucho tiempo, “la locura” se fue institucionalizando bajo un sistema de curación asociado a la estructura asilar. Implementado con un doble sentido, el de recluir y excluir. En el marco de una estrategia asistencial adaptativa-represiva, que no contempla los distintos estatutos del sujeto. El psiquiatra, en su ejercicio encerraba y controlaba a los enfermos en las instituciones asilares, confirmando su poder en un saber especializado que es prioritariamente político. Se trata de controlar al “loco” evitando que este cree situaciones disruptivas que afecte a la vida de la sociedad en su conjunto. De esta manera, los Estados participativamente en la institucionalización de la locura, instrumentando políticas de encierro y control con el fin de preservar el orden público.

El exponente más fuerte de este proceso se dio con la creación del manicomio, que surgió como un dispositivo de control-sujeción de la enfermedad mental, también como sanción moral, para quienes intentaban trasgredir los límites de lo normado y lo permitido por la ideología dominante. El manicomio se constituye como un dispositivo disciplinar del Estado.

Pero esto se fue modificando a lo largo de la historia y se comenzaron a pronunciar y a desarrollar diferentes experiencias alternativas a la lógica manicomial a partir del advenimiento de distintas corrientes se cuestionaron fuertemente la lógica asilar y la primacía del saber omnipresente de la psiquiatría clásica. Consistían en concepciones innovadas en el campo de la psiquiatría que intentaron 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 de la Salud Mental, se postula la propuesta de “Desmanicomialización” o “Desinstitucionalización”. Esta significa rehabilitar la subjetividad del que sufre psíquicamente, recomponiendo la sociabilidad dentro de lo posible, no se reduce, ni se agota en una estrategia de relocalización del usuario. Implica desandar el camino de la institucionalización poniendo en marcha estrategias de externación, de reubicación, garantizando dispositivos de atención interdisciplinarios, complementados con programas de resocialización, dando lugar así a lo que conocemos como dispositivos sustitutivos a la lógica manicomial.

El objetivo de la Desmanicomialización es transformar los Dispositivos institucionales, considerando el sistema custodial y el cuerpo de ideas que lo constituyen una negación de los principios y derechos elementales de la condición humana. Se busca transformar las técnicas con las que se aborda la enfermedad, exigiendo cambios en la estructura edilicia sanitaria, y por sobre todo, en la mirada social hacia la enfermedad mental. Se procura rescatar la condición humana del interno, liberar su dignidad, y reparar su identidad movilizándolo sus capacidades expresivas. El proceso de reformas de la atención psiquiátrica se basa en una serie de principios: el cierre definitivo de los manicomios, considerando al asilo como el núcleo central de la atención psiquiátrica y responsable de la relación autoritaria y custodial que la misma instauraba. La creación de redes para la atención y prevención de salud mental, a través de centros y servicios comunitarios, etc.

Al mismo tiempo, se trata de modificar los criterios psiquiátricos tradicionales centrados en el diagnóstico de enfermedad hacia criterios basados en la salud. Y para alcanzar dicho propósito consta por un lado, en maximizar el uso de los recursos de salud del usuario y su comunidad para el tratamiento y por otro lado, obtener un control participativo sobre las decisiones que le conciernen y el tratamiento que le afecte, desmanicomializar es desestructurar el sistema manicomial, hacia una nueva atención de salud. Desmanicomializar, no es cerrar el hospital Público dejando en la calle a las personas internadas y a los trabajadores de la salud sin sus puestos de trabajo, tampoco es privatizar la atención de la salud pública. Desmanicomializar, no es sobre medicar, ni encerrar, ni segregar, ni

ejercer ningún tipo de violencia ya sea física, psíquica o química sobre un usuario, no es abandonarlo ni desampararlos, tampoco judicializar la internación, por el contrario es dignificar la atención de la salud mental transmutando el vínculo entre el profesional y el usuario. El objetivo es implementar internaciones cortas en hospitales generales procurando una atención ambulatoria y domiciliaria recuperando los lazos familiares, trabajar en pos de cooperativas de trabajos buscando nuevas alternativas de tratamiento consensuando de una manera activa y participativa con el usuario siempre.

Por lo tanto, cuando hablamos de salud mental, debemos referirnos al bienestar emocional, psíquico y social que nos permite encarar los desafíos de la propia vida y de la sociedad en la que vivimos. También como se pone en juego la capacidad que cada persona tiene de relacionarse con los otros, su familia y su entorno en general.

Así debe ser pensaba la Salud Mental, desde una cosmovisión más compleja y no reducida a la mirada Biologicista donde un trastorno mental solo puede curarse y modificarse por medio de la medicalización o encierro.

Con esto pretendo 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 considera al trastorno como enfermedad, prescindiendo del sujeto e ignorando el conflicto que expresa el síntoma. Para ésta, el síntoma sería solo el signo de un trastorno en sus equilibrios cerebrales, proponiéndose suprimirlo solo a través de los psicofármacos.

### **Critica práctica: Medicalización**

Me resulta interesante trabajar también la categoría de la medicalización ya que fue históricamente dentro de la Salud Mental un señorío de control y sujeción en las instituciones psiquiátricas y como esto fue sostenido a lo largo de los años, ya que se tomaba a la medicalización como una forma de tratamiento para el

disciplinamiento. Como se relaciona esta directamente con el encierro y basar mi interés en poder dar cuenta a lo largo de este trabajo como se intenta hoy considerando las nuevas lógicas en el campo de la salud mental y particularmente desde el dispositivo sustitutivo diferenciarse de estos postulados.

Como mencione anteriormente, históricamente la medicalización se esforzaba por la normalización y la reinserción en la sociedad, ocupando de esta manera un lugar preponderante en estos espacios de encierro totales

En este contexto, la medicalización es vista como un fenómeno de desactivación de las potencias individuales y colectivas, neutraliza las diferencias y particularidades del sujeto. También invalida sus capacidades, recursos de salud y su potencialidad creadora. Proceso que reduce la complejidad de los problemas vitales a cuestiones de orden médico o psicológico, centralizando en la persona la causa y tratamiento del malestar, desestimando los determinantes sociales, la intervención política y comunitaria de la salud mental.<sup>6</sup>

La medicalización se sustenta en circuitos de dependencia y no en una cultura de Derechos Ciudadanos. De esta manera, se homogeniza a todos los sectores comunitarios, a través de la producción de sujetos sometidos al control por medio de diferentes formas de encierro. El encierro en instituciones totales está destinado particularmente para personas definidas como “peligrosas” o “disfuncionales”.

Comparto la perspectiva crítica sobre el encierro que realiza la autora Gimena Staurini, quien dice que “En términos provisionales podríamos afirmar que desde las primeras prácticas de encierro, la institucionalidad social que las

---

<sup>6</sup> Factores que mejoran o amenazan el estado de salud de un individuo, relacionados con características sociales económicas y ambientales más allá del control de los individuos. Ejemplos: clase social, género, etnicidad, acceso a educación, calidad de vivienda, presencia de relaciones de apoyo, nivel de participación social y cívica, disponibilidad de trabajo, etcétera (OMS, 2004a: 20). Las personas más aisladas socialmente y en desventaja socioeconómica tienen mayores problemas de salud mental que las otras (House, Landis y Umberson, 1988). La pobreza puede considerarse un determinante importante de los trastornos mentales y viceversa (OMS, 2004a, 2008).

funda, delimita fronteras en torno a un sistema clasificatorio que distingue lo bueno de lo malo, el pobre vergonzante del virtuoso, el inocente del culpable, el loco del sano, el menor del niño, el delincuente del buen ciudadano, lo normal de lo patológico, el adaptado y el inadaptado, y en estas divisorias de aguas el encierro capta los polos “negativos” de estas clasificaciones, operando como una suerte de secuestro del conflicto”.<sup>7</sup>

Puedo de esta manera afirmar que este tipo de prácticas no dan respuestas y condicen a las nuevas manifestaciones sociales, generando efectos en dirección contraria a las finalidades que se proponen hoy en día, respecto a los objetivos de los derechos a la protección de la salud mental y la restructuración en el sistema de atención.

Si bien vemos que históricamente se pensó la salud mental desde la presencia de la enfermedad y la peligrosidad, y como respuesta el encierro, aislamiento y la medicalización, hoy sabemos que la salud mental es mucho más que un padecimiento mental. No es un tema sólo algunas profesiones, sino de toda la sociedad. Nuestra forma de percibir al mundo se construye en nuestra relación con los otros, familia, comunidad, cultura y por esta razón, considero fundamental poder dar cuenta a través de un cuestionamiento del paradigma tradicional, invitándonos a reflexionar sobre nuestra futura intervención.

### **Salud mental: Promoción de la salud mental y sus leyes**

Desde el ámbito legal es preciso abordar los conceptos con las que trabaja la Organización Mundial de la Salud (2014). La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en su definición de salud, en la cual sostienen que la misma es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades. Como salud mental se conoce, en términos generales, al estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural, lo

---

<sup>7</sup> OP. CIT., Staurini, Gimena. La intervención del trabajo social en un campo institucional...pp.85.

que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Sin embargo, las precisiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecen que no existe una definición “oficial” sobre lo que es salud mental y que cualquier definición estará siempre influenciada por diferencias culturales, suposiciones, disputas entre teorías profesionales, la forma en que las personas relacionan su entorno con la realidad.

La salud mental debe ser considerada en cada momento de la historia de un individuo, y en función a su vez de su medio y de su historia anterior, como una resultante de fuerzas contradictorias, de las cuales apreciaremos no solo el carácter positivo o negativo, sino especialmente su dirección con respecto a objetivos futuros fijados por juicios de valor.<sup>8</sup>

Esta preocupación no solo compete a los expertos, sino que forma parte de las responsabilidades de Gobierno de la Nación, de la formación en el núcleo familiar, de un ambiente de convivencia en la comunidad, de la responsabilidad asumida por los medios de comunicación y la población en general.

En lugar de proporcionar atención en grandes hospitales psiquiátricos, los países deberían integrar la salud mental en la asistencia primaria, ofrecer atención de salud mental en los hospitales generales y crear servicios comunitarios de Salud Mental. Aún más reducidos son los fondos disponibles para la Promoción de la Salud Mental, expresión amplia que abarca toda una serie de estrategias destinadas a lograr resultados positivos en materia de salud mental.

El desarrollo de los recursos y las capacidades de la persona y la mejora de la situación socioeconómica, ética, política, cultural, entre otros, se sitúan entre los principales objetivos de esas estrategias. La Promoción de la Salud Mental requiere que se adopten medidas multisectoriales, en las que participen diversos sectores del Gobierno y Organizaciones no gubernamentales o comunitarias.

Nuestro país cuenta desde diciembre de 2010, con una herramienta fundamental en materia de Salud y Derechos Humanos: la nueva Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Fruto de un largo trabajo de Legisladores de distintos

---

<sup>8</sup> RICÓN, LÍA: 1995, Pag. 27. “Problemas del Campo de la Salud mental” 1991. Editorial Paidós.

bloques políticos junto a organizaciones sociales, de Derechos Humanos, de usuarios y familiares y de Profesionales de la Salud, recibió un fuerte impulso por el Gobierno Nacional para que se transforme en realidad y se traduzca, en el presente, en políticas concretas adecuadamente financiadas. La Ley fue reconocida por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, cuyo asesoramiento fue fundamental. La misma brinda un marco para que las políticas en la materia, en todo el territorio de la Nación, se desarrollen cumpliendo todos los compromisos que se han suscripto en materia de Derechos Humanos y los estándares internacionalmente establecidos.

Cabe destacar que es a partir de este cambio paradigmático actual que me fue fundamental rever conceptos y categorías que se ponen en juego en este entramado diferente. Para ello, invito a indagar y reflexionar sobre los lineamientos principales que atraviesan la actualidad y cómo se encuentra enmarcado este espacio tanto por la Ley Provincial 10772/91 como por la Ley Nacional 26.657 entendiéndolas como sostén, andamiaje y paraguas protector de las distintas estrategias interventivas de los Dispositivos, donde se busca garantizar el Derecho a la Salud Mental para todos/as y el reconocimiento de los Derechos Ciudadanos de las personas con padecimientos mentales, como se expresan en los siguientes artículos:

La ley Nacional en su Artículo 3° reconoce a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”.

“ARTICULO 7° — El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;

- b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;
- c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;
- d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;
- e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;
- f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;
- g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;
- h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;
- i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;
- j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;
- k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;
- l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación;
- m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;
- n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable;



- o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;
- p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

ARTICULO 8° — 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 pertinentes.

ARTICULO 9° — 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.”

Particularmente y para entender la realidad que nos ocupa nos ha sido fundamental el artículo 11 de la presente ley:

“ARTICULO 11° - La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en Salud Mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicio de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliar supervisada y apoyo a personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en Salud Mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia; hospitales de día, cooperativas de trabajo, centro de capacitación socio-laboral; emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.”

Su objetivo es asegurar el Derecho a la Protección de la Salud Mental de todas las personas, y el pleno goce de los Derechos Humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio Nacional, reconocidos en

los instrumentos Internacionales de Derechos Humanos, con jerarquía Constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos Derechos puedan establecer las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

## **CAPITULO 2: ANÁLISIS INSTITUCIONAL**

Previo a poder pensar al espacio Institucional, es necesario hacer algunas consideraciones con respecto al término dispositivo, ya que nos permite analizar las relaciones de poder, así como también observar los imaginarios sociales que prevalecen. A su vez, permite visibilizar las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que hicieron posible la emergencia de determinado dispositivo.

Para ello tomó la definición de dispositivo de Michael Foucault "...es un conjunto resultante heterogéneo que incluye discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, brevemente, lo dicho y también lo no dicho estos son los elementos del dispositivo. El dispositivo mismo es la red que puede establecerse entre estos elementos.<sup>9</sup>

En un segundo término, Foucault denomina dispositivo como "la naturaleza del vinculo que puede existir entre esos elementos heterogéneos, entre dichos elementos discursivos, existe algo así como un juego, cambios de posición, modificaciones de funciones, que pueden también ellos, ser muy diferentes. Así cierto discurso puede aparecer como un programa de una institución, o por el contrario como un elemento que permite justificar y enmascarar una práctica, que en cuanto tal, permanece muda, o bien funcionar como reinterpretación secundaria de esta práctica.<sup>10</sup>

En este sentido, podemos afirmar que el dispositivo es de naturaleza estratégica. Esto supone que trata cierta manipulación de las relaciones de fuerza, ya sea para desarrollarlas en una dirección concreta, ya sea para bloquearlas, para estabilizarlas, utilizarlas, etc.<sup>11</sup> Es decir que los dispositivos son regímenes definibles con sus variaciones y transformaciones, tanto en el caso de lo visible como en el de lo enunciable y se presentan como estéticos, científicos o políticos.

---

<sup>9</sup> Foucault, Michel. El discurso del poder, presentación y selección, Oscar Teran. Edición Folios pp.183-184.

<sup>10</sup> IDEM.

<sup>11</sup> IDEM.,pp.185.

En este trabajo voy a centrarme en la institución hospitalaria, teniendo presente la lógica antagónica que tiene con el Dispositivo Sustitutivo de lógicas manicomiales. Esta última tiene como eje fundamental entender a las personas que asisten al mismo como un Sujeto de Derecho, el cual marca una lógica diferente en el trato y en la concepción que dominaba el campo anterior. No se ubica a la persona en un lugar pasivo, 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 usuarios que se encuentra reglado por la ley.

Considero necesario ahondar sobre los orígenes de los dispositivos alternativos a partir de mi experiencia como estudiante en el año 2016. En primer lugar, voy a referirme a la historia del Centro Regional Salud Mental Agudo Ávila, siendo que el Centro Cultural fue creado como una alternativa de abordaje de la problemática de salud mental al interior de dicha institución.

### **Breve Historia del Hospital Agudo Ávila**

El 23 de abril de 1918, en la Universidad del Litoral, se presenta un proyecto en la Cátedra de Medicina Legal para que la Cátedra de Psiquiatría de Adultos se transformara en Instituto de Psiquiatría. Se creó así el Instituto de Psiquiatría de la ciudad de Rosario, integrado por varias cátedras. Un par de años después, el Dr. Antonio Agudo Ávila organizó desde la Facultad de Medicina, la obtención de un contrato para levantar el hospital de alienados en los terrenos donde funcionaba una modesta enfermería anglosajona, que por problemas de la guerra había dejado de funcionar.

Con los aportes del gobierno de la provincia de Santa Fe, se levantó lo que es hoy el actual Centro Regional, el cual empezó a funcionar el 1° de octubre de 1927, contando en ese momento con cinco pabellones. El espacio debía ser dedicado al tratamiento de enfermos mentales, tanto de niños como adultos. El hospital siguió dependiendo de la U.N.R. hasta 1981, cuando pasó a formar parte del Servicio de Psiquiatría del Hospital Provincial Centenario (Hospital público de

alta complejidad). Desde ese mismo año se evidenció una gran demanda, donde la guardia pasó a estar sostenida por residentes las 24 horas y los pabellones eran atendidos por docentes. Los mismos carecían de un presupuesto propio y de una organización administrativa que diera cuenta de la necesidad del servicio.

Hasta la última dictadura cívico militar, funcionó en el hospital una experiencia de comunidad terapéutica, sostenida por estudiantes de diversas carreras (antropología, psicología, medicina, enfermería) y los médicos dependientes de la Universidad. Luego la internación sería el elemento principal del tratamiento psiquiátrico ofrecido por el Centro, hasta que con el advenimiento de la democracia, comienzan a esbozarse alternativas, como la asistencia de emergencia (guardia, atención en crisis) predominante durante el periodo 1989 - 1990. La idea del hospital-escuela comenzó a desmoronarse a partir de los años '90.

El 9 de octubre de 1991, por resolución n° 1479 y de la mano de la Ley Provincial de Salud Mental (Ley 10.772), el Servicio de Psiquiatría se transformó en el actual Centro Regional de Salud Mental. Se organiza como una estructura hospitalaria, pero va a depender del Área VIII (hoy denominado Nodo). La conducción y el personal van a depender de la Provincia de Santa Fe.

Las nuevas alternativas que fueron surgiendo a nivel mundial, en relación al tratamiento que debía impartirse a los pacientes, orientadas a la desmanicomialización, fueron produciendo cambios en la Institución, los cuales se fueron evidenciando desde mediados de la década de 1990. El perfil de la institución se va delineando como de asistencia en la emergencia de la Salud Mental, aunque sin capacidad para solucionar las problemáticas de las internaciones por tiempo indeterminado.

Vale aclarar que desde 1960 hasta 1993 no se hicieron inversiones económicas en el Centro Regional de Salud Mental CRSM. La Provincia y la Universidad fueron abandonando sus responsabilidades para con la institución. En 1991, no había profesionales ni técnicos dependientes de la Universidad Nacional

de Rosario UNR trabajando en el hospital, salvo psicólogos que realizaban su práctica en consultorios externos. Ese mismo año, la provincia se hace cargo de los profesionales, aunque sin aumentar su número. Dos años después, bajo la dirección del Dr. Mossotti, se logró una planificación presupuestaria a partir de la ubicación del Hospital dentro de los efectores provinciales de salud.

Teniendo en cuenta las observaciones realizadas en el transcurso de mis prácticas pre profesionales, puedo decir que las instituciones psiquiátricas, como el caso del CRSM, continúa siendo la respuesta asistencial hegemónica, es decir, el único referente legitimado frente al tratamiento de la enfermedad mental. Pude percibir diferentes lógicas y estrategias que se plasman al interior de la Institución<sup>12</sup>, tanto en las prácticas naturalizadas de los profesionales como en las condiciones edilicias. Además de observar que su estructura, deteriorada, presenta las características del panóptico<sup>13</sup>, existe un malestar general por parte de los enfermeros, principalmente, donde transmitían un desinterés o lejanía del entorno en el que se encuentran.

---

<sup>12</sup> Voy a tomar la conceptualización que realiza Barembli de institución, quien dice que *“son árboles de decisiones, es decir, una serie de proscripciones, prohibiciones y de opciones independientes, que guían la vida social, de manera consciente o no. Esas procripciones se plantean de acuerdo con valores que definen lo que es verdadero o falso, lo que es justo o injusto para la sociedad en cuestión. Las instituciones funcionan regulando una actividad social humana, pronunciándose valorativamente con respecto a cada una de ellas, prescribiendo lo que debe ser y lo que no debe ser, delimitando lo que es indiferente o no interesa a la Institución.”* Barembli, Gregorio. Compendio de Análisis Institucional. Rio de Tiempos. 1996. Editorial Madre de Plaza de Mayo.

<sup>13</sup> *Este dispositivo como dice Michel Foucault en su obra vigilar y castigar (1975) debe crear así un «sentimiento de omnisciencia invisible» sobre los detenidos, en este caso los usuarios, ya que este modelo abstracto de una sociedad disciplinaria, inaugurando una larga serie de estudios sobre el dispositivo panóptico.*

*Foucault, Michel. “Vigilart y Castigar”. NACIMINETO DE LA PRISION BS AS. EDITORES SOGLO XXL. 2006.*

Al finalizar mis prácticas profesionales en esta institución, pude evidenciar la presencia de espacios disímiles que coexisten en el interior de la Institución y trabajan desde diferentes lógicas, tales como los pabellones de internación, la guardia, los consultorios externos y el Centro Cultural Gomecito. Este último se ubica como un dispositivo del Hospital que desarrolla diferentes experiencias alternativas a la lógica manicomial, a partir del advenimiento de distintas corrientes donde se cuestionaron fuertemente la lógica asilar y la primacía del saber omnipresente de la psiquiatría clásica. Se sigue con el propósito de trabajar en reestructurar el sistema de atención a la salud mental, se postula la propuesta de “desmanicomialización” o “desinstitucionalización”, que en pocas palabras significa rehabilitar la subjetividad del que sufre psíquicamente, recomponiendo la sociabilidad dentro de lo posible. La misma no se reduce, ni se agota en una estrategia de relocalización del usuario, sino que implica desandar el camino de la institucionalización poniendo en marcha estrategias de externación, de reubicación, garantizando Dispositivos de Atención Interdisciplinarios como es la experiencia que me interesa, del Centro Cultural Gomecito.

### **Presentación Centro Cultural “Gomecito”**

En 1994 se conforma el programa de Cultura y Salud Mental del CRSM, a partir del cual se recuperó 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 es el que va a dar lugar a lo que hoy conocemos como centro cultural el Gomecito, que originariamente era un centro de día, pero después paso a ser una Biblioteca Popular, que dependía de la Comisión Nacional de Bibliotecas Populares CONABIP cuya persona a cargo era una psicóloga, cabe mencionar que no era cualquier psicóloga, sino que la misma era la esposa del director de ese

entonces del hospital agudo avila, la misma en el cargo que asumia dificultaba el libre uso del espacio a los usuarios del hospital, tanto de manera directa como indirectamente, a modo de ejemplo puedo decir, la exigencia de ciertas cuestiones de higiene para asistir al mismo, que los usuarios no debían estar bajo una crisis, la solicitud de cierto permiso para asistir al mismo entre otras. De esta manera fue como queda cristalizado la poca predisposición de su parte dificultando el acceso al mismo. Con el paso del tiempo se cierre el lugar y se produce la mencionada recuperación del pabellones como estrategia cultural de intervención, donde la misma en su génesis se organizaba: por un lado los talleres y por otro era mas bien una instancia mas bien colectiva influencia por las corrientes Italiana y Brazileras, dando lugar asi a la asamblea de usuarios, programa de radio al aire libre, etc.

Luego de dicho recorrido tiene lugar lo que conocemos como El Centro Cultural “Gomecito” que se crea en el 2009, con la segunda gestión de Horacio Buchi y en diciembre 2015 se sanciona la resolución provincial N° 0006 que funciona como respaldo. Recibió dicha denominación a partir de la votación, que en su participación tuvieron lugar: enfermeros, administrativos y los usuarios, quienes le dan un reconocimiento a uno de estos usuarios que tenía una gran frecuencia al lugar. Se puede decir con esto que hay una paradoja al mencionar al dispositivo así, ya que dicho usuario era el que poseía mas antigüedad en dicha institución hospitalaria, es decir el mas institucionalizado. Esto quedó plasmado en el hall de ingreso, donde se encuentra la placa de fundación y el cuadro conmemorativo con el retrato de esta persona. Cabe destacar que no existe registro escrito ni ningún tipo de documentación oficial respecto a la fundación de dicho espacio. Hasta hoy en día, se cuenta con la resolución N° 0006, del Ministerio de Salud de la Provincia, del 17 de diciembre de 2015, durante el segundo mandato de la Directora de Salud Mental Ps. Melisa Pianetti, (ocupa ese cargo desde el año 2011, bajo la gestión del gobernador Antonio Bonfatti) En la misma queda constituido el centro cultural como dispositivo alternativo de Salud Mental.



En la actualidad el Centro cultural “Gomecito” es un dispositivo alternativo a las lógicas manicomiales, donde sus prácticas, estrategias e intervenciones son llevadas a cabo bajo el respaldo y las normativas a nivel Nacional como Provincial. Tanto la Ley Nacional 26.657, promulgada en el año 2010, y su predecesora la ley provincial 10772/91 se convierten en un paraguas protector para dichas intervenciones.

Las nuevas concepciones de salud mental y los ideales de modalidades terapéuticas exigen cada vez más, una presencia de estrategias de intervención en las que se contemple la dimensión social de la problemática. Ello implica sumar una gran diversidad de otras disciplinas, que han tomado fuerte presencia participativa, entre ellas el Trabajo Social en estos espacios. Estas sucesivas incorporaciones de disciplinas permiten una ampliación analítica y operativa. Se pasa de una visión biológica, con su correlato con la práctica médica-psiquiátrica, a la psicológica, con una incorporación de una mirada terapéutica y de rehabilitación y por último, un posicionamiento social y político. Este último involucraría a la movilización de todos los participantes implicados, transformando las relaciones de poder, descubriendo la dimensión y el compromiso afectivo con las personas atendidas en esta área. Esto implica intercambios distintos, simetrías nuevas y otros grados de compromiso social y personal. De esta manera se construyen servicios completamente alternativos de lo que es la lógica manicomial, donde se debe reinventar, para que siga siendo vital y adaptable a las necesidades de los usuarios. Así no son los usuarios quienes se adaptan a dispositivos estereotipados o a los perfiles profesionales estandarizados.

Acorde a las exigencias que se plantean desde la desmanicomialización, en el CRSM se dan una serie de reformas cargadas de un tinte democrático y participativo y las entenderemos como factores instituyentes de la Institución. En este sentido, retomo lo planteado por Barembliit: *“En una institución se pueden distinguir procesos importantes, como lo instituyente, lo cual es una fuerza o una potencia productora de instituciones; lo instituido que es resultado de trabajo de*

*esa fuerza y el proceso de institucionalización que es el movimiento según el cual lo instituyente genera y transforma lo instituido”*

Es por todo ello que se debe poder visualizar la importancia que tienen la existencia y permanencia de los dispositivos alternativos, como lo refleja la ley de Salud Mental N° 26.657 en su ART. N° 9: *“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”*.

### **Descripción del centro cultural**

Creo pertinente y necesario, realizar una descripción edilicia del Hospital, considerándolo en toda su dimensión y también contraponerlo con el Centro Cultural.

El CRSM Agudo Ávila, está ubicado geográficamente en la manzana comprendida por las calles Suipacha, Santa Fe, San Lorenzo y Ricchieri 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 evidencian las crisis que atravesaron algunos de sus usuarios. Por calle Suipacha, encontramos el ingreso principal al Hospital monovalente, entendiendo por este, a la institución que tiene la desventaja de dividir la realidad sanitaria en compartimientos estancos. Estas instituciones se encuentran en contraposición a las instituciones polivalentes, destinadas a la asistencia del conjunto de enfermedades, como es en la mayoría de los hospitales generales.

Al atravesar un patio externo, se accede a un edificio con dos plantas, prolijo, de puertas abiertas donde se encuentran los consultorios externos y las oficinas administrativas que hacen del funcionamiento de las Institución. Puedo resaltar que la fachada del frente del hospital es una de las que mejor se encuentra en cuanto a su aspecto, en contraposición a la parte de internación.

Por calle San Lorenzo tiene su acceso el Centro Cultural, un espacio que nos invita a entrar, ya que sus puertas están abiertas de par en par, se encuentra ornamentado con plantas y masetas elaboradas por los usuarios. También se caracteriza por un atrayente decorado en la vereda, hecho con tapitas de gaseosas, sus paredes alegremente pintadas en colores llamativos. Al ingresar nos encontramos a ambos lados con un jardín y su huerta. A la izquierda de la puerta principal, se encuentra la única oficina de recepción ocupada por el equipo interdisciplinario y sus talleristas. Del lado derecho se encuentra el salón principal donde se realizan la gran mayoría de actividades, como el taller de panificación o de cerámica. Volviendo al pasillo de ingreso, nos encontramos con la cocina, donde los usuarios pueden prepararse algo para tomar y luego nos encontramos con el SUM donde también se realizan varias actividades ahí. Al finalizar nos encontramos con un patio, el cual conecta internamente al Centro Cultural con el Hospital.

En este espacio, a diferencia de otros Centros Culturales, se trabaja mayoritariamente con la población que asiste al Hospital Psiquiátrico. Si bien es un Dispositivo más de la Institución, intenta marcar una lógica diferente de trabajo. Cuenta con un Equipo de Coordinación Interdisciplinario propio, formado por: un Psicólogo, una Psicóloga, y la Trabajadora Social.

El objetivo de este Equipo no es sostener el tratamiento, se trabaja sobre la base de quien asiste al mismo, posee su equipo terapéutico correspondiente al CRSM. Los profesionales de dicha institución, saben y poseen un seguimiento de todo lo que implica su tratamiento, la medicación, sesiones de terapia, también el vínculo que sostiene cada uno con su familia. La historia clínica esta en manos del

equipo terapéutico referente y no lo tiene el Equipo Interdisciplinario del Centro Cultural, aunque pueden acceder a la misma si quisieran.

Se busca implementar una lógica diferente de trabajo, apartarse de lo que implica un diagnóstico, no se centra en la crisis que éste tuvo, cual fue su detonante. Se intenta que por medio de las grillas de actividades que ofrecen, les genere permanencia y circulación sea producto de deseo de elección de los usuarios. Se trabaja desde este Dispositivo poniendo en marcha dicho espacio todos los días, abriendo sus puertas, haciendo que los talleres funcionen.

Si bien el Dispositivo ha logrado cierta independencia, reconocimiento y autonomía, en lo que refiere a las decisiones que competen la organización de los talleres o grilla de actividades, sigue teniendo en su mayoría una dependencia del Hospital. Cuando nos referimos a dependencia, la Trabajadora Social que es integrante del equipo de Coordinación del Centro Cultural, nos aclara: *"Tenemos un nivel de autonomía, no de autarquía, porque no tenemos el financiamiento para hacerlo, que sería mucho más interesante y es por lo que estamos peleando, es decir, que poder sortear los obstáculos que implican el uso del dinero, que es lo que nos está haciendo más obstáculos en un punto".*<sup>14</sup>

Esta dependencia la pude apreciar en algunas actividades como fichar digitalmente el ingreso y egreso de los profesionales del dispositivo, en el mantenimiento y limpieza, pago de impuestos y en dar ciertas explicaciones de las actividades que se realizan en el centro cultural.

### **Proceso de admisión**

A continuación buscare dar cuenta de las estrategias y criterios de trabajo a las que apelan el equipo de coordinación, que tienen como fin instalar un estilo de política del espacio. Una de ellos es el "día de admisión", la cual no tiene nada que ver con admitir o no a alguien, sino con alojar de un modo particular a esa persona que tiene intereses particulares. Toda persona que empieza a circular por el Centro

---

<sup>14</sup> Entrevista realizada a la Coordinadora del Centro Cultural "El Gomecito". Laura Coll. 2015.

Cultural, al incluirse en algún espacio del mismo, debe con anterioridad haber tenido un contacto previo con el equipo de coordinación del centro Cultural.

Desde dicho espacio se intenta que todas las personas que se acercan tengan un referente terapéutico. Y no solo ello, sino que la admisión es pensada estratégicamente, ya que permite poder conocer sobre este sujeto, cuáles son sus intereses, en cuales de los espacios le interesaría participar, dejando de lado lo que se reconoce tradicionalmente como su historia clínica, sus antecedentes. Se busca fomentar la participación, la apropiación de estos espacios por los sujetos.

Por otra parte, y a partir de la Ley Nacional de Salud Mental, se intenta trabajar con los conceptos centrales que permiten romper legalmente con una concepción psiquiátrica del padecimiento subjetivo. Estos son:

- El primero, en relaciona los *derechos humanos*, ya que es el elemento central para impedir las internaciones de personas en su peligrosidad. (desarrollar mas)
- El segundo, el *trabajo interdisciplinarios*, ya que plantea que debe promoverse que la atención en salud mental está a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y trabajadores capacitados.
- El último elemento es sobre las *estructuras manicomiales*, donde se detalla la prohibición de la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiatricos o instituciones de internación monovalentes, tanto públicos como privados. En el caso de lo ya existente se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos, y esta idea no se refleja solo en una realidad superadora sino que además define de la salud mental como un trabajo interdisciplinario o intersectorial.

Si bien considero que lo manicomial no es sólo lo edilicio de la institución, sino el conjunto de sus prácticas necesarias para su funcionamiento, por ejemplo, los olores, colores, limpieza, accesos y malestares. Creo que es un factor diferenciador la higiene y limpieza de un lugar, así es como se encuentra en el discurso de los usuarios como factor diferenciador relevante.

Es en este sentido, es necesario el pensar lo teórico y lo práctico del Equipo de Coordinación en cuanto a la necesidad de fijar ciertas alternativas que colaboren a romper con la reproducción de dichas estructuras manicomiales. Como se dio con la demanda de la Coordinación del Dispositivo en torno al **Cierre de la Puerta** de acceso que conecta dicho espacio con el CRSM. Ésta facilitaba el ingreso de los usuarios, evitando un contacto previo entre el equipo de referencia de la persona que asiste al espacio con el Equipo de Coordinación del Gomecito. Esta modificación alude a una forma de trabajo que se viene implementando hasta este momento, ya que el acceso a los espacios varía según las actividades. Algunas tienen acceso mediante dicha puerta, y otras demandan la utilización de una puerta externa que genera un movimiento para con el afuera. Estas son las actividades a las que solo se accede con un permiso del equipo de internación que realiza el trabajo previo marcando diferentes pautas y condiciones.

### **Reflexiones ¿a quienes les cerraron la puerta?**

Reflexionando acerca de “el cierre de la puerta” me surgen determinados interrogantes, respecto de lo que realmente implicó dicho cierre. Entiendo que el mismo fue un proceso complejo ya que se intentaba también mantener el cuidado de todas las personas que venían de estar internadas. Cabe preguntarse entonces: ¿Fue una conquista, un triunfo o un retroceso?, ¿Fue para el cuerpo profesional del hospital o los mismos usuarios?

Teniendo presente que un dispositivo puede producir activa y estructuralmente dominación, alienación, también puede producir creatividad,

solidaridad, amistad, etc. Me pregunto si la presencia de quienes asistían al dispositivo, lo hacían al encontrarse facilitado el acceso a este espacio, como bien refirió el equipo de coordinación, que la permanencia de la puerta terminaba siendo una extensión del hospital.

Para participar de este espacio es necesario pedir autorización, trasladarse para poder ingresar al establecimiento y cumplir un cierto régimen de horarios. Me pregunto que sucede con todos aquellos que no se encuentren en optimas condiciones para poder solicitar la autorización? ¿Alguien los va a buscar? ¿Alguien les recuerda los días y horarios para asistir a alguno de los talleres? Y si permanecer en dicho espacio aun sin participar de sus actividades ¿acaso no es elegir y participar aun con la simple presencia?

Me pregunto que lectura realizaran desde el equipo de coordinación desde el cierre de la puerta, si es positiva o negativa. Desde el servicio hospitalario se llega a trabajar discriminadamente, donde no se ocupan o llegan a informar a los usuarios respecto del tiempo y espacio en que viven. Lo mismo al equipo de coordinación del Gomecito, donde los usuarios no asisten porque se queden dormidos, no hay quienes los despierten o recuerden de los talleres. Estas aproximaciones obligan a reflexionar acerca del rol del hospital como del dispositivo, habría que repensar su forma de funcionamiento y las formas en que el personal de ambos lugares vienen desempeñando sus funciones.

De este modo concluyo que fue reducida la participación al espacio y que no es considerada aun por la coordinación del centro cultural como un punto de infección ya que no se re -trabaja sobre esta cuestión, siendo podría hacerse fácilmente si se estudiaran los registros de asistencia de los talleres y así realizar un análisis cuantificable de este. Y por ultimo ¿a quienes realmente se le cerro la puerta?

Con esto creo dejar en claro, que la lógica de trabajo, se va construyendo muchas veces en su misma dinámica y que por momentos parece llevar cierta contradicción, donde considero que a ojos del equipo no existe una única

estrategia sino que esta se manifiesta en las modalidades de trabajar, nombradas anteriormente y que las mismas se van modificando en el transcurso del tiempo. Es decir, no da lo mismo que una puerta este abierta a que no lo este, no da lo mismo a que alguien venga en determinada condición, a que no venga, ya que todo esto plasma la manera en la que uno se relaciona con el otro, marcando una lógica laboral que aborde todas las estrategias y metodologías que se implementan.

Para poder concretar los objetivos que se plantean desde el equipo de coordinación, se conformó un equipo de trabajo integrado por los talleristas, quienes sostienen los espacios. Entre ellos, una Musicoterapeuta, una Lic. en Comunicación Social, un profesor de Educación Física, la tallerista de papel y cerámica, una profesora de Yoga, una trabajadora social que está como profesora de panificación, una terapeuta ocupacional y una psicóloga todo la constitución del equipo, el espacio, los talleristas y demás profesionales pueden leerse como parte de un abordaje terapéutico entendiéndolo de la siguiente manera.

### **Abordajes terapéuticos dentro del dispositivo**

Los procesos de desinstitucionalización y desmanicomialización exigen un despliegue complejo y heterogéneo de prácticas y actores involucrados, entre ellos los profesionales que trabajan en estos Dispositivos Sustitutivos. Hoy en día ya existe una gran diversidad de disciplinas que participan en el campo, entre ellas el Trabajo Social, al cual se le exige nuevas estrategias de intervención, en las que se contemple la dimensión social de la problemática. Las sucesivas incorporaciones de disciplinas han realizado una ampliación analítica y operativa del campo, con una mirada terapéutica diferenciándose de lo que fue en un principio las practicas manicomiales. Hoy en día se intenta trabajar y avanzar en la atención a los usuarios, pasando de modelos asilares a modelos comunitarios y menos restrictivos.



Para realizar una atención íntegra, las instituciones y los diferentes profesionales de cada disciplina, deben trabajar en equipos interdisciplinarios. Esto implica fortalecer la comunicación, la planificación en conjunto, con un lenguaje que pueda ser comprendido por los otros profesionales. Una relación horizontal de poder, donde se busque resolver las posibles diferencias de criterios y de intervención, donde al usuario le llegue una respuesta única del equipo tratante.

Teniendo en cuenta esta conceptualización, es posible afirmar que el trabajo dentro del Centro cultural posee un abordaje interdisciplinario. Para que estos cambios sean favorables y posibles, debe existir una fuerte apuesta institucional generando espacios de diálogos en el equipo, a fin de que estén las condiciones dadas para que se pueda consensuar en el modo de proceder. A su vez, debe existir voluntad y compromiso en cada profesional que representa su campo de saber, debiendo mostrar habilidad y disponibilidad para trabajar con otros, respetando ese espacio de autonomía que le pertenece a cada actor y permitiendo así aprender en cada análisis e intervención en conjunto. Uno de los conceptos en los cuales se basa el equipo de trabajo es el **LAZO SOCIAL**, conforma uno de los pilares principales en la intervención de dicho campo.

Desde la coordinación se sostiene que no hay posibilidad de trabajar con la locura si no es a partir del lazo social y como ese lazo se inserta en la cultura. Freud (1991) en su texto *“El malestar de la Cultura”*, plantea que tres son las fuentes del sufrimiento humano, dos de estas serían el poder de la naturaleza y la caducidad de nuestro cuerpo, que son inevitables. La tercera es nuestra insuficiencia para regular las relaciones sociales que nos genera una hostilidad hacia lo cultural. Para esto, el hombre debió pasar del poderío de una sola voluntad tirana al poder de todo, es decir, al poder de la comunidad. Freud detalla que el hombre primitivo comprendió que para poder sobrevivir se debía organizar con otros seres humanos, de la familia primitiva se pasó a la alianza fraternal, donde las restricciones mutuas permitieron la instauración de un nuevo orden social, más

poderoso que el individuo aislado, buscando unir a la comunidad con lazos más fuertes que los derivados de la necesidad de organizarse para sobrevivir.

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

Otro autor que me interesaría trabajar respecto al concepto de lazo social es a Émile Durkheim en su texto de metáfora de lazo social donde el mismo aborda el sentido general de este concepto, donde dice que en su acepción mínima, es lo que une, lo que pone en relación a dos o más individuos. El lazo social es metáfora de la sociabilidad humana, es decir de un modo particular de ser o estar con los demás, de un modo que tiende a la asociación antes que a la disociación y que supone de antemano individuos dispuestos a entablar relaciones con otros individuos ya sea por inclinación natural, ya sea por necesidad o interés.

Como ya mencioné, el Gomecito ofrece una grilla de talleres amplia y variada en sus actividades y propuestas. Visualizando así que las mismas tienen la función de instrumentos que intentan cumplir con los objetivos mencionados anteriormente. En este sentido, entendemos a la técnica e instrumento como

mediaciones. Tomando los aportes de Bibiana Travi (2013) podemos agregar que las técnicas son “*un conjunto de habilidades y procedimientos regidos por una serie de reglas para llegar a determinado fin.*”

A continuación mencionare las diferentes actividades que ofrece el espacio como panificación, taller verde, taller de cerámica, alfabetismo, un programa de radio, yoga entre otros tantos. Cabe destacar que si bien los horarios son mayoritariamente por la mañana, existen algunos talleres que se llevan adelante por la tarde y otro por la noche como el caso de las *Infusiones* y los *Ensayos diferentes*. Que son dos propuestas abiertas a la comunidad. En ambas ocasiones se invitan a artistas locales. En las *infusiones* se comparte una merienda y se disfruta de la música, cantos o bailes tanto de artistas locales como de otras ciudades aledañas, se suelen hacer también muestras de artes tanto de pinturas como de otros elementos reciclados, se prepara un escenario con su respectiva iluminación y sonido especial en la sala, se decora todo el zum con guirnalda caracterizando un particular día de encuentro y fiesta, donde se genera en los usuarios cierto interés y ansiedad particular por poder asistir al espacio esto se percibe porque llegan muchos minutos previo al horario pactado. Y en los *ensayos diferentes* se predispone el lugar para hacer uso una sala de ensayo con la particularidad que se permite que los usuarios se sumen a participar y de que manera lo realizan: toman apropiación no solo del espacio sino que hacen uso de un micrófono para poder cantar, teniendo la posibilidad de elegir el tema que deseen cantar y de esta manera habilita al baile en la sala.

Cabe destacar que cuando detallo que determinados espacios y talleres son “*abiertos a la comunidad*” me refiero a que cualquiera que quiera participar de dichas propuesta puede hacerlo. Pero en ocasiones bastantes frecuentes queda muchas veces estancado en lo discursivo esta promoción de ser un centro cultural abierto a la comunidad, es decir no se realiza una real promoción de los talleres con que cuenta, tanto sea por redes sociales o panfletos, muchas veces esta cuestión se sumerge al interior y queda reducido el mismo.

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

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

En la grilla ofrecida nos encontramos también con el espacio de *Radio Abierta* desarrollado por la mañana de los jueves en “Báncate 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. En todos ellos puedo observar como los usuarios son protagonistas, adquieren valor y relevancia sus aptitudes personales, se las destaca valora todo el tiempo, toman la palabra, se articula de manera variada la posibilidad de que los mismos plasmen sus opiniones y concepciones sobre diversos temas para ponerlos en debate. Particularmente, en los últimos cortos del programa “Pastillas surtido masticable”, es incluida la opinión de diferentes personas sean usuarios o no de salud mental.

Cabe aclarar también que el *Taller de Panificación* es el único taller cerrado, es decir, que cuenta con cupos limitados para la participación aquí consta de la elaboración de panes, budines, torta fritas que luego son comercializadas por estos usuarios donde una parte de la ganancia obtenida se la quedan ellos y un mínimo porcentaje se deja en el taller para colaborar y comprar mas insumos. En cuanto a los cupos esto es, a que se trabaja en un espacio muy reducido y con elementos cortante por ello es necesario cierta organización y recaudos a considerar. También tenemos el *Taller de Radio* como la *Feria* se sostienen por fuera de las instalaciones del Centro Cultural. El primero, en “aire libre”, y el segundo, en la Plaza San Martín.

Otro de los espacios al aire libre es el Taller Verde teniendo esta particularidad de, estar al aire libre y trabajando informalmente sobre una mesa compartiendo el mate, se improvisa un tentempié donde se da lugar a compartir el mate y en algunas ocasiones se hace una recolección mínima de dinero entre todos para comprar algunas galletitas y compartir una merienda. Este espacio, que se nos aparece como instituyente de un taller determinado, abre a conversaciones donde los usuarios comparten experiencias, sentimientos, inquietudes personales, interrogantes y conocimientos, como así también la vida cotidiana, en el margen de la construcción de un vínculo de confianza y asimilación con el otro.

### **Aspectos convivenciales en el dispositivo**

Considerando la convivencia como un proceso de elaboración y puesta en marcha que requiere de una cultura de colaboración entre quienes participan. En este sentido, el trabajo en equipo adquiere un valor fundamental como herramienta de intercambio entre personas que buscan concretar acuerdos a través de la interacción, el dialogo, la participación el disentir, discutir, acordar, son algunas de las acciones que conforman el proceso. Todas estas palabras se conjugan y se convierten en practicas cotidianas a través de los proyectos que responden a los intereses y necesidades de todos, de esta manera queda enmarcado en la

responsabilidad, el compromiso social y el sentido de pertenencia que se tiene con la institución. Y es por ellos que creo importante revalorizar los aportes con vivenciales que se han obtenidos con el transcurso del tiempo dentro del dispositivo ya que sirven para la construcción de un clima acorde, sustentado en la calidad de la comunicación y el respeto ya que los mismos son esenciales.

Y no es un dato menor que en dicho espacio el tema de la higiene y la seguridad, mas allá como ya mencione de sus condiciones edilicias y fachada, creo relevante hacer una lectura sobre dicho aspecto ya que si bien desde el hospital se cubre el tema de la limpieza a ser realizada periódicamente, son también los mismos usuarios quienes comienza a apropiarse del espacio cuidándolo y no queda reducido como ocurría en un comienzo a la reiteración por parte de los profesionales, ellos son quienes, intentan dentro de las posibilidades, mantener cierta higiene y limpieza. Llevando también de alguna manera a trabajar con el vinculo entre ellos, acordando ciertas pautas de convivencia como lo es a modo de ejemplo, no fumar dentro de los espacios techados, no interrumpir cuando otro compañero habla, si se merienda en las mesas dejarlas en condiciones para el que luego va a venir, tirar la basura etc. Se puede hacer una mirada positiva de todos estos aspectos agudizando una mejor vinculación entre ellos. Si bien pude visualizar estas cuestiones, no deja de existir en ocasiones, momentos de disputa entre los usuarios sea por el lugar que ocupa cada uno dentro del espacio, por los materiales con los que se trabaja, presentándose crisis entre los mismos así como también varios altercados, que generan puntos de infección en un nuevo encuentro, si bien estas cuestiones convivenciales se re trabajan desde el equipo interdisciplinario, no quita en absoluto que se sigan produciendo.

### **Dinámica grupal y subjetividad.**

Para poder analizar el acontecer de los talleres, parto de una lectura desde Enrique Pichón Riviere donde aborda al *grupo* a partir del desarrollo de un

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

La importancia y el peso que tienen los talleres que se realizan en el Centro, les permite a los usuarios no solo aprender y enseñar, sino que se brinda un lugar de encuentro, de socialización por fuera del hospital dando lugar a la construcción de lazos y vínculos. Por ejemplo, en el *Taller Verde* particularmente, al estar al aire libre y trabajando informalmente sobre una mesa compartiendo el mate, se improvisa un tentempié donde se da lugar a compartir el mate y en algunas ocasiones se hace una recolección mínima de dinero entre todos para comprar algunas galletitas y compartir una merienda. Este espacio, que se nos aparece como instituyente de un taller determinado, abre a conversaciones donde los usuarios comparten experiencias, sentimientos, inquietudes personales, interrogantes y conocimientos, como así también la vida cotidiana, en el margen de la construcción de un vínculo de confianza y asimilación con el otro.

### **Presupuesto- inmediaticidad**

Cabe resaltar que dentro del centro cultural, la escasez de presupuesto y de recursos humanos la perjudican. Si bien hasta enero del 2016 se solicitaba la aprobación del presupuesto con un importe neto de 6000 para el mes, sabemos bien que es escaso, más aun con la inflación de hoy en día. Son los profesionales

quienes aportan recursos propios para llegar a cubrir lo que se requiera en los talleres.

En este sentido, como sostiene Netto, creo pertinente desarrollar el concepto de *'inmediaticidad'*, entendiendo que frente a las múltiples demandas del cotidiano, se responde activamente, produciéndose una relación directa entre pensamiento y acción. Esto me hace reflexionar que también como futura profesional, aun las más mínimas acciones deben ser analizadas previamente. Entender que todo lo que desarrollemos en ese espacio produce un efecto en ese otro y debemos estar alertas para que los resultados se conduzcan en la dirección que teníamos planificada.



## **CAPITULO 3: ESPECIFICIDAD DEL TRABAJADOR SOCIAL EN SALUD MENTAL.**

En este capítulo y siguiendo con la línea que vengo trabajando, voy a desarrollar las implicancias que tiene la Especificidad del Trabajo Social en el campo de Salud Mental y particularmente el desafío de la profesión en la Coordinación en el Centro Cultural Gomecito.

### **Generalidades de la coordinación**

#### **Importancia de la coordinación**

Desarrollare algunas generalidades que concibo imprescindible para llevar a cabo una eficiente y efectiva Coordinación. Esta puede desenvolverse sin necesidad de fricciones, con un objetivo social aceptado y defendido por todos los miembros de un grupo.

La Coordinación es la tercera función de la autoridad, que muestra claramente la distinción entre pericia y coordinación: “la pericia implica la adopción de una buena decisión. La coordinación está encaminada a que todos los miembros del grupo adopten la misma decisión o, más precisamente, decisiones coherentes, combinadas para conseguir la finalidad establecida”. Ello es lograr el desarrollo de los objetivos deseados.<sup>15</sup>

Que entre ellos se encuentran: constituir un soporte social y cultural para los usuarios cotidianos, para mejorar sus condiciones de vida encontrando un lugar

---

<sup>15</sup> **Hernández Bracero L.:**(2010) *Estudio de la coordinación como proceso directivo en la empresa Coprefil Camagüey*, Edición electrónica gratuita. Texto completo en [www.eumed.net/libros/2010d/785/](http://www.eumed.net/libros/2010d/785/).

de apoyo para la reconstrucción de sus proyectos de vida y sus lazos familiares y sociales; contribuir a una política de inversión del estigma de las personas invalidadas por el sufrimiento psíquico y por sus dificultades de convivencia con la sociedad, siendo participes en la producción cooperativa, en la activación de intercambios sociales, en el fomento del respeto y la validación social, con la promoción de actividades sociales y culturales, presentaciones artísticas y gestiones laborales, y facilitando la inclusión de los participantes y socios en centro culturales, comunitarios, etc.

Otro concepto que me interesaría trabajar dentro de este apartado es la categoría de Gestión por Mary Follett, donde la autora considera a este un concepto dinámico donde el poder va acompañado de responsabilidad, la cual reúne autoridad y consenso y que la gestión se basa en el principio ético del respeto hacia los valores humanos y la dignidad.

De esta manera considero la relevancia que tiene la gestión combinada con una coordinación entre las disposiciones organizativas y la practica de trabajo social.

Follett reconoció que a menudo los trabajadores y los directivos no presentan un objetivo común dentro de la coordinación trayendo de esta manera muchos conflictos. La autora trabaja con 4 principios fundamentales de organización:

1- Para conseguir la coordinación es importante que las personas en función de su posición, tengan contacto directo entre ellas. La comunicación horizontal es tan importante como la vertical.

2- Cualquier persona implicada en la política o en una decisión se debería involucrar desde los primeros momentos. No debería trabajar a posteriori ya que ello elimina los beneficios de la participación, frena el desarrollo de la participación y la moral.

3- La coordinación depende de que se considere la interconexión de todos los factores de una situación y no desde una base aislada.

4- La coordinación y las decisiones ejecutivas son procesos continuos, nada esta concluido. Y es una ilusión sugerir que la persona que ejerce la autoridad en la

jerarquía es, en última instancia, la única a quien se pueden exigir responsabilidades, puesto que hay mucha más gente que interviene en una decisión.

Es de esta manera como incide considerablemente la gestión sobre el conocimiento y la capacidad del trabajador en la valoración que este realiza sobre las necesidades, la planificación de la intervención, la toma de decisiones, el establecimiento de prioridades, la organización de las innovaciones, la supervisión de los esfuerzos y la evaluación de los proyectos y servicios formando parte de los procesos del trabajo social.

Teniendo en consideración lo anteriormente desarrollado sobre gestión y coordinación, puedo decir que de esta manera se habilitaría una buena **“Intervención Profesional”**, entendiéndola a la misma como un proceso de enseñanza de los modos de construir el quehacer profesional, desde una perspectiva compleja y crítica que apunte a la comprensión de la dimensión de la acción profesional, y sus múltiples inscripciones: teórica, institucional, ética, política, histórico-social, económica, simbólica, imaginaria y libidinal. Esta última referida a la afectación con el acto de aprehender el ejercicio de la profesión en una práctica vivencial, en un espacio institucional particular, demarcada por el contexto de la cotidianeidad.<sup>16</sup>

En este apartado me interesaría reflexionar sobre los siguientes conceptos y dar lugar a los debates que implica la categoría de Intervención Profesional desde el Trabajo Social en el Centro Cultural Gomecito. Abordándola desde la autora Alicia Gonzales Saibene que la intervención resulta una categoría en disputa, que ha sido y sigue siendo “bandera de la profesión”, pero también objetos de grandes ataques y cuestionamiento por su connotación de control los unos sobre los otros, he incluso por su ligazón con las instituciones del Estado. Pero también, como afirma la autora la categoría de intervención connota la idea de un tomar parte de

---

<sup>16</sup> <http://www.fcpolit.unr.edu.ar/wp-content/uploads/Gancedo-Pr%C3%A1ctica-Profesional-II.pdf>.

algo. Este algo es dentro del campo de salud mental, el lugar que se le está dando a la profesión dentro del espacio de coordinación del dispositivo. Aunque esto traiga aparejado problemas en la especificidad del trabajo social.

### **El debate de la especificidad**

El debate de la especificidad es uno de los temas que atraviesa constantemente las discusiones a la hora de definir al Trabajador Social como mencione anteriormente. Carlos Montaña va a decir que aquellos supuestos elementos que conforman la “especificidad” del Servicio Social deben permear todos y cada uno de los profesionales de este colectivo profesional, así como en ningún sujeto que no integre el cuerpo profesional del SS podrá exigir tales atributos.

Así también procurar la “especificidad” del SS en la división socio-técnica del trabajo, significa determinar “su especificidad”, o determinar la “especialización” del Servicio Social. También podemos hacer referencia que el abordaje inicial al tema de la especialización del SS se realiza a partir de una perspectiva de “pulverización y segmentación de la realidad en cuestiones sociales”.<sup>17</sup>

Quienes hacen referencia de la falta de especificidad del SS, hace de esta una profesión prescindible, sustituible por otras. Pero sin especificidad no tiene sentido ninguna profesión. Lo interesante en torno a estos debates que trae Montaña, es que surgen diversos intentos de dar respuesta a esta problemática: hay algunos análisis como antes mencione que derivan de la particularidad de la profesión, esto llevado al plano de la particularidad de la profesión en tanto inserción institucional y del lugar que ocupan los profesionales en la división socio-técnica del trabajo. Pero si algo debemos resaltar es que los debates (en su mayoría) giran en relación a la especificidad del SS en relación al objeto (de

---

<sup>17</sup> Montaña, Carlos “la naturaleza del servicio social. Un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción”. Biblioteca latinoamericana del servicio social, Cortez editora, 2002.

intervención o de estudio), método, objetivos, y sujeto propio de la profesión (postura que se vincula con lo antes mencionado en cuanto a la legitimación).

*“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”<sup>18</sup>*

Es relevante la referencia que el problema no es suponer que la falta de especificidad deslegitima el SS ésta se legitima por la **Función Social** que cumple y no por su especificidad.

Desde la perspectiva del Trabajador Social, el Campo de la Salud Mental es un desafío, ya que debe definir su posicionamiento teórico y metodológico de intervención. La psicología, psiquiatría, terapeuta ocupacional poseen otro tipo de trayectoria en dicho campo. Más allá de las diferentes corrientes y discusiones teóricas que tienen dentro de cada una de ellas, hay un status científico aceptado que las hace tener un lugar más claro en la práctica clínica y en un Equipo Interdisciplinario. El Trabajo Social ha sido dueño de ciertas prácticas tradicionales atravesadas por su procedencia de origen, por los formatos institucionales dominantes y por trabajar con sectores populares. Es un legado que le cuesta aún desprenderse, quedando en el propio imaginario colectivo y en el de otras profesiones. Existe un reduccionismo del Trabajo Social con los sectores pobres y excluidos del sistema capitalista, centrandose principalmente en la asistencia, practicas más cercanas al control, que en practicas vinculadas con la posibilidad de rehabilitación terapéutica o desarrollo, por ejemplo.

---

<sup>18</sup> Montaña, Carlos “la naturaleza del servicio social. Un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción”. Biblioteca latinoamericana del servicio social, Cortez editora, 2002.

Es apropiado en este debate recuperar el planteo de Frizzera Santos, cuando en “SS: ¿Al final de que se trata?”, cuando quiere comprender el sentimiento de malestar inscriptos en las subjetividades de las asistentes sociales frente a las contradicciones y ambigüedades del SS en relación a los límites de su saber. En una serie de sistematización de entrevistas y diálogos, la autora va a poner en evidencia que este sentimiento de malestar está en el “no saber decir”, que remite a cuestiones relativas a la auto percepción de la profesión, la presentación que hacemos para los otros es la percepción que los otros tienen de nosotros. Esto nos lleva a pensar sobre cómo nos vemos, cómo nos mostramos y cómo somos vistos. El no saber decir nos crea una necesidad de establecer distinciones entre nosotros y los otros, a través de la producción de discursos capaces de representarnos interna y externamente.

Remarco que el texto hace referencias a hechos concretos, que muchas veces se pueden asimilar a lo que son nuestros centros de prácticas, como el que en este trabajo se analiza. Digo esto ya que al estar envuelto en una dinámica institucional, ocurre muchas veces que las trabajadoras sociales intentan buscar su lugar de reconocimiento, intentan decir lo que son, pero terminan diciéndolo desde el sentido **Interventivo, terminan diciendo lo que hacen y no lo que son**. Muchas veces intentan buscar una especificidad, para encontrar el reconocimiento de las demás profesiones que se encuentran en terreno, muchas veces se terminan desatando malestares del no poder decir.

*El trabajo social encuentra su especificidad en el conjunto de estrategias diseñadas, proyectadas a fin de trabajar con los sujetos afectados por la exclusión y la vulnerabilidad social, con el propósito de lograr inclusión (SAIBENE, 2010).*

Desde el Equipo de Coordinación tiene por objetivo, por medio del conjunto de estrategias que se crean permanentemente, trabajar con el sujeto, no a partir de su enfermedad/ diagnóstico, sino, desde el lugar de quienes son, que les gustaría hacer. Es a través del lazo, de la escucha, que aporten a la circulación de los mismos, a lograr una inclusión desde el Dispositivo, a través de las experiencias

creativas y artísticas que se realizan como una propuesta terapéutica. Estas estrategias se hacen teniendo en cuenta, que el hospital despoja al sujeto de su palabra, de sus capacidades conservadas y su creatividad. La experiencia artística es un instrumento no solo convocante sino organizador de un encuentro, de la conciencia crítica que permite romper entre el adentro y el afuera.

Desde esta perspectiva, la intervención en Trabajo Social es presentada como el acercamiento a las situaciones que constituyen un conflicto para los sujetos, guiados por el objetivo de la modificación, la resolución, o la transformación de la situación. Se considera a la Intervención en términos de estrategias, entendiendo por tal, la habilidad para dirigir un asunto, arte de combinar, distribuir y acciones encaminadas hacia un objetivo.

Todo ello es poner en juego un arsenal teórico-práctico y metodológico, es por lo que muchas veces somos y terminamos siendo visto y reconocidos, llegar a una gran combinación de estrategias, y de esta manera tener ese reconocimiento que inevitablemente por nuestros antecedentes buscamos. Pero que es lo que ocurre en dicho dispositivo?

Frente a la complejidad que presenta el Campo de Salud Mental, el mismo no puede ser abordado desde una sola y única mirada disciplinar, sino que invita a la conjugación de varias profesiones. Partiendo del abordaje interdisciplinario, la profesión empieza a visualizar sus limitaciones, perdiendo su especificidad. Es así que la trabajadora Social no trabaja en conjunto con la familia del usuario, si este posee un vínculo o no, donde este vive y como llego, a donde se encuentra hoy ya que no lleva un seguimiento y acompañamiento. Lo mismo puede decirse respecto del tratamiento de cada uno, no trabaja con su historia clínica herramienta estratégica y tampoco tiene un concreto y específico conocimiento del tipo de tratamiento que los usuarios vienen realizando. Y esto ocurre no solo y únicamente porque la Profesión se aleja de lo que se la reconoce tradicionalmente, sino porque es la especificidad y la particularidad del Dispositivo intenta apartarse, diferenciarse de lo que son las Prácticas de Reproducción Manicomial y es así

como este nuevo abordaje influye en un cambio de abordaje completamente distinto para la Trabajadora Social.

La cuestión de la Trabajadora Social y la crítica reflexiva que le hago a la misma dentro de la Coordinación del Centro Cultural Gomecito, es que implementando esta nueva modalidad de abordaje terapéutico Profesional, llega a ubicarla en una posición y lugar que la misma puede ser reemplazada por cualquier otra disciplina social.

Pero si se la considera desde la nueva propuesta de trabajo de la clínica ampliada así como también la importancia que tiene el estudio sobre la gestión, de esta manera se incorporaría un método de trabajo social innovador, haciendo contribuciones significativas a las teorías de la organización y la dirección en el espacio de coordinación en el dispositivo generando un cambio social.

La clínica ampliada tiene como convicción el descolocamiento del énfasis en la enfermedad para centrarlo en el sujeto concreto, no un caso o un sujeto portador de alguna enfermedad. Se habla de un sujeto concreto, no solo marcado por una biografía singular, pero también, el propio cuerpo y su dinámica corporal estarán marcados por su singularidad, algún tipo de enfermedad o sufrimiento, o de la deficiencia relativa a la mayoría que lo circunda o en un contexto dado social específico. Colocar a la enfermedad entre paréntesis es un ejercicio óptimo para quebrar con aquella omnipotencia de los médicos a posteriori se sugiere por lo tanto, una ampliación del objeto de saber y de la intervención. Llamando de esta manera al gran desafío de la transdisciplinariedad, poner en juego los conceptos de campo y núcleo de saberes y responsabilidades intentando como es en el caso del trabajo social operar con esta nueva y difícil travesía donde luego tendrá que articularse a las nociones de equipo, teniendo un reconocimiento explícito de los límites de cualquier saber estructurado. De esta manera se estaría avanzando, pues obligaría a todos los especialistas y cada una de las profesiones a reconsiderar sus saberes, cuando se encuentren delante de cualquier caso concreto ya que esta nueva noción de clínica ampliada, clínica del sujeto demanda del trabajo en equipo



y un hacer comunicativo para así brindar una intervención de calidad con proyectos terapéuticos hacia una construcción colectiva, por consiguiente se evita de esa manera se diluyan responsabilidades y la omisión delante de lo desconocido o frente a lo imprevisto.

Incluyendo lo anteriormente desarrollado elijo trabajar la cuestión del Trabajo Interdisciplinario frente a la complejidad que se nos presenta el Campo de Salud Mental, desde el desarrollo de Eduardo Vasconcelos. El autor brasileño plantea pensar al trabajo interdisciplinario (o intersectorial) desde 3 enfoques: - a partir de las contribuciones de la sociología de las profesiones, - desde un análisis institucional (cultura institucional), y, - abordaje intersectorial de las políticas sociales.

Hablar de “interdisciplina” es hablar de “pluralismo”, para promover un abordaje democrático de la praxis científica y profesional. En este sentido retomamos palabras aportadas por el texto: “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: 1-2).

Vasconcelos realiza un análisis de la interdisciplina a partir de un campo específico, el de Salud Mental, con su consecuente paradigma de desinstitucionalización y sus repercusiones interdisciplinarias, planteando que esta última será “reubicada” en el nuevo paradigma. En este sentido, propone diversas conceptualizaciones a partir de grados de cooperación y coordinación creciente entre las disciplinas:

- Multidisciplinaridad: disciplinas simultáneas, sin señalar las relaciones existentes entre ellas.

- Pluridisciplinaridad: yuxtaposición de disciplinas, situadas generalmente en el mismo lugar jerárquico, agrupadas de modo que aparezcan las relaciones existentes entre ellas.
- Interdisciplinaridad 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.
- Interdisciplinaridad: *“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)
- Transdisciplinaridad: coordinación de todas las disciplinas e interdisciplinas del campo sobre la base de una axiomática general.

Se parte de reconocer la necesidad de “miradas diferenciadas para un mismo objeto, no pudiendo prescindir de la especialización” (Vasconcelos; 2000: 5).

### **Intervención y Trabajo interdisciplinario**

El Centro Cultural trabaja con las personas que asisten, considerándolas como un Sujeto de Derecho y este cambio, en principio simple, sólo nominal, marca toda una modificación en el trato y concepción que dominaba el campo manicomial anterior. Así se deja de ubicar a la persona en un lugar pasivo y la toma de decisiones acerca de las acciones a llevarse adelante en el tratamiento, no es solo una posibilidad, sino un Derecho de los Usuarios, regulado por ley.

Este nuevo posicionamiento exige que para realizar una atención íntegra, tanto las instituciones como los diferentes Profesionales deben hacerlo en Equipo, fortaleciendo la comunicación, el dialogo, la planificación, el intercambio de miradas, para que se garanticen la existencia de estos Derechos. Esto se logra a

través de la puesta en marcha de una real interdisciplina y no un mero trabajo multidisciplinario.

El trabajo interdisciplinario lo pude comprobar participando en las reuniones de equipo, donde todos los Profesionales del Gomecito, se esfuerzan por trabajar sobre los posicionamientos anteriormente mencionados. Mensualmente generan ese 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. Además buscan darle al usuario una respuesta única, tanto en su discurso como en la práctica misma. Por ejemplo, si un grupo determinado solicita con anticipación el espacio de la cocina, puntualmente el horno para hacer torta frita, se accede al mismo y se les pide la colaboración, para que dejen ordenado y si un nuevo grupo quisiera realizar la misma actividad, dar a conocer la lógica que se viene trabajando desde el equipo.

Fue a través de numerosas y largas charlas con la Trabajadora Social que pude ir desmenuzando el rol que ocupa el T.S. en ese ámbito. Si bien ella ocupa un lugar en el Equipo de Coordinación, resalta que lleva la especificidad de la profesión al trabajo que desempeña. Explicación que me remitió al concepto de **Intervención Profesional** de Susana Cazzaniga definiendo que la misma *es una acción con sentido. Es “una puesta en acto de una estrategia que intenta dar respuesta a demandas que, en términos de problemáticas, interpelan la presencia de la profesión”*. En este sentido, entiendo que la intervención no se puede pensar como un “acto natural” sino más bien como una construcción artificial, pensada en términos de estrategias (construcción metodológica que da a conocer intención y objetivo), y en un tiempo y espacio determinado, que es el pensar el cuándo y dónde de nuestras prácticas. Es en este momento de elaboración de una estrategia donde se juega nuestro posicionamiento guiado a una acción c/ sentido (intencionalidad), donde también aparecen nuestros fundamentos, la necesidad de hacer explícito el porqué de lo que hacemos.

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

Como bien se mencionó anteriormente, los objetivos del Centro Cultural no los encontramos en el tratamiento, **sino en los aportes que se dan a través de la escucha y la circulación de la palabra en la construcción del vínculo, del lazo social** con el otro. Donde la Trabajadora Social busca poder indagar constantemente sobre las diferentes manifestaciones y significaciones que se expresan en los espacios colectivos de la Institución, es decir, poder abordar lo individual desde lo grupal, captando como el entorno influye en el sujeto y sus acciones. En el marco de los diversos espacios de la Institución, donde se presentan rasgos particulares, no se puede dejar exento el ámbito cotidiano en el que se desarrolla la Intervención Profesional de la Trabajadora Social. Por lo tanto, lo que 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.

Siguiendo con esta línea de trabajo, del lazo social donde el sujeto, en este caso un Usuario es un sujeto histórico y social. Uno de los grandes avances en los cambios de abordajes institucionales que se vienen dando, es no aislar a la persona de su mundo social, sino que las intervenciones estén orientadas en una reinscripción social y familiar. Esto no quiere decir que suceda en el Dispositivo, si bien se invita a la familia a asistir al mismo, es desde el lugar de invitados, que acompañen al familiar que asiste a alguna de las actividades, en un evento puntual, sea primavera, cierre de fin de año, etc. De esta manera puedo concebir también que la dinámica del Dispositivo es una estrategia que permite habilitar ciertos

espacios que son imprescindibles y que les permite alejarse de esta manera de las prácticas manicomiales. En el Dispositivo llegan a encontrar un espacio que los reconforta y los identifica como tal.

Se trabaja teniendo presente que la familia es una de las principales estructuradoras de identidades, con fuerte poder de construir subjetividad. Se intenta priorizar y poner en juego muchas sensaciones que viven y expresan los Usuarios en el Centro Cultural, sus inquietudes respecto a su cotidianidad, cuáles son sus Derechos como Ciudadanos, etc.

El enfoque está puesto desde el dispositivo, en pensar ciertas dinámicas como lo es la apertura de los talleres, la escucha, trabajar con el Sujeto que está en situación de demandas de ayuda, ofreciéndoles un espacio diferente, donde la unidad es el lazo social. Es de suma importancia explorar sobre estos saberes para extraer las herramientas necesarias para el análisis de estas situaciones concretas que aparecen en las prácticas institucionales. Se considera que uno de los grandes avances en los cambios de abordajes institucionales, es no aislar a la persona de su mundo social, sino que las intervenciones estén orientadas en una reinscripción social y familiar. Pero para ello es fundamental cambiar las unidades de análisis y de intervención.

## **REFLEXIONES FINALES**

De esta experiencia, rescato los aportes a mi trayectoria académica, como a mi futuro como Profesional. Entre estas, reconocer la importancia que tiene para cualquier campo de Intervención, poseer herramientas teórico metodológico que puedan ser articuladas y puestas en juego a la hora de intervenir.

Si bien es una conquista participar de la Coordinación de un Dispositivo Sustitutivo de lógicas manicomiales, como lo es el Centro Cultural Gomecito. Concluyo que si bien lleva consigo todo su andamiaje e intencionalidad en el conjunto de estrategias diseñadas para llevar adelante en lo que refiere a la organización y apertura de todos los espacios.

La Trabajadora Social aquí puede ser reemplazado o ocupado su lugar de Coordinación por cualquier otra disciplina social, psicóloga, psicopedagogía entre otras que respondan al área en mención, ya que como desarrolle durante el trabajo la lógica que tiene el Dispositivo no se centra en el sostenimiento de su tratamiento. Pero resulta así necesaria para un real abordaje desde el trabajo en equipo el estudio sobre la gestión como el gran desafío de la interdisciplinariedad en el campo de salud mental ser abordada la misma desde su complejidad.

La Coordinación del Centro Cultural Gomecito, Dispositivo Sustitutivo de lógicas manicomiales, se apartó del sostenimiento del tratamiento, ya que los Usuarios poseen su Equipo de referencia del Hospital Agudo Avila en su gran mayoría. Se centran en el Lazo Social, que sus escuchas, tránsito y la participación en los talleres que le brinden a estos Usuarios un enriquecimiento, fomentando un Vínculo con el otro, que interactúen, que se apropien de sus ideales, que compartan entre otras tantas experiencias lo que puedan llegar vivir.

No es menor la apertura de este espacio, ya que para ello es muy necesaria la puesta en acto y en escena de todo este armado, entramado y contradicciones que brinda el Dispositivo.

En cuanto a la intervención del trabajador social y las familias, creo que esto se aborda parcialmente en el Dispositivo, no se articula con herramientas determinadas, no se llega a socializar con este Sujeto, Sujeto de Derecho. Si bien pienso que el espacio de Coordinación puede ser asumido por diferentes disciplinas, es un gran desafío llevarla a cabo y es considerada como un nuevo espacio de Intervención de conquista. Como se define dentro de las incumbencias Profesionales, bajo el horizonte de la defensa, reivindicación y promoción del ejercicio efectivo de los Derechos Humanos.

Como condición prioritaria para generar un verdadero cambio y diferenciación dentro de la coordinación del dispositivo, en la labor del trabajador social con las otras disciplinas sería necesario el estudio y la incorporación de la Gestión a sus conocimientos donde esta ayuda y caracteriza con particularidades al personal de trabajo social a contemplar la cuestión en su conjunto. Es decir: que el estudio de la gestión se incorporara como un método de trabajo, realizando contribuciones significativas para un cambio social en el campo de salud mental donde las alteraciones no se producen por tratar a los usuarios sino por la capacidad de idear nuevos proyectos, asesorando al personal a través de la formación, la supervisión y organizando sistemas de asistencia que sean accesibles y apropiados a las necesidades que aquellos requieran. Trabajando desde la comunicación, la relación con el personal, la ayuda a los demás para que consigan sus objetivos, la supervisión de sus esfuerzos y las resoluciones de problemas con tan solo algunas funciones del profesional como la mediación, negociación y la defensa con el fin de efectuar el uso óptimo de los recursos para contribuir al cambio y a las innovaciones entre otras tantas cuestiones. Estos serían algunos aspectos que marcarían una real diferenciación con las otras disciplinas.

Por último, quiero manifestar que la propia existencia de los Dispositivos Alternativos no son en sí mismos garantía de un proceso Desmanicomializador, son un elemento sustancial que cobra una importancia relevante, pero insuficientes para garantizar un cambio paradigmático. Las acciones que se llevan adelante en

estos espacios se tornan escasas en contextos de falta de inclusión. Entendiendo que el dispositivo es sólo un eslabón en una cadena que no lo puede tener como único elemento y donde es necesario que se incorporen, adjunten y coordinen otros que aseguren la asistencia, la autonomía y todos los derechos de los que son portadores los usuarios.



## BIBLIOGRAFIA

- Arancibia, L. y Cáceres, Julio G. (2011) *“La reflexividad como dispositivo crítico en la práctica del Trabajo Social”* en Revista de Investigaciones de Intervención Social.
- Alvaro, D. (2017). La metáfora del lazo social en Jean-jacques Rousseaux y Emile Durkehim. Papeles de CEIC, Vol 2017/1, papel 173, CEIC (Centro de estudiantes sobre la identidad colectica), UPV/EHU press.
- Baremblyt, Gregorio (1984) *“Compendio de Análisis institucional”*.
- Bertagni, Jose La perspectiva del Trabajo Socail en el campo de la Salud Mental. 2011.
- Bourdieu, Pierre (2013) entrevista a Pierre Bourdieu la lógica de los campos, canal YouTube.
- Bourdieu, Pierre Alguna Propiedades de los campos de la Sociologia y cultura, 2011.
- Coll, Laura (2015) entrevistas realizada a la coordinadora del Centro Cultural “Gomecito”
- Coulshed, Veronica (1990) la gestion del trabajo social.
- Compendio Histórico del Centro Regional de Salud Mental “Agudo Ávila” (2002), anónimo.
- Galende, E. (1994) *“Psicoanálisis y Salud Mental: para una crítica de la razón psiquiátrica”*.
- Faleiros, Vicente. Trabajo Social e Instituciones. (1992)
- Freud, Sigmund (1991) *“El malestar de la cultura”*.
- Reguillo, Rosana (2000) *“La clandestina centralidad de la vida cotidiana”*.
- Rizzo Nadia (2012) *“Un análisis sobre la reproducción social como proceso significativo y como proceso desigual”*.
- Rincon, Lia. Problemas del Campo de la Salud Mental.
- Rojas Soriano (1991) *“Capitalismo y Enfermedad”*.

- Sergio Gianna (2008) “*Vida cotidiana y TS: Límites y posibilidades en la construcción de estrategias de intervención profesional*” en Revista Paralela.
- Onokco, Rosana (2014) Entrevista online “Clínica Reformulada para una Clínica Ampliada”
- Travi, Bibiana (2013) “*Notas sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje del oficio en su dimensión técnico-instrumental y la recuperación de nuestras tradiciones.*” En Revista Paralela.
- Villanueva, Amparo (2004) Tesina final “*Trabajo y Salud mental*”.

## **Anexos**

## **Resolución**

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

Considerando:

Que la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, tiene, por objetivo asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona, (artículo 3°, 1er Párrafo);

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

Que en ese sentido el Estado, a través de dicha legislación nacional, les reconoce a las personas con padecimiento mental: *“a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada (...); d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria”* –artículo 7°-;

Que el artículo 18° de la reglamentación de la citada Ley N° 10.772, aprobada por el Decreto N° 2155/07 establece que *“Para alcanzar la transformación se deberá promover la sustitución progresiva y gradual de los*

*hospitales psiquiátricos, por medio de su transformación bajo la modalidad de Hospitales Interdisciplinarios y de la creación de los diferentes servicios alternativos (...). La transformación de los Hospitales Psiquiátricos tendrá como objetivo la erradicación de las lógicas manicomiales; medicalización de los padecimientos subjetivos, internación por tiempo indeterminado, aislamiento social, silenciamiento, ausencia de estrategias terapéuticas complejas y singularizadas, perpetuación de las medidas de seguridad”;*

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

Que la creación de dispositivos de sostenimiento de los procesos de externación e inclusión social de usuarios del servicio de salud mental, se basa en los lineamientos político-clínicos de la Dirección Provincial de Salud Mental y en las Leyes Provincial y Nacional de Salud mental que se plantean, como un eje de la política pública de salud, la sustitución de lógicas manicomiales;

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

Que el mismo esta compuesto de talleres orientados a la producción destinada a circular en la cultura, entre los que se encuentran: artesanales, de musicoterapia, artes visuales, escénicos, circenses, y panificación. Asimismo, funcionan instancias colectivas, entre ellas: el programa de radio FM “Tardes Nuestras”, la revista “Renacimiento 22” –entre otras publicaciones más pequeñas- que se edita dos veces al año, y la asamblea de usuarios;

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

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

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

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

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

POR ELLO: EL MISTERIO DE SALUD

Resuelve:

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

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

Bioq. MIGUEL GONZALEZ

Ministerio de Salud

