Año IV – Número 4
Diciembre de 2020
ISSN 2591-4596

REVISTA DE LA CARRERA DE ESPECIALIZACION
EN PSICOLOGIA CLINICA, INSTITUCIONAL Y COMUNITARIA

"Barquitos pintados"

Experiencia Rosario

Procesos de desinstitucionalización

SECRETARIA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

UNR Universidad Nacional de Rosario

Barquitos Pintados
Experiencia Rosario

Barquitos Pintados. Experiencia Rosario. Copyright © 2018 by Carrera de Especialización en Piscología Clínica, Institucional y Comunitaria.

Para información contactar:
experienciarosario@hotmail.com
www.barquitospintados.unr.edu.ar

La pintura de la tapa:Fishing Boats on the Beach at Les Saintes–Maries–de–la–Mer
Arles, June 1888 Vincent van Gogh (1853 – 1890)
oil on canvas, 65 cm x 81.5 cm
Credits: Van Gogh Museum, Amsterdam (Vincent van Gogh Foundation)

Organismo Responsable de la Publicación:
Carrera de Posgrado de Especialización en
Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria.
Facultad de Psicología. UNR.
Directora: Silvia Grande.
Dirección: Riobamba 250 bis
Código Postal: 2000 – Rosario
Santa Fe
Teléfono: 341– 4808523–28. Interno 117–118
Correo electrónico: posgradopsico@unr.edu.ar
Dirección de página web institucional: http://www.fpsico.unr.edu.ar/

Diseño tapa y Control general: Claudio Cúneo
Gráfica e impresión: **GRAFICA AMALEVI s.r.l.**
Humberto Primo 1840, Rosario | Tel. (0341) 4213900 – 4242293 – 4218682
grafica_amalevi@yahoo.com.ar

ISSN 2591–4596
Hecho el depósito que indica la Ley 11.723

Primera edición: Diciembre 2020

Autoridades de la Facultad de Psicología
Decano: Psic. Soledad Cottone
Vice Decano: Psic. Mirta Spedale
Sec. Posgrado: Dra. y Esp. María Flaviana Ponce

"Barquitos Pintados"
Experiencia Rosario
Revista de la Carrera de Especialización
en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria
Secretaría de Estudios de Posgrado
Facultad de Psicología
U.N.R.

Directora
Mag. Silvia Grande

Coordinador editor
Esp. Claudio Cúneo
Área Salud Mental
SEIDESOC – UNR

Comité Editorial
Esp. Carolina López Ortiz
Esp. Mariana Spina Rinaudo
Esp. Analía Tannuri
Esp. Tatiana Moreno
Esp. Delfina Rossi
Esp. Paola Benítez
Esp. Sandra Ferraro
Esp. Lucía Briguet
Esp. Jimena Mendoza
Esp. Soledad Secci
Esp. Victoria Corrales
Esp. Rosario Tellería
Esp. Celeste Ghilione
Esp. Laura López Papucci
Esp. Diego Peralta
Esp. Gisela Santanocito
Esp. Loredana Figueras

Comité Científico
Psic. Liliana Baños
Psic. Iris Valles
Dra. Silvia Lampugnani
Mag. Cristian Landriel
Dra. Cecilia Gorodischer
Dra. Ana Bloj

La Revista cuenta además con un Comité de Referato Internacional.
Año IV /Número 4 / Diciembre 2020
ISSN 2591–4596

Nuestro agradecimiento a Isis Milanese,
por abrirnos las puertas a su trabajo, testimonio de:
esas mínimas acciones cotidianas
que nos van constituyendo como alguien singular,
que constituyen espacios donde habitar.

In memorian de Alberto Ascolani:
Hablar de instituciones lo evoca, lo trae, lo hace presente.
Fue él quien interrogó nuestras propias institucionalizaciones
y abrió un camino con su particular enseñanza, con su estilo.
Probablemente muchos de los que acá escriben no sepan
cuánto de eso escrito está signado por la trasmisión de Alberto…
Nosotros sí.

Alberto: la Interhospitalaria te saluda con un abrazo de compañeros
que miran hacia atrás solo un momento porque saben que espera
un camino arduo, saben que llevan como equipaje algunas preguntas
que no se transforman en contraseña y que nos sirven
para reconocernos en una historia de transmisiones que
por uno u otro lado nos llevan a encontrarnos con vos.

NOTA EDITORIAL

A los cuarenta años, apresado en tiempos del fascismo italiano, escribe en la cárcel, en cuadernos escolares, que el imperio capitalista obtiene consenso activo de los gobernados. Que domina, sin coerción, imponiendo modos de vivir, de sentir, de desear, de amar, de comer, de festejar, de votar. Que impone no solo persuadiendo, sino pariendo esas imposiciones como gustos y opiniones libres

(Percia, 2017: 148)

Abrimos evocando con Percia la figura de Gramsci apresado en una institución total en tiempos del fascismo, diciéndonos cómo la dominación por consenso impone una idea de libertad. ¿Sería una repetición (en su diferencia) de la "ilusión de libertad" que proponía Cabred? ¿Cómo retorna esa ilusión de libertad? Institución total y libertad parecieran no siempre estar en disyunción. Tiempos de oscuridad

Resulta difícil hoy, año 2020, año de la pandemia Covid–19, escribir acerca de la libertad que reclaman las luchas contra los encierros manicomiales, cuando la utilización del discurso de la "libertad individual" atenta contra el sostenimiento de cuidados necesarios y empuja a poner esa libertad de mercado como único valor, deslizándose hacia una propuesta de inmunidad de rebaño. Propuesta que muestra en el orillo una indisimulada intencionalidad: "que mueran los que tienen que morir". Claro ¿quiénes son los que *tienen* que morir? Mora Jiménez (2020) refiere que en 1981 Hayek –maestro del neoliberalismo– declara en el diario El Mercurio de Chile que una sociedad libre no puede garantizar la manutención de todas las vidas, podría ser necesario sacrificar vidas individuales para preservar un número mayor de otras vidas. Dice Mora Jiménez que Hayek intenta ocultar lo que Adam Smith reconocía: que las víctimas no son aleatorias. (Mora Jiménez, 2020) Este darwinismo social nos resulta tristemente conocido. Es precisamente un común denominador de las más variadas formas de exterminio, de genocidios del cual podemos hacer una lista que se sigue engrosando, desde pueblos originarios, desaparecidos, encerrados, expulsados de sus propias vidas o como los llama Foucault: homicidios.

> "cuando hablo de homicidio no pienso simplemente en el asesinato directo, sino todo lo que puede ser también muerte indirecta: el hecho de exponer a la muerte o de multiplicar para algunos el riesgo de muerte, o más simplemente la muerte política, la expulsión" (1992:183).

Los que *tienen que morir* pasan a ser aquellos sin nombre y sin responsables por su muerte. Esa transformación desde ese impersonal a nominarlo como homicidio abre un espacio que innumerables luchas han inscripto en nuestras memorias: el de la responsabilidad, esa que deci-

mos hoy se borra detrás de la libertad de mercado.

Institución total y responsabilidad están en disyunción.

¿Cómo hablar de desmanicomialización sin que la libertad y la responsabilidad sean convocadas en el horizonte?

La desinstitucionalización es un proceso que generalmente asociamos al de desmanicomialización si bien sus prácticas y consecuencias convocan interrogantes mucho más amplios que parten del concepto de institución total. (Cúneo, 2015)

La desmanicomialización pone en cuestión la existencia de esos engendros de encierro, tutela, discriminación, segregación, punición, exclusión habilitada por la ciencia de la "normalidad". Desde aquí el manicomio no es sólo "una" institución en el listado de las instituciones. Es un paradigma de tratamiento de la diferencia que derrama en toda la sociedad.

La Ley Nacional de Salud Mental (en adelante LNSM)[1] en su artículo 27 prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados.

El Decreto Reglamentario de dicho artículo 27:

> "La autoridad de Aplicación en conjunto con los responsables de las jurisdicciones, en particular de aquellas que tengan en su territorio dispositivos monovalentes, deberán desarrollar para cada uno de ellos proyectos de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios con plazos y metas establecidas. La sustitución definitiva deberá cumplir el plazo del año 2020" (p. 86–87).

Es por ello que este número 4 de la Revista Barquitos Pintados del año 2020 no podría dejar de convocarnos a pensar, a pensarnos en esta apuesta que no es sólo un plazo, es un deber ético–político.

¿Cómo trabajamos, cómo construimos desde nuestros lugares como trabajadores–as de efectores de provincia, municipalidad, como trabajadores–as de la universidad pública, como militantes de organizaciones comunitarias, como integrantes de colectivos de trabajadores–as, de colectivos de usuarios–as? ¿Cómo producimos acumulaciones en la lucha por la hegemonía de los modos de tratamiento de la alteridad y de las extranjeridades, incluyendo las propias extranjeridades que constituyen nuestras locuras? Modos de tratamientos que no descuiden el sufrimiento del–a otro–a pero que no hagan de ese sufrimiento el lugar de la diferencia.

Es allí donde desmanicomializar alude a desinstitucionalizar desde nuestros trabajos en escuelas, hospitales generales, centros de salud, instituciones comunitarias, colectivos de trabajadores, de usuarios. Estallar las instituciones no es hacerlas desaparecer o pretender que podremos prescindir de ellas, es apuntar al lugar en donde esas instituciones se vuelven totales y nos patologizan, clasifican, objetalizan.

Desmanicomializar es un compromiso ético–político y como tal, en nuestro país, forma parte y se inscribe en la historia de lucha por los derechos humanos. Por lo tanto se torna ineludible. Desinstitucionalizar es generar otras condiciones para que no retornen las lógicas manicomiales como un hacer de la cultura y de los lazos.

[1] Ley Nacional de Salud Mental n° 26657, sancionada por el Congreso de la Nación Argentina en el año 2010

Si "educar y encerrar" fueron poderes del estado para constituir el cuerpo de la nación (Teran,1986), el tratamiento de la locura y su medicalización fueron, desde la fundación del estado nacional, un resorte para la construcción de las figuras del "peligro". Éstas decantaron en el imaginario de la locura, legitimando prácticas que al hacer del otro el "peligro" autorizan a disponer del "peligroso" para nuestra protección, en legítima defensa. Este proceso se validó "científicamente". Las disciplinas fueron instrumentos para esta estrategia de orden y progreso. Cada una de ellas: medicina, psicología, trabajo social, pedagogía ingresaron como parte de este programa de normalización de la sociedad que tiene como eje la "peligrosidad" aún con sus disfraces de "prevención". Retorna ominosamente en diversos momentos de la historia encarnando en las figuras del–a otro–a: racializando las desigualdades sociales, degradando las diferencias de género, psicopatologizando el tratamiento de lo social, judicializando la protesta, la disidencia.

> El enfrentamiento al sistema institucional sobrepasa la esfera psiquiátrica para entrar en el dominio de las estructuras sociales que la sostienen y nos obliga a una crítica de la neutralidad científica, que tiende al mantenimiento de los valores dominantes, para transformarse en crítica y en acción política. (Basaglia, 1972:19)

Ciertamente las guerras mundiales conmovieron e interpelaron estas prácticas disciplinarias, exponiendo las formas en que la crueldad produce "nudas vidas" (Agamben, 2003). Las instituciones totales mostraron su parecido con los "campos de concentración". En el "seno de la civilización" la destrucción resultó imposible de invisibilizar –ya no era en otro territorio– más allá de los negacionismos siempre dispuestos al buen postor. No se trata sólo del malestar en la cultura y de los arreglos más o menos eficaces que hacemos para enfrentar nuestras precariedades, se trata de la vera crueldad (Ulloa, 2000). La vera crueldad necesita de un dispositivo sociocultural cuyo eje es la encerrona trágica, dos lugares (victimario–víctima) sin tercero de apelación, con múltiples expresiones en la estructura social donde los habitantes no pueden constituirse en hacedores de cultura, protagonistas de sus vidas (Ulloa, 2000). Los manicomios son esos dispositivos socioculturales paradigmáticos de la relación social que es la vera crueldad. ¿No resulta acaso un giro más de tuerca que se propongan como lugares de tratamiento?

Pero entonces ¿qué tratamiento del sufriente humano planteamos? Aquel que permita "Reintegrar el sufrimiento mental al campo de lo humano" (Galende, 2015; p 17). La vera crueldad devenida dispositivo cultural lo atrapa exiliándolo de lo humano con la promesa de sacarle su sufrimiento. Sacar el sufrimiento del orden de lo humano expulsando al sujeto.

Rotelli (2014) en este punto se pregunta ¿qué hacer? Dice que las experiencias más eficaces y duraderas en el mundo han sabido responder conjuntamente a estos tres problemas:

> cómo extender un sistema de atención en salud mental; cómo mejorar la ayuda prestada; y cómo sustituir las respuestas violentas, antiterapéuticas que lesionan la ética y los derechos civiles. (p 97–98)
> Responder a estos tres problemas es lo que caracteriza a las experiencias más eficaces y que logran sostenerse, en el mundo. Los principios comunes a estas experiencias pueden ser agrupados en una única estrategia identificada como Estrategia por la Salud Mental Comunitaria, Colectiva y Territorial (p 98)

Desmanicomializar no es sólo cerrar manicomios y/o trasvasar poblaciones. Es una interpelación a los modos del lazo social que hoy más que nunca apuntan a borrar el lugar de los mismos, proponiendo un sujeto pleno en su individualismo (Galende, 2014: 17).

No podríamos cerrar esta primera parte de la presentación del número 4 sin convocar la palabra de Vicente Galli:

> La tarea es constante y difícil. Es también tarea de desinstitucionalización de la rehabilitación tradicional, hacia la apertura de espacios y construcción de nuevos ámbitos de libertad en los que las personas puedan adquirir nuevas prácticas y adquirir nuevos instrumentos de intercambio (Galli, 2014: 17).

Este número 4 fue pensado en seis secciones:

Dossier Producción de docentes en la Carrera: en razón de la temática convocante seleccionamos la Conferencia de los profesores Rosana Onocko Campos y Gastao Wagner de Souza Campos (Universidad Estadual de Campinas– UNICAMP), dictada en Rectorado UNR, en 2011.

Experiencia Rosario: Artículos escritos a partir de los trabajos finales de los egresados de la Carrera. En esta oportunidad presentamos 11 trabajos

Otras experiencias: Incorporamos en este número esta sección fortaleciendo un intercambio iniciado hace ya unos años con el Departamento de Salud Colectiva UNICAMP.

Entrevistas, Reportajes, Ensayos: Exploramos el tema elegido para este número, produciendo cinco entrevistas, dos reportajes y un ensayo, aperturas a diversas opiniones, posibles polémicas que nos permitan relanzar el diálogo. Se trata de siete entrevistas que se plantean como aperturas para indagar la multiplicidad de dimensiones que están en juego cuando hablamos de desinstitucionalización. Italia, Brasil, Argentina, La Toma y el Horno, El Gomecito y una película arman este extraño mosaico: ¿Modelo para armar? Personajes, tiempos y lugares diversos y algunas preguntas para seguir.

Diálogos con el grado: Dialogamos con las experiencias de las cátedras de la Facultad de Psicología. La cátedra Salud Pública y Salud Mental realiza un escrito colectivo donde relatan algunos recorridos, pasajes, transformaciones desde el retorno de la democracia.

Inédito: Invitación a publicar trabajos inéditos que aporten a la temática seleccionada. En este número presentamos el trabajo de Miriam Bollini.

I – DOSSIER

Para nosotros son: Gastón y Rosana, con esta cercanía de quienes comparten nuestros sueños y dificultades más allá de las distancias que hay entre Rosario y Campinas. Gastón Wagner de Sousa Campos es docente universitario, investigador, integrante del movimiento sanitario brasileño y luchador del SUS; fue Secretario de Salud Pública de Campinas, viceministro de Salud en el gobierno de Lula; escritor de varios libros y muchos artículos y alguien con una sensibilidad y sentido del humor que hacen que su transmisión se sienta viva. Rosana Onocko, a quien conocemos porque es de acá, de Rosario; es médica clínica. La recuerdo en los pasillos del Hospital Centenario cuando cursaba su especialidad y luego como directora del Hospital

Alberdi, con una capacidad muy particular para revelar las imposturas y ubicarlas en el orden de lo humano, esto quizás le permitió abordar la gestión y la planificación desde otro lugar. Rosana es docente universitaria y fue metiéndose en las cuestiones de salud mental con ese espíritu libre e interpelante, buscando construir otras cosas, que nos dice son necesarias.

¿Por qué este texto? Por varias cuestiones que fueron luego desplegándose en el trabajo que hicimos con el Comité de Redacción en este número. Es una conferencia del año 2011, en una visita programada en el marco de clases para la Carrera de Especialización en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria y de un curso de formación docente en donde trabajamos el lugar de las prácticas en la formación. Rosana y Gastón han sido y son interlocutores en los procesos locales de construcción de nuevas institucionalidades. Procesos disímiles y casi ubicados en los extremos de los espacios de atención –cuando son pensados como niveles, considerándolos de modo tradicional: un manicomio y la atención primaria de la salud incorporando la salud mental–. Procesos que creemos fueron instituyentes y que queremos rescatar al momento de mirar dónde estamos parados para fortalecernos en este tiempo histórico en que el cierre de los manicomios es un compromiso hacia la sociedad.

Rosana abre con una pregunta que nos está dirigida y que quizás logre diversas respuestas en el recorrido de Experiencia Rosario (los trabajos de la Carrera) y también en los Diálogos con el grado: ¿cuáles han sido las formas de relaciones de la universidad con los servicios públicos? Adelanta en su negación una respuesta: una universidad que no se mantenga más mirándose a sí misma. Porque producir una transformación cultural como la que propone la LNSM requiere no sólo cambiar la asistencia sino revisar los saberes. Es fundamental subrayar esto y leerlo a contraluz de la producción de los Diálogos con el grado. Producir esa transformación es un problema. Es nuestro problema. No lo podemos reducir a disputas de líneas teóricas (aunque valga la pena ponerlas a discutir, ponernos a discutir). Es un problema que implica poner en discusión los saberes instituidos para cambiar la asistencia y posibilitar construir otro lugar social en la cultura al sufrimiento psíquico grave, dice Rosana. Es entonces mucho más complejo nuestro problema: la relación entre universidad–servicios públicos nos implica poner en discusión los saberes instituidos. Claro, entonces acá también se trata de desinstitucionalizar. Prácticas menos estereotipadas y más ligadas a la vida, nos dice Rosana. No habrá desistitucionalización sin que como universidad revisemos nuestros propios instituidos.

¿Qué formatos institucionales requieren los procesos de desmanicomialización? Rosana avanza en su desarrollo desde la experiencia de reforma en Brasil y nos cuenta de este artefacto: los CAPS. Quisimos rescatar esta pregunta, no podemos eludir esa discusión. No resolveremos el proceso de desmanicomialización con la sola respuesta de la internación en el hospital general, transformación necesaria pero no suficiente. Esta estrategia debiera inscribirse en el marco de una planificación política en salud mental

Nos hemos empeñado en sostener la internación en los hospitales generales, con experiencias importantes y con la posibilidad de producir una lectura más integral desde el sistema de salud hacia el padecimiento subjetivo. Pero todos–as sabemos que no es suficiente, que otros dispositivos son necesarios, que otros alojamientos están haciendo falta. ¿Serán CAPS? No lo sabemos, pero sí sabemos que nos está faltando algo allí para que podamos pensar en términos de un sistema que proponga diversas alternativas según los modos del sufrimiento y las vulneraciones de derecho sufridas.

La conferencia de Rosana toca muchos puntos para intentar esa "puntada en la gota de agua" que alude a la dificultad misma que habita las prácticas en sus diferentes tensiones: formación–salud pública; clínica–gestión; competencias disciplinares y líneas teóricas disputando hegemonías. Luego de escucharla (leerla) nos deja en claro que todas esas tensiones se dicotomizan en confrontaciones de poder (líneas teóricas, disputas disciplinares) ante la ausencia de una discusión en el marco de un proyecto ético–político. Que una línea teórica se constituya en ideal, más aun si se trata del Psicoanálisis, hace que pierda su carácter de discurso crítico de la cultura, también en la formación. Entonces este horizonte ético–político permitirá reveer esas dicotomizaciones para que cada una de esas prácticas (formación–salud pública; clínica–gestión) se constituyan en potencias para disputar en el marco de un proyecto de transformación cultural, no sin conflicto, pero sí con un poco menos de mezquindades. Claro está que implica sostener la interrogación acerca de qué formación, qué clínica, qué gestión es necesaria en el marco de ese proyecto ético–político que implica la desmanicomialización y la desinstitucionalización.

En el desarrollo plantea la necesidad de recuperar la gestión –generalmente abordada como una intervención meramente instrumental de modo funcionalista sobre los "recursos"– entendiendo que las formas de organización de los procesos de trabajo son producto y productoras de subjetivación y agrega (podríamos decir, subraya): la gente es productora activa y con relativa autonomía de estos procesos. No hay clínica sin organización de procesos de trabajo. No hay clínica sin gestión, ni gestión sin clínica.

¿Gestión sin clínica se parecería a una maquinaría burocrática vaciada de sentido? La pregunta que nos retorna y que los distintos trabajos, entrevistas y el artículo inédito transitan es el modo en que en este proyecto ético–político la clínica y la gestión se reformulan. Se requieren procesos de trabajo diferentes, modos de gestión en torno al malestar diferentes, si queremos garantizar modos de atención de los padecimientos respetuosos de los derechos humanos (en línea con la LNSM), si queremos garantizar equidad. No hay organización de procesos de trabajo que no impliquen una clínica. Se requiere de coordenadas clínicas que dialoguen con la gestión de esos procesos. La desinstitucionalización no es trasvasamiento de personas, es posibilitar nuevas construcciones que requiere de procesos de trabajo que se sostengan y hagan posible una clínica.

Miriam Bollini (Inéditos) nos dice respecto de sus coordenadas clínicas no disociadas de un proceso de gestión sostenido en un proyecto ético–político.

Gastón aborda la reforma sanitaria en Brasil, la constitución de actores políticos y las luchas para su profundización. La contradicción/interrogación acerca de la posibilidad de sostener un proyecto desde un movimiento sanitarista que instale el Sistema Único de Salud como derecho más allá de los diversos gobiernos o, si es irremediable, la permanente lucha reiniciada con cada cambio político. ¿Es posible que el sistema de salud trascienda los procesos de negociación particular en cada gobierno? ¿O estamos condenados a que se limite a ser una prenda de negociación política? Tema sobre el que vuelve en la entrevista.

Plantea que los modelos de gestión de las organizaciones estatales tienen una deuda con los sistemas públicos de salud. Esos modelos de gestión, claramente caracterizados por Gastón –no evitan la alienación, la corrupción, la utilización privada del sistema público por corporaciones de profesionales y por grupos políticos– son "tierra fértil" para los discursos neoliberales. La universidad pública no queda por fuera y es instrumento de ese discurso neoliberal, nos dirá.

Inventar otro modelo de gestión es una necesidad y una apuesta y justamente allí es donde ubica la necesidad de confluencia universidad–servicios de salud en el marco de modelos de gestión más democráticos (trabajadores, usuarios, representantes del estado, universidad). El resorte de esta propuesta es casi un analizador que bien vale la pena conservar para ponderar cada una de nuestras acciones en salud y en educación: "disminuir el poder, no la responsabilidad". Es aquí donde se plasma qué se entiende por proyecto ético–político. Las gestiones hegemónicas parecieran realizar la ecuación contraria: aumentan el poder sobre los que producirán como "objetos" y disminuyen la propia responsabilidad.

Quizás esta experiencia en la pandemia tristemente nos diga de la validez de este "analizador" que nos proporciona Gastón. Agradecidos.

II – EXPERIENCIA ROSARIO

Experiencia Rosario presenta 11 trabajos de egresados de la Carrera en los que retoman la producción de sus Trabajos Integradores Finales. Las temáticas que abordan pueden ser ordenadas en zonas de trabajo acerca de la desinstitucionalización.

En principio aquellos trabajos directamente ligados a la interrogación e intervención sobre lógicas manicomiales y el intento de establecer otros recorridos más respetuosos de los derechos y la dignidad de las personas. Es así que podemos leer la experiencia desde un programa interministerial de sustitución de lógicas manicomiales (Melina Santomero); la indagación acerca de las dificultades en la implementación de la LNSM en un hospital de mediana complejidad de la provincia de Santa Fe (Noelia Bonino); la revisión de un dispositivo de apoyo matricial en atención primaria de la salud que fue tomando diversos modos organizacionales (Florencia Orpinell). Casas asistidas, espacios de producción necesarios para llevar adelante procesos de externación (Ana Esrequis, Cecilia Molina) para abordar los efectos subjetivantes y la posibilidad de construirse desde otra mirada: trabajadores–as, convivientes, comensales (como veremos más adelante en la entrevista de El Horno está para Bollos).

Otra zona la podemos delimitar en los trabajos referidos a espacios territorializados en los cuales los dispositivos sustitutivos promueven la adscripción de personas con padecimientos subjetivos graves en equipos de primer nivel de atención (Gabriel Colusso); o en territorios "a la intemperie" que alojan en el juego subjetividades que quedan arrojadas a las redes de la violencia del narcotráfico y de las fuerzas policiales (Elisa Bellezze).

Los–as niños–as y sus padecimientos en otro escenario: los hospitales. Un dispositivo de abordaje en población infantil con dificultades en el desarrollo, allí donde la medicalización como institución total puede hacer de esa dificultad destino, que bajo un rótulo–diagnóstico produce desubjetivación (Mariana Spina Rinaudo).Un hospital en donde se interrogan las prácticas de despojo de la niñez loca, desafiliada devolviéndola al juego que se propone como una apertura a la infancia y de la institución (Juan Pablo Hetzer).

Por último dos trabajos que abordan otra zona: el de las nominaciones de la locura, acerca de las apropiaciones que producen esas nominaciones ontologizantes y por lo tanto desubjetivantes (Tatiana Moreno); y una exploración de los sentidos que construyen los–as trabajadores–as acerca de la autonomía en las prácticas sustitutivas y los posibles deslizamientos, reapropiaciones normatizantes por la vía de ideales de independencia del individuo (Magalí Claros Garay).

Estas experiencias muestran "esbozos" de voluntades políticas que parecieran continuar

por un impulso más inercial que de decisión y programación política. A veces esto conduce a la burocratización de las mismas, sin interrogación desde la gestión. El impulso, la mayoría de las veces, queda en grupos de trabajadores que producen en sus encuentros con compañeros–as trabajadores y usuarios–as, legitimando prácticas sustitutivas y experiencias que acumulan potencia, pero muchas veces frágiles porque su institucionalización depende de que se inscriban en un proyecto político. Proyecto político que no llega a producirse y practicarse y que deja en una especie de "impasse" las posibilidades de concretizar una reforma de la salud mental.

III – OTRAS EXPERIENCIAS

Rosângela Santos Oliveira, Bruno Ferrari Emerich, Pedro B. de Andrade, Ellen Cristina Ricci y Rosana Onocko Campos.

Esta sección que incorporamos en este número es la oportunidad para poner en común intercambios con el Programa de ResidênciaMultiprofissionalemSaúde Mental Universidad Estadual de Campinas UNICAMP. Dos de los autores hicieron una rotación en la Carrera de Especialización en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria, y dan cuenta de esa experiencia. Así el artículo Cuidado en salud mental en tiempos de retrocesos: destellos y resistencias recupera dos escenarios e interroga respecto de burocracias revividas en estas oleadas a las cuales el término neoliberalismo les queda "corto": se trata de fascismos. Tiempos oscuros, mirar en el abismo, nos dicen en este escrito. Imposible que no retorne Nietzsche (2014) "quien con monstruos lucha cuide de no convertirse a su vez en monstruo el que lucha con monstruos. Cuando miras largo tiempo a un abismo, también éste mira dentro de ti" (p.133). Inquietante, lo monstruoso nos transforma. El fascismo toca nuestro resorte más oscuro. No es sin eso, en parte su eficacia subjetivante –o desubjetivante–: "desear el abismo". Pero apelando a Enríquez transmutan ese abismo en un borde, "armados" de humor e ironía. Las experiencias que abordan (Campinas–Rosario) muestran la fuerza de lo micro (resistencias micropolíticas) pero nos recuerdan que eso no detiene los cambios arrasadores que lo macro produce. Experiencia Rosario nos dice acerca de esto, de estas potencias y fragilidades.

IV – ENTREVISTAS, REPORTAJES, ENSAYOS

Nuestros entrevistados abren un espectro de historias, de luchas desde distintas geografías (Italia, Brasil, Oliveros, Rosario) y en distintas coyunturas históricas, planteando preguntas, armando opciones y sosteniendo utopías con "toda la mar detrás" (Ulloa, 2013).

Claudio Cúneo realiza esta entrevista a Franco Rotelli donde nos relata el pasaje desde la institución negada a la institución inventada, un pasaje desde una simplificación a la complejidad. Esa institución negada no puede sino aparecer como un grito desgarrador, un grito que desgarra la creencia en el progreso y el futuro. (Basaglia, 1972). Negación que se constituye en su acto en una interpelación a la ciencia, a su "neutralidad", a la racionalidad, a la simplificación de una respuesta. La invención es la herramienta necesaria cuando la realidad se abre en su complejidad y desde allí se niega la enfermedad. Esto ha sido "criticado" desde muchos psicoanalistas sin entender qué implica esa operatoria de negación de la enfermedad. Negación necesaria para visibilizar la operatoria de ontologización del sujeto en la enfermedad, denuncia la ideología de la enfermedad en tanto instrumento de despojo de derechos. Para inventar habrá que "desmontar" algunas de nuestras negaciones, probablemente las más instituidas.

Mario Colucci en su charla con Claudio Cúneo nos permite encontrarnos con un Basaglia clínico, dimensión relegada en los "relatos épicos" y renegada en las reflexiones de los psicoanalistas. Su lectura quizás permita un acercamiento a aquello que marcábamos en la entrevista con Rotelli: nuestras negaciones más instituidas. Allí señala cierta ilusión de aquellos psicoanalistas que creen que el tratamiento puede abstraerse de la institución, que puede quedar por fuera del manejo de poder. Plantea que en este punto Basaglia podría haber dialogado con Lacan. Avanza diciéndonos que hay "síntomas" que son artefactos institucionales. Son manufacturados por la institución. Un síntoma particular –de los profesionales– es la clínica del déficit. Es allí –en el tratamiento de ese síntoma– en donde el Psicoanálisis estaría en inmejorable posición para sostener su condición de discurso crítico. Allí donde –aunque suene muy extraño a propósito de la práctica del Psicoanálisis– la presunción de capacidad es un posicionamiento ético con consecuencias políticas en nuestras institucionalizaciones.

En la entrevista con Gastón retomamos esta "deuda" de la que habla en su conferencia donde nos dice que es necesario inventar otros modelos de gestión. Nos interesaba retomar este punto, porque precisamente pensábamos que esto había llevado a los protagonistas de dos de las experiencias cercanas en nuestras historias de construcción a buscar a Gastón como interlocutor. Se trata de la Experiencia Oliveros y de la creación de la Atención Primaria en la Municipalidad de Rosario. Decimos junto a estos actores: si se quiere producir otra cosa habrá que pensar en otros procesos, no podemos seguir haciendo lo mismo y esperar que los resultados sean otros. Acá no se trata solo de enunciar el acuerdo con la LNSM, ese acuerdo se deberá acompañar con procesos de trabajo en sintonía. Es por ello que volvemos a Gastón para que nos hable de esa "invención". No nos olvidemos de nuestro analizador: relación poder/responsabilidad. Es en esta línea que invitamos a la lectura de esta entrevista y a plantearnos una pregunta: ¿cuál es el lugar del saber allí? Porque hay saberes que soportan una producción colectiva y aumentan las responsabilidades, y hay saberes que construyen poder para consolidar dominaciones en desmedro de las responsabilidades.

Oscar Pellegrini, rememorando la Experiencia Oliveros, marca que cuando se pierde la direccionalidad político–clínica se burocratiza y la burocracia enferma. Nos preguntamos si precisamente la burocracia valida la desresponsabilización. Enferma, desubjetiva (no solo a usuarios–as, también a trabajadores–as) y se acerca allí a la crueldad (Ulloa, 2000). Esa maquinaria que funcionaría en automático es una máquina de segregación.

A propósito de la entrevista con María Graciela Iglesias –Directora del Órgano de Revisión Nacional– es importante recordar que la LNSM refiere al Órgano de Revisión en su Capítulo X con el objeto de "proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental". Dos cuestiones fundamentales posibilitan que el Órgano de Revisión cumpla con el propósito que establecen tanto los "Principios de Naciones Unidas" como la LNSM. Estos son:

– efectiva participación de usuarios–as:

> "Para brindar protección efectiva, la composición mínima debe incluir profesionales (por ejemplo, especialistas en salud mental, derecho y trabajo social), representantes de usuarios de instituciones de salud mental, miembros que representen a familias de personas con trastornos mentales, activistas, y legos." Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación (2006: 79);

– independencia**:**

> "la independencia es un aspecto crucial. Todos los órganos de revisión deben tomar decisiones únicamente sobre la base de los méritos de la situación bajo análisis, y no deben recibir influencias políticas, ministeriales o de proveedores de servicios de salud." Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación (2006: 76).

La efectiva participación de los usuarios en el Órgano de Revisión establece las condiciones para que se torne viable la consigna: "Nada sobre nosotros, sin nosotros" (Abran Cancha, 2018).

María Graciela dice que entre los obstáculos para la plena implementación de la LNSM (la fuerza de las estructuras monovalentes, la cultura hegemónica, la falta de presupuesto) está la formación de quienes intervienen. Plantea la dificultad de parte de quienes intervenimos para realizar un desplazamiento que ponga en el centro de nuestro trabajo el objetivo de vida independiente: vivir de manera autónoma con los apoyos que se requieran. Esto demanda la revisión de los planes de estudio de las distintas carreras de formación –en principio– del campo de la salud mental en consonancia con paradigmas ligados al respeto de los derechos humanos, trabajo que se ha realizado y cuya producción está plasmada en los Lineamientos para la mejora de la formación de profesionales en salud mental (Conisma, 2015) en cumplimiento del artículo 33 de la LNSM. Cabe la pregunta acerca de cuánto de esta producción es tenida en cuenta cuando los–as docentes elaboramos nuestros programas y actividades propuestas para los–as alumnos–as.

Ignacio Blaconá, director de la película Ánfora, y Leonardo Villarruel, protagonista, nos transmiten acerca de la experiencia de Ánfora. ¿Qué decir de una experiencia de creación de una película? ¿Qué representaba el arte, qué representaba la locura? Dice Nacho: No, no voy a develarlas porque lo más lindo es que sigan siendo misteriosas esas conexiones; y Leo dirá: y en cuanto a lo que nos llevó el proceso entre creación e improvisación terminamos con un final feliz en una película de terror. Si Leo nos presta sus palabras, quizás habrá otros finales posibles en lugar de películas de terror. Los misterios no necesariamente devienen terrores, el arte rescata y transforma, hace otra experiencia del sufrimiento, allí donde los manicomios empujan al horror.

"En este número tenemos que contar la experiencia de los y las trabajadoras de El Horno está para Bollos", dijeron los integrantes del Comité Editorial. Y allí fueron a La Toma, emblema de lucha en Rosario, y nos cuentan que la historia del Horno como cooperativa social, surge a la luz de los espacios socioculturales, denominados sustitutivos. Estas construcciones previas pueden ser consideradas como espacios de organización cultural y social, donde el entramado del lazo se teje en torno a las reglas de convivencia, con todo el valor que conlleva propiciar procesos de inclusión social especialmente en poblaciones con internaciones crónicas o grupos que habitan el espacio de la calle en un continuo arrasamiento.

Un emprendimiento productivo o una cooperativa social al ubicar en primer plano el trabajo ponen en juego otras reglas. La confrontación con la necesidad de producir implica establecer otra organización social. La producción de un objeto para el intercambio en el mercado requiere

organización en relación a horarios de producción, ponen en juego el saber hacer en la tarea y, como consecuencia, una distribución de las mismas en un proceso, el reparto de ganancias, los pagos que se deben realizar, la inscripción en el régimen de monotributo, la posibilidad de contratar a otro y los modos de cuidado a sus asociados.

Para que un proyecto productivo fuera posible –sea posible– se requiere de una fuerte implicación de equipos advertidos, atentos a las particularidades de la organización del mismo, acorde a trayectorias de vida plagadas de vulneraciones de derechos.

La necesidad de enmarcarse en una dimensión jurídico–contable instala condiciones para hacer posible una transformación fundamental –como lo señalaba María Graciela Iglesias cuando nos habla de proyecto de vida independiente– que permite el reconocimiento de los sujetos trascendiendo la nominación de "usuarios–as" para producir condiciones para una "inscripción social" como trabajadores cooperativos. Aquí nos retorna Castel (1997) cuando nos dice que considera al trabajo como el "gran inscriptor social". No será casual que este autor plantee una pregunta que es necesario sostener en este proceso de desinstitucionalización: la inserción promovida en los beneficios ¿implica inclusión social? Claramente aparece una tensión entre continuar vinculados al monovalente como usuarios–as, beneficiarios–as de una prestación, y trayectorias que ponen en juego otra inscripción social en la lucha por derechos de ciudadanía.

V – EL DIÁLOGO CON LA CARRERA

Este artículo, obra colectiva de docentes de la cátedra de Salud Pública y Salud Mental, reconstruye un pasaje que nominan: desde el Trabajo de Campo al Campo de las Prácticas. La asignatura Trabajo de Campo implicaba una propuesta de abordaje investigativo, ya que el trabajo de campo refiere a un momento en el proceso de investigación. Claramente ese pasaje al campo de las prácticas convoca otros universos teóricos.

En el punto de partida de la producción: hablan de tiempos académicos como un espacio temporal que trasciende (término enigmático en este escrito) la currícula/plan de estudios, la Psicología como disciplina (¿corpus teórico?) y los atravesamientos histórico políticos. Efectivamente hay destiempos entre la Psicología como disciplina, las prácticas de los–as psicólogos–as y las currículas de formación. Sabemos que la historia de construcción de esa "rara avis" el/la psicólogo–a (Dagfall, 2009) no tiene un recorrido lineal que iría desde la producción de un corpus teórico disciplinar, a la producción de un plan de estudios y prácticas. En nuestro país y, particularmente en Rosario, esto ha tenido una lógica de producción casi inversa. Fueron los–as psicólogos–as en la producción de campos de prácticas quienes construyeron un corpus teórico (Grande, 2015). ¿Podríamos entender de este modo el término "trasciende"? No sabríamos muy bien si es así, pero conservemos ese no–saber como interpelación.

En esos campos de prácticas van marcando la aparición de distintos actores, la persistencia de algunos lastres de la dictadura pero también la producción de saberes amasados en espacios no académicos, empujados por experiencias gestadas con urgencias devenidas de la "lectura de necesidades", inquietudes que parecieran no cerrar en un corpus disciplinar. Esas experiencias van tomando nombre: comunitaria, social, institucional, grupal, antimanicomial, y son las que interpelan hegemonías. La academia no siempre estuvo "a tiempo" y a la altura de este "ir al

encuentro", acercamiento, reconocimiento de la realidad de la salud pública. Marcan que es en algunas "urgencias" que la realidad nos interpela más fuertemente.

En la lectura hacia las hegemonías internas en la carrera en el marco del neoliberalismo de los 90 ubican una interrogación: ¿era el Psicoanálisis (podríamos decir como discurso crítico de la cultura) "promesa de cambio" ante esta arremetida del neoliberalismo? Pregunta a sostener porque creemos beneficia al Psicoanálisis y a la formación del–a psicólogo–a. Nos permiten avizorar que atrás aparece otro campo: el de las escuelas teóricas y aquí resulta de sumo interés poner en discusión cómo se entiende lo que se denomina "las necesidades sociales". Porque pareciera entreverse que en virtud de definir respuestas a esas supuestas necesidades sociales se entraman luchas para dirimir espacios de saber/poder. No podría ser de otro modo porque en la definición de las necesidades sociales ingresan las disputas teóricas y de mercado.

Los–as compañeros–as apuntan algo que no podemos dejar pasar: la definición de las necesidades sociales adquiere otro espesor, otra dimensión en ese pasaje de trabajo de campo a campo de prácticas. El trabajo de campo se acercaba a explorar un sistema de salud y el campo de las prácticas aborda la salud como derecho. De la mirada al sistema a la perspectiva de derecho. Lo público allí no es solo un agregado. Dicen los–las compañeros–as que en este pasaje se produce una transformación en el proceso de enseñanza–aprendizaje, una mutua transformación de todos–as los–as actores implicados. Quizás podemos decir que si nos proponemos transitar y leer los procesos de construcción de derechos en torno a la salud, no podemos quedarnos fuera, indemnes a esa experiencia. Interesante cuestión para seguir pensando qué cosas producen experiencia para que advenga transmisión. No se trata solo de un cambio de contenidos parecen decirnos los–as docentes de Salud Pública y Salud Mental. Les agradecemos profundamente los aportes a pensar nuestras prácticas docentes.

VI – INÉDITO

El artículo de Miriam Bollini trae una afirmación que bien vale la pena polemizar, es una provocación a pensar. Nos dice que pensar lo clínico en Psicoanálisis es pensar lo sustitutivo. Refiere a lo sustitutivo que nos propone el síntoma, pero avanza planteándonos qué clínica allí donde –en la gravedad– precisamente lo sustitutivo no tiene espacio para producirse. No sin la clínica, no sólo la clínica, nos dirá.

1992: La entrada a la Colonia de Oliveros de un grupo de psiquiatras a partir de una grave denuncia a violaciones de derechos humanos. Allí se encuentran con la institución total y nos dice que una institución total no tiene espacio. La tarea fue producir el recorte de espacios para que haya encuentro, la privacidad que haga lugar a la palabra. Hacer espacio en el adentro y buscar en el afuera. Se trata de un movimiento con dos tiempos: este primer tiempo de construcción de un adentro (no total) e ir al afuera; y un segundo tiempo de inclusión del afuera en el adentro, mojonado por una construcción política. En el medio del relato, entre esos dos movimientos: una desaparición… ¿adentro?, ¿afuera? Lo siniestro no retorna, está allí agazapado en el manicomio como la borradura de toda inscripción.

A modo de cierre…

Para dar paso

Otras voces aparecieron pugnando por ingresar en los debates respecto de la salud, se abrieron paso produciéndose como actores en el campo de la salud mental, tradicionalmente restringido a pujas entre intereses corporativos. Podemos identificar tres actores que construyeron desde espacios diferentes, con importantes puntos de coincidencia. Se trata de la Asamblea de Usuarios y Usuarias de Salud Mental por sus Derechos, Movimiento de Usuarios–as y Trabajadores en defensa de la LNSM y el Consejo Honorario Consultivo.

La Asamblea de Usuarios y Usuarias de Salud Mental por sus Derechos nace en junio de 2013, como proyecto de Extensión Universitaria, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario Desde 2016 se reúne en La Toma. Durante estos años vienen sosteniendo una lucha para hacer oír la voz de los usuarios–as –tradicionalmente objetos de intervención y de violencia manicomial– con una apuesta al protagonismo en la decisión acerca de los tratamientos y de sus vidas. Han denunciado violencias institucionales, realizado promoción de derechos de usuarios–as, participan en espacios de intercambio y organización con otros grupos de usuarios–as a nivel nacional e internacional. Tuvieron una activa participación en la discusión acerca de la Ley de creación del Órgano de Revisión, reclamando la efectivización de la participación de usuarios–as en el mismo. Resulta interesante recordar las palabras de uno de los integrantes de la Asamblea acerca de qué necesitan los usuarios–as respecto del Órgano de Revisión

> "me gustaría mucho que este órgano de revisión actúe como realmente un órgano de vida y de salud y no como un mecanismo… Es muy importante que se pueda llevar salud y vida a muchos usuarios que están padeciendo situaciones de abuso y de violencia, de aislamiento y de tántas cosas que pasan y sufren los usuarios… el mecanismo manipula la vida y maneja la vida y la realidad, a veces para el bien, para cosas buenas y a veces para cosas malas. Pero no tiene vida en sí mismo, un mecanismo" (Abran Cancha n° 2: 16)

¿No nos está advirtiendo acerca de que no necesitan un mecanismo más, una institucionalización más, que manipule la vida?

Actualmente se está desarrollando el concurso para selección del titular del Órgano de Revisión Provincial.

El Movimiento de Usuarixs y Trabajadorxs en defensa de la Ley Nacional de Salud convoca a usuarios–as de salud mental, organizaciones profesionales, agrupaciones políticas, docentes universitarios, carreras de posgrado, estudiantes, trabajadores de la Salud, redes y colectivos de defensa de derechos humanos y Salud Mental. Se constituye en diciembre de 2015, conformado por diversos actores que confluyen en la lucha por el respeto de los derechos de usuarios–as y por la visibilización de la responsabilidad social de producir un tratamiento del padecimiento mental que no refuerce la exclusión y el castigo como respuesta. Realiza una fuerte campaña de difusión hacia la población en general de la situación de riesgo primero y de retroceso después, respecto de los derechos en salud mental y de salud en general. En este sentido agendó fuertemente la urgencia de la constitución del Órgano de Revisión Provincial, participó en la

discusión de la ley de creación del mismo y movilizó a los fines de exigir su sanción y posterior puesta en funcionamiento.

Algunos de los actores del Movimiento conformaron la Red Experiencia Santa Fe que fue seleccionada por CONISMA (Comisión Nacional Interministerial de Políticas de Salud Mental y Adicciones, dependiente de Jefatura de Gabinete de Ministros) en dos períodos consecutivos como miembro del Consejo Consultivo Honorario (CCH) ámbito creado a partir de lo establecido por LNSM. Este organismo nuclea a 30 representaciones de redes de salud mental, ámbitos académicos, sociedades científicas, asociaciones y colegios profesionales, sindicatos, organizaciones de personas usuarias y familiares. El CCH fue uno de los principales ámbitos nacionales colectivos que enfrentó y resistió las políticas neoliberales que propiciaban el vaciamiento de la LNSM. Debemos subrayar dos cuestiones respecto del CCH que hacen a la importancia de su lugar: por un lado su función en torno a la determinación de lineamientos de políticas de salud mental que avanzan en la desinstitucionalización y sustitución de lógicas manicomiales y por otro su dependencia de CONISMA y Jefatura de Gabinete que recupera la interministerialidad necesaria que la LNSM establece (artículo 36) y que es fundamental para garantizar la intersectorialidad que haga viable la implementación de las transformaciones. Es de destacar que se está trabajando en la ampliación de la participación de los Ministerios de Género y Habitat.

Para poder abrir

El recorrido que propone este número no es exhaustivo respecto de una historia de la salud mental, sólo toma algunas líneas de experiencias que fueron instituyentes y que produjeron marcas en las direccionalidades de trabajo.

La Experiencia Oliveros, el entramado de la Clínica de la Subjetividad en APS en la administración provincial y la implantación y crecimiento de la Atención Primaria en la Municipalidad de Rosario –al calor de las repuestas que catástrofes sociales demandaron (saqueos, inundaciones, motines)– produjeron incorporación de personal (psicólogos, psiquiatras, acompañantes terapéuticos, equipos soporte y matriciales) y desarrollo de estrategias críticas hacia los modelos hegemónicos, pero que no han logrado configurar un sistema. Se ha potenciado el primer nivel pero la necesaria intersectorialidad que le da potencia a ese espacio sigue pendiente. La inclusión social no es tarea exclusiva del primer nivel de atención de salud. Se ha logrado (previo a la pandemia) instalar la internación en salud mental en los hospitales generales. Se trata de un arduo trabajo, sostenido por equipos de salud mental, de medicina general y enfermería y equipos soporte de salud mental. No sabemos cuántas internaciones de salud mental se producen en los hospitales generales, ni la trayectoria previa y posterior de esas personas. La construcción de información epidemiológica sigue siendo una deuda para la salud mental.

La creación de dispositivos socioculturales que asoman como intento de sostén de lógicas sustitutivas va construyendo diferentes opciones desde la producción de objetos culturales y obras en la propuesta de tramar mayor autonomía y dignidad. Al principio parecieran funcionar como el brazo largo del monovalente, en sus trayectorias logran desencadenar otros procesos, aunque ese brazo largo a veces amenace con alcanzarlos y lo sustitutivo se convierte en el objetivo del espacio. ¿Es lo sustitutivo el objetivo?

¿Queremos dispositivos que sólo sean el brazo largo del monovalente? ¿O dispositivos que formen parte de una red que apueste a la salud mental comunitaria en el marco de la salud comunitaria? La construcción en la ciudad de Rosario y en lo que podríamos llamar "gran Rosario" de espacios grupales, dispositivos grupales merecería una reflexión aparte. Son propuestos como espacios que alojan poblaciones cuyos procesos de atención se presentan como altamente complejos (condiciones de la subjetividad refractarias a los formatos institucionales) y en los que los equipos de salud diagnostican que los abordajes "tradicionales" médico–hegemónicos producen expulsión, alimentando los mecanismos de segregación ya instalados, vulnerando el ejercicio de los derechos en una espiral que conduce a arrasamientos subjetivos. Los equipos de salud frente a estas complejidades desarrollan estrategias filiadas en la atención primaria de la salud, en consonancia con la Declaración de Caracas (1990) que reconoce a la Atención Primaria de la Salud como estrategia y a los Sistemas Locales de Salud (SILOS) como modalidad de desarrollo de programas basados en las necesidades de la población. En un relevamiento realizado en Rosario y gran Rosario (Perez y Granadero Baigorria) durante el año 2019 se registró un total de 83 dispositivos (sustitutivos y territoriales) que reciben 1450 personas en forma estable y 670 en forma alternada.

Dispositivos para reparar la humillación histórica, nos dijo Rosana Onocko Campos en un encuentro de discusión de dispositivos grupales en Rosario. (2018)

Pareciera ser que estas construcciones dependen fuertemente de la voluntad de los trabajadores–as que han agendado, organizado y llevado adelante prácticas que se proponen como desinstitucionalizadoras, con artesanía clínica y con luchas políticas que nunca logran declaración de guerra, de cierre del manicomio y la definición de una estrategia de salud mental comunitaria. Algunas gestiones "acompañaron" estas experiencias pero sin una clara conducción política acorde con los enunciados (que siempre enuncian) acerca de la ley. Esas experiencias construyeron procesos de una riqueza importante, que han producido otros contratos entre los "servicios" y la población. Los dispositivos que fueron un paso hacia adelante en el proceso de desmanicomialización (espacios culturales, espacios productivos, casas asistidas) corren el riesgo de quedar como islas que hay que defender en sucesivos maremotos (oleadas neoliberales) o ante las inclemencias del tiempo (político). Si salud mental se establece con la estrategia de atención primaria, no será produciendo dispositivos centralizados y/o dispersos en los territorios y sin articulación en un sistema que lograremos pasar desde sustituciones parceladas a una salud mental comunitaria. La descentralización, territorialización pareciera transformarse en una respuesta que pretende disolver el problema con una supuesta estrategia de cercanía sin sistema. Entonces allí retorna intocado: el manicomio y a lo sumo nos planteamos como "sustitutivos". Construir un sistema implica discutir qué institucionalidades necesitamos producir.

La intersectorialidad no es una sumatoria de servicios sino requiere de políticas que produzcan las condiciones para el ejercicio y ampliación de derechos en poblaciones que han atravesado procesos de gran sufrimiento y que han sido gravemente vulneradas. Las problemáticas de la Salud Mental se abordan con estrategias e intervenciones singulares y poblacionales, donde cada Ministerio deberá determinar las acciones pertinentes y afectar partidas presupuestarias propias para atender los requerimientos en salud mental. No se trata de diseñar sólo servicios o dispositivos, se trata de generar Políticas Públicas integrales, de inclusión social. Este proceso excede al sector salud y requiere de la construcción de una Salud Mental Comunitaria que le de sostén.

Suele decirse que habrá una nueva normalidad. Seguramente todos esperamos salir de esta pandemia y retomar las ilusiones que nos sostienen, poder continuar nuestras construcciones colectivas. Pero no queremos la nueva normalidad. Las normalidades – las usadas, gastadas, las nuevas y brillantes– producen sus propios desechos y legitiman ese impersonal al que aludíamos al comienzo de esta nota editorial, que eluden responsabilidades singulares y sociales y producen constatativamente lo que puede ser sacrificable socialmente.

No queremos nuevas normalidades queremos
"un mundo donde quepan muchos mundos" (Manifiesto Morelos, 2018)
¿Utopía? Sí, porque la historia no ha terminado
No morirá la flor de la palabra
(Manifiesto Náhuatl, 2011)

Autoras: Silvia Grande– Iris Valles

Referencias Bibliográficas

- Abran Cancha, n° 2 (2018). Órgano de Revisión. Rosario: Publicación Movimientos de Usuarixs y Trabajadorxs en defensa de la LNSM.
- Agamben, G. (2003). *Homo Sacer. El poder soberano y la nuda vida*. Valencia: Editorial Pretextos
- Basaglia, F (1972). *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Argentina: Barral Editores
- Castel, R (1997). *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del asalariado.* Buenos Aires: Paidós
- Dagfall,A (2009). *Entre París y Buenos Aires. La invención del Psicólogo (1942–1966)*. Buenos Aires: Paidós
- Foucault, M (1992). *Genealogía del racismo*. Uruguay: Editorial Altamira
- Galende, E (2015). *Conocimiento y prácticas de Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar editorial
- Galli, V (2014). *Prólogo a Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste*. Buenos Aires: Topia
- Grande, S (2015). *Prácticas de los Psicólogos en la red de Salud Pública: sus obstáculos y referencias en relación con la formación universitaria. El caso Rosario* Tesis Maestría en Salud Pública. Rosario. CEI
- Mora Jiménez, H (2020*). Que se mueran los que se tienen que morir*. ¿Qué se esconde detrás de ese cinismo? El Mundo cr. Disponible en: https://www.elmundo.cr/opinion/que–mueran–los–que–tienen–que–morir–que–se–esconde–detras–de–este–cinismo/
- Nietzsche, F (2014). *Más allá del bien y del mal*. Buenos Aires: Alianza Editorial
- Rotelli, F (2014). *Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste*. Buenos Aires: Topia
- Percia, M (2017). *Estancias en común*. Adrogué: Ediciones La Cebra
- Teran, O (1986). *En busca de la ideología Argentina*. Buenos Aires: CATÁLOGOS editorial
- Ulloa, F (2000). *Una perspectiva metapsicológica de la crueldad*. Barcelona: Disponible en: https://www.psicomundo.com/foros/egp/crueldad.htm
- Ulloa, F (2013). *Salud ele–Mental. Con toda la mar detrás*. Libros del Zorzal. Buenos Aires

Documentos:

- Declaración de Caracas (1990). *Conferencia sobre la reestructuración de la atención psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud* (SILOS) convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/067_psico_preventiva/cursada/dossier/declaracion_caracas.pdf
- Ley nacional de Salud Mental n° 26.657 (2010) y Decreto Reglamentario 603 (2013). Ministerio de Salud. Presidencia de Salud. Buenos Aires: Artes Gráficas Papiros
- Lineamientos para la mejora de la formación de profesionales en salud mental (Conisma, 2015). Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/6c_lineamientos_rrhh_salud_.pdf
- OMS (2006) *Manual de Recursos sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf
- Manifiesto de Morelos (2018). Disponible en: http://enlacezapatista.ezln.org.mx/wp–content/uploads/2018/08/Manifiesto_Borrador–Final.pdf
- Manifiesto zapatista en Nahuatl (2011) Disponible en: http://desde–los–satelites.blogspot.com/2011/01/manifiesto–zapatista–en–nahuatl.htm

DOSSIER

La Reforma Psiquiátrica

Rosana Onocko
Gastón Sousa Campos

Ps. Laura Manavella (Decana de la Facultad de Psicología) – En principio, quiero agradecerles a todos, y especialmente a Gastón y a Rosana, que estén compartiendo con nosotros lo que nos preocupa hoy en la facultad, que tiene que ver con nuestra formación, la construcción de problemas y sus posibles resoluciones referido, principalmente, a salud y educación pública. Quiero decirles que esto, en este momento, es una cuestión fundamental y también nos alegra mucho verlos a ustedes aquí, interesados en estos problemas. Los voy a dejar con nuestros disertantes y, en todo caso, luego seguiremos conversando.

Rosana Onocko – Buenos días a todos. Una alegría inmensa estar aquí porque es como estar en casa. A partir de mis últimos años de trabajo y de la coyuntura con situaciones nuevas que me comentaron los compañeros de aquí, es que me pareció importante reflexionar sobre cuáles han sido la formas de relaciones o las interfaces, por eso nuestro grupo se llama así, de la universidad con los servicios públicos, en el marco de lo que llamamos en Brasil de Reforma Psiquiátrica y para la Argentina la vigencia actual de la Ley de Salud Mental, a partir de la cual, me parece, se abre una posibilidad de prácticas e innovaciones con un marco jurídico apropiado.

La primera cuestión la sitúo a partir de un juego de palabras que hace *Julia Kristeva* cuando señala que las políticas públicas son el inter (ese). Porque la política siempre tiene que ver con intereses, con valores, con tomada de posición, pero, al mismo tiempo, aparece allí algo que está en el medio, "entre" las personas, "entre" las instituciones. Esto nos puede permitir pensar las relaciones de una universidad que no se mantenga más mirándose a sí misma, sino que se coloque en la posición del entre. ¿Cuál fue el contexto para que esto fuera posible en Brasil? La reforma psiquiátrica brasilera se propuso una reformulación crítica de todos los paradigmas tradicionales en relación con la Salud Mental y presupone, en la construcción cotidiana actual, no sólo rechazar la propuesta asilar del manicomio sino revisar todos los saberes constituidos intentando provocar cambios en la asistencia, los servicios y fundamentalmente, construirle otro lugar social en la cultura a la cuestión del sufrimiento psíquico grave. Hoy, hay en Brasil una expansión muy grande de servicios especializados de salud mental y los mismos demandaron una plasticidad muy grande, al interior de los servicios, para generar una red de asistencia. Esto ha traído nuevas cuestiones porque reclama la formación de profesionales que puedan pensar su práctica clínica también desde el tejido de las relaciones sociales de los usuarios, ejerciendo y desarrollando prácticas menos estereotipadas y que estén más de acuerdo a la procesualidad de la vida. Es decir, que puedan acompañar este devenir que acontece cuando uno vive, esto que le pasa a la gente que cuidamos. Y hay un contexto muy particular, para nosotros, que es la Red de la Ciudad de Campinas, ciudad de tamaño parecido a la de Rosario donde, en el año 2000 y coincidiendo con el asesinato del intendente en ese momento, Gastón fue Secretario de Salud y tomó la decisión de hacer una gran expansión de la red municipal de salud mental. Esto

se hizo fundamentalmente con la apertura de nuevos centros de atención psicosocial (CAPS), la transformación de los que existían para ofrecer atención a los usuarios las veinticuatro horas y con la implantación de un apoyo matricial como mediación entre la red de salud mental y la atención primaria en salud. Fue un cambio muy radical, y como todo cambio generó cosas muy buenas y también muchas reacciones, procesos que hubo que cuidar y acompañar para que en el impulso por producir una transformación, no perdiésemos el rumbo de la innovación en términos éticos, clínicos y políticos.

Simplemente para que quede claro, ¿qué son estos Centro de Atención Psicosocial? Son una gran apuesta, como servicios, en función de la reforma psiquiátrica brasilera. Considerados por autores diversos, como dispositivos estratégicos de la reforma, se colocan como sustitutivos a la propuesta asilar con equipos multiprofesionales, funcionando las veinticuatro horas y recibiendo pacientes en situación de crisis, acompañando a pacientes crónicos, interviniendo en problemas emergentes de pacientes graves que muchas veces, tienen que ver con la quiebra de la posibilidad de convivencia provisoria con su familia. Están distribuidos e insertos en el territorio y articulados a la red de servicios, ofreciendo una amplia gama de cuidados como talleres, grupos de trabajo, asistencia individual, espacio de convivencia, acompañamiento terapéutico y otros.

Traigo la experiencia en Campinas porque fue allí donde nos pareció necesario pensar la interrelación entre la universidad y los servicios porque a pesar de que se creen servicios nuevos, muchas veces, las prácticas de los profesionales de salud pueden estar cristalizadas y repetir modelos clásicos en las diversas disciplinas, sin organizarse, articularse o agenciarse con otros equipamientos para el buen acompañamiento clínico de nuestros usuarios. Entonces, algunos autores llaman la atención para reflexionar sobre la reforma psiquiátrica no sólo como una reforma de servicios sino percibir que sus efectos se extienden hacia una reforma cultural en relación al lugar que la locura ocupa en la sociedad.

En este contexto, organicé tres ejes principales de relación entre universidad y servicios públicos y cómo se puede intentar lograr una optimización tanto para la actividad académica como la actividad asistencial.

- ✓ Pasantías de los alumnos de graduación y post graduación
- ✓ Investigaciones evaluativas realizadas bajo modalidades participativas
- ✓ Asesorías, apoyo y supervisión, por intermedio de las cuales, los profesores universitarios recibimos un pequeño adicional a nuestro sueldo para hacer alguna actividad docente–asistencial en los servicios públicos

En primer lugar, para pensar las pasantías hay que poder situar este lugar que es marcado por la complejidad, la heterogeneidad y por ciertas contradicciones. Los alumnos, independientemente de que sean residentes, graduados o postgraduados, como no son profesionales trabajadores contratados por el servicio traen una cierta mirada extranjera a estos lugares, lo cual provoca un cierto desasosiego a la institución y también a ellos mismos. Al mismo tiempo nos ayuda a provocar desvíos y movilizar ciertos modos de funcionar en el sentido de evitar las cristalizaciones que identificamos como un riesgo en los nuevos servicios.

¿Cuál fue el ejercicio que hallamos para pensar, a partir de la docencia y supervisión, esta relación entre los pasantes y los servicios? Por un lado, ellos tienen que estar insertos en la organización pero, al mismo tiempo, no pueden quedar pegados a la forma de ver el

servicio que tienen los trabajadores, es decir, estar próximos pero no alineados y esto abre una serie de preguntas sobre cómo trabajar la incomodidad que esta situación provoca, cuáles son las instituciones que se presentan en las diversas situaciones y cómo portar este nombre de estudiantes universitarios que también destaca gente joven con entusiasmo y ganas lo cual aporta al servicio una energía nueva.

Ellos entran en una escena que ya está montada por los mecanismos de lo instituído, pero al mismo tiempo, tienen la posibilidad de transmitir una vitalidad nueva y pensar de otro modo las repeticiones de la vida institucional. Yo digo siempre que los pasantes entran consigo mismo y con sus cuerpos pero, también es cierto, que no entran solos porque, en esta situación de desasosiego y difícil sustentación hemos intentando, por un lado, establecer un dispositivo de supervisión que los ayude a ellos en su proceso formativo pero que también nos ayude a nosotros a construir una posición de la universidad donde nos disponemos a estar en el entre y como intermediarios pero no creyendo que somos los que sabemos.

He llamado eso de una cierta "castración" del saber académico que, de algún modo, atente contra el saber –poder, porque nosotros sabemos algunas cosas, tenemos tiempo para hacer esto y nos pagan por ello pero no estamos ahí en los servicios poniendo el cuerpo, viviendo las tensiones inevitables del día a día, del exceso de demanda, de la duda clínica, de la fragmentación que siempre acompaña esta proximidad con locura o con las limitaciones de la pobreza o con los quiebres del lazo social.

Entonces, tener esto claro nos ayuda a construir otra posición. A continuación, voy a comentar un poco del Dispositivo de Supervisión. Nos planteamos algunas premisas para su funcionamiento. Por un lado, la importancia de construir cierta grupalidad entre los alumnos y trabajadores, propiciando intercambios y circulación de afectos. Por otro lado, la necesidad de distanciarse de la práctica cotidiana para poder pensar. En este sentido, la intensidad y rapidez que adquieren las prácticas en los servicios públicos nos ha llevado a insistir mucho en la importancia de estas pausas, lo que yo llamo de la "función coma" de la gestión.

La otra premisa es que también se construye soporte ofreciendo nuevos conceptos y teorizaciones como la generación de un alimento intelectual que, en realidad, honra nuestro papel social como institución académica. Entonces, quería llamar la atención sobre el hecho que esta inmersión intensa en una práctica que es novedosa y rica nos trae la posibilidad de ubicar a la supervisión como un dispositivo de formación para nuestros alumnos y también como una mediación posible entre la universidad y el servicio.

Esto nos ha permitido ofrecer estos dispositivos a los trabajadores de alguno de estos centros de atención psicosocial donde buscamos una postura terapéutica que es siempre necesariamente ético–política, en el sentido de trabajar hasta su límite máximo, la defensa de la vida, el compromiso con la producción de salud y también con el fortalecimiento del sistema de salud público como herramienta fundamental en la promoción de ciudadanía y para el logro de la equidad. Quería llamar la atención sobre esto, porque no hay una forma de trabajar la formación sin este compromiso ético–político, ni de trabajar la supervisión en servicio sin pensar, al mismo tiempo, el compromiso que tenemos en el desarrollo y sustentación del sistema público.

Esto nos lleva a pensar una clínica posible en estos servicios. Es una clínica ampliada, en el sentido que no niega las técnicas de la clínica en sentido estricto pero las incorpora en

un conjunto más amplio de acciones entrelazando la cuestión de lo clínico con lo político, la cuestión del tratamiento con la organización institucional, simultáneamente, a la gestión y a la subjetividad del agente que está allí como trabajador o como alumno.

Esta clínica que intentamos desarrollar busca la producción de nuevos valores en salud, pero, es importante una aclaración, el avance logrado en cuanto a la reforma o el aumento de la cantidad de servicios a lo largo y ancho del país no evita que sigan existiendo resquicios manicomiales a deconstruir dentro de nuestras prácticas. Entonces, la invención de esta clínica implica mantener la discusión de la reforma psiquiátrica viva, en el sentido de ampliar nuestro foco de visión y entender que no hay un saber que pueda dar cuenta exhaustivamente de la complejidad de lo que es la vida. Y cuando hablamos de pacientes graves que van a tener un acompañamiento a largo plazo implica un compromiso con respecto a la vida del otro. Y esto es muy delicado.

Por eso quería llamar la atención de que es imprescindible relacionar esta clínica con esta postura ética, basada en un respeto por los trabajadores de salud que están allí, en tanto los actores fundamentales y siempre bienintencionados, en cuanto a la producción de salud. Esto es la castración del saber universitario, asumir que ellos también tienen estos compromisos éticos–políticos y que nuestra función es ayudarlos desde nuestra posición. Para todos nuestros pasantes y nuestras relaciones en los servicios hay un tránsito caminado en forma común porque son ellos los que están allí en el gesto posible o no, en lo cotidiano, y en el momento en que se angustiaron o que se dirigieron a otro, es decir, a los trabajadores en los servicios.

Esto nos lleva a otra función que quería comentar, la relación indisociable de la clínica con la gestión, en el sentido de entender, que las formas de organización del trabajo son siempre producto y productoras de subjetivación, además, de que la gente es productora activa y con relativa autonomía de estos procesos. A veces, esto aparece como un pensamiento dicotómico al adjudicarlo a un problema clínico o a un problema de la gestión. En este sentido, no hay clínica sin organización del trabajo, ni hay organización del trabajo en salud que no se refiera a cierta clínica. Esto no implica que esté siempre explícito o que no haya cuestiones específicas de la clínica y de la gestión que son diferentes, pero no están nunca disociadas. Entonces, desarrollé algunas cuestiones con relación a la formación y a las pasantías.Ahora, paso a detallar otro de los grandes ejes de relación con los servicios, relacionado a la investigación y a la producción de conocimientos que ha sido enriquecedor para nosotros, pertenecientes al sector académico, la proximidad y contacto con la realidad del trabajo. Entonces, por un lado, diremos que, a partir de la adaptación a los nuevos servicios, éstos construyeron nuevos problemas, diferentes a los del asilo, y, por lo tanto, nos llevaron a preguntarnos cosas nuevas.

Por ejemplo, nosotros empezamos a hacer estudios evaluativos de los centros de atención psicosocial y una de las cuestiones que aparecía era un uso excesivo de la medicación en pacientes graves donde poco se discutía con ellos este tema y, entonces, adquirió visibilidad una nueva forma de discriminación en relación a la decisión sobre su propia vida. Es decir, antes quedaban excluidos por estar encerrados en el manicomio y ahora porque están totalmente intoxicados por exceso de medicación. Esto nos exigió un compromiso diferente hacia los usuarios y trabajadores que se encuentran en una nueva situación, motivo por el cual, desarrollamos estrategias participativas que los ubican, no ya como los sujetos a investigar, sino como sujetos con los cuales investigamos en todas las fases de la investigación, tanto en el diseño del proyecto

de estudio, en la construcción del material de campo como en el análisis interpretativo. Esto es posible realizarlo con personas con problemas de la salud mental que colaboran porque las preguntas cambian cuando ellos las hacen junto a nosotros.

Resumiendo, estuvimos pensando cómo esta red de relaciones interinstitucionales entre universidad y servicios lleva su tiempo de proceso y dedicación en el trabajo. Intentamos darle una organicidad a esta relación estableciendo algunos encuentros, dos o tres por año según el proyecto, donde nos reunimos con los gestores de equipamiento y con la propia coordinación de salud mental del municipio para evaluar lo realizado y producir una perspectiva de lo que vendrá. También es importante tener en cuenta que nosotros procuramos incorporar las demandas que nos son dirigidas, pero no necesariamente tomándolas al pie de la letra. Esto para mí es una cuestión importante porque no se trata de dar una respuesta a todo, pero si de que podamos ofrecer algún destino para esa demanda, y que el equipo pueda gestionar con nuestra ayuda. Me parece que esto legitima mucho la relación porque cuando vienen a hablar con nosotros a la universidad se puedan llevar algo. Hemos contado con muy buena disposición de la gerencia de los equipos. A veces, consultan por algunos impases de la práctica que es necesario retomar, otras son cuestiones en la dificultad de conducir un caso, otras son ruidos o desavenencias que hay en el cotidiano.

Nosotros les hemos propuesto discusiones conjuntas, espacios muy ricos y fundamentales, para esta otra red de sustentación que permite crear una interlocución productiva evitando quedar congelado por las diferencias técnicas. Siempre habrá diferencias de líneas clínicas, diferentes competencias de un médico, un psicólogo o un terapeuta ocupacional mas hemos intentado darle cohesión para entender que superarlas es resultado de una posición ético–política que nos aproxima, porque todos queremos que la reforma avance. Entonces, es esta función ético–política la que permite una integración docente–asistencial que es un espacio que vemos como muy fértil.

Esta es nuestra materia prima, es este contacto con los servicios, con la realidad, con la innovación lo que se transforma en fuente de indagaciones teóricas y nos obliga a construir respuestas prácticas, que es lo que hace que exista la universidad como productora de conocimientos. Entonces, el avance de conocimiento, la formación de personas, las nuevas indagaciones teóricas, el compromiso con la producción de salud son cuestiones que tanto la reforma psiquiátrica como el sistema único en salud precisan, y yo creo, que la universidad pública tiene que adaptar sus contenidos y métodos a nuestro país en su contexto real. En nuestro país hay una frase que remite a algo difícil y dice *"dar una puntada en una gota de agua"* y en ella estaría sintetizado el trabajo y la dedicación necesarios para una buena articulación entre universidad y servicios.

Gastón Sousa Campos – Buenos días, en esta división de trabajo, a mí me destinaron hablar sobre la reforma sanitaria en general, no sólo desde la relación de universidad y sistema de salud público. Quiero empezar agradeciendo vuestra invitación para estar acá, a la decana de la facultad de psicología, a las profesoras de la Carrera de Especialización clínica, institucional y comunitaria y a todos en general. Voy a hacer el relato de algunos aspectos de la reforma sanitaria en Brasil, no como un modelo o receta, sino como un ejemplo de reflexión, pero Uds estarán obligados a singularizar desde el contexto nacional. ¡Cómo verán estoy intentando pasar

del portuñol al español estropeado!

El cambio de la política y de las prácticas en salud, conocido como la reforma sanitaria en Brasil, que estamos experimentando hace veinte o treinta años, comenzó primero en los servicios, en los efectores y redes públicas de salud – municipales y provinciales – y hace ocho o diez años que logramos involucrar a la universidad pública. En su inicio participaron los trabajadores pertenecientes al área de la salud como psicología, medicina, fisioterapia, nutrición, trabajo social, educación física, ciencias de la educación que lideraron una reforma universitaria muy articulada con la reforma sanitaria. Hubo un cierto disloque entre esos dos movimientos, aunque haya una influencia recíproca y bilateral, son instituciones públicas diferentes. La universidad pública en Brasil tiene un grado de autonomía muy amplio y por eso esta reforma necesita de una construcción vía la seducción, el convencimiento y la paciencia. Voy a comentar cuatro aspectos de este movimiento.

Considero que logramos armar un sujeto colectivo para la reforma sanitaria que logró corporizar un cierto programa, un cierto proyecto de macropolítica en salud y, en alguna medida, también a nivel de la micropolítica. Entonces, comentaba ayer en la reunión en la facultad de Psicología que los sujetos colectivos, del mismo modo que los individuales, son también ciclotímicos porque tenemos momentos de mucho entusiasmo y movimiento y otros de depresión y fragmentación donde no hay una adrenalina constante. Pero si cuidamos de articular un movimiento que ha logrado componerse con cierto grado de autonomía de la política partidaria, esto implicó comenzar a valorar diferente al compañero que elige otra cosa y, no por eso, es un traidor sino alguien, en última instancia, equivocado o tonto, esto es parecido al español estropeado, ya es un avance. No es un traidor, es un compañero con el que tengo ciertas dificultades porque no tiene mi misma posición, pero tenemos en común una preocupación por el proyecto de la reforma sanitaria. Esto logró armar un movimiento con participación del movimiento estudiantil, trabajadores de salud y sus gremios. En términos de profesiones hay muchos psicólogos trabajando mucho por el sistema de salud, nosotros los médicos estamos más divididos, porque hay colegas que siguen apostando a un modelo de mercado y privado.

Entonces, si la idea es armar un movimiento social, me parece importante seguir a esa cultura política y sanitaria que se cría. Y ahí nuestras fidelidades son heterogéneas. Hace algunos años que mi fidelidad es con el movimiento, es decir, más con la salud que con el gobierno de turno. Estamos construyendo una idea de que el Sistema Único de Salud no es de un gobierno, sino que ellos están encargados de una responsabilidad importante, pero el sistema pertenece a la comunidad brasileña en su conjunto. Esa política necesita tener una cierta horizontalidad, casi como una cronicidad, entonces si es dependiente de un gobierno u otro se complica. Por eso logramos aprobar leyes, como ustedes están haciendo acá ahora, vía la Constitución Nacional, es decir, que no es sólo un proyecto.

Obvio que hay diferencias entre partidos, sectores políticos más conservadores o progresistas, con mayor o menor perspectiva social. Pero hay un límite que impone el movimiento social que es que, al tener autonomía, presiona a todos, inclusive a nuestros amigos. Lo sé porque era muy difícil mi situación cuando era parte del gobierno. Mis amigos seguían presionando desde una perspectiva de mantener una posición crítica. Ese movimiento social es uno de los factores que está impulsando la reforma universitaria, también. Muchos de nosotros estamos en la gestión trabajando, somos docentes, hacemos investigación, somos alumnos, residentes y hemos

construido un cierto consenso del proyecto. Hay una masa crítica que piensa la formación muy articulada a la política pública del sistema de salud y creó una cierta posibilidad de producir cambios.

En este momento, el movimiento sanitario brasileño tiene una organicidad muy baja. No tenemos ni presidentes ni secretarios. Trabajamos con algunas organizaciones gremiales que, a mi entender, no voy a hacer una crítica sino un comentario crítico, tienen una tendencia a luchar por el interés específico de un sector y a tener todo un sistema de control sobre el proceso de trabajo que son necesarios, mas participan como componentes y no en el nivel de liderazgo. Están todos escindidos, asociaciones de medicina, por un lado, de psiquiatría, por el otro que se articulan de diversos modos en relación a la implementación de la reforma sanitaria.

Este componente de construcción de un movimiento social es muy importante en nuestra experiencia. Creo que ustedes necesitan reflexionar sobre eso. Es un elemento de presión sobre todos los gobiernos, para garantizar algún grado de presupuesto, de continuidad, de horizontalidad a las políticas de atención primaria, de salud mental y hacia otras problemáticas en salud. Estamos intentando ahora dejarnos de mirar el ombligo, quedándonos sólo en el territorio de la salud, por eso nos dirigimos actualmente hacia el desarrollo de políticas públicas en general.

Por ejemplo, para nosotros es muy grave el tema de la crisis urbana situada en las favelas y las villas miserias. Yo leí que acá hay como nueve millones de argentinos, sería un 25 % que habitan viviendas inadecuadas sin sistema de agua, de cloaca, de iluminación, de calles, de plazas. Nosotros allá tenemos un 40 %. Entonces, nuestra pelea hoy es priorizar la reforma urbana, con políticas públicas de viviendas, de educación con valorización de los docentes incluida la universitaria. Durante el período de la dictadura brasilera y después del ajuste económico conservador, nosotros, desde la salud, logramos hacer no sólo una resistencia sino incluso un crecimiento de políticas públicas en el período en que otras áreas pasaban por privatizaciones o tercerizaciones.

El Sistema Único de Salud (S.U.S.) se construye contra la marea allá por los 80. Ustedes piensen que, en ese momento, el discurso hegemónico era contra políticas públicas, contra servidores públicos, contra recaudación solidaria vía impuestos, contra el control social de la sociedad civil sobre el estado y esto hizo que la universidad pública sufriera mucho y el sector privado se desarrollara muchísimo. Hace de cinco a ocho años que se da un desarrollo de la universidad pública brasilera.

Ahora, ¿cuáles son las directrices de nuestra reforma sanitaria? El modelo de atención de nuestra política de salud, me duele decirlo, nos hace herederos de una tradición europea del siglo XX – empezó en Gran Bretaña, Suecia, Unión Soviética, Francia, Italia, Portugal y España– que empezó toda una lucha por políticas públicas y por el derecho universal a la salud y educación pública. Nosotros importamos, adaptamos, singularizamos esta tradición y experiencia para componer nuestra política, es decir, no inventamos la rueda.

Los brasileros somos un poquito agrandados, más después de la copa América. Hablando en serio, las directrices de nuestra política tienen su origen en los sistemas socializados de salud, donde las políticas públicas nacionales tuvieron la influencia de partidos políticos de izquierda con la participación de trabajadores. Es verdad que cuando el movimiento sanitario se compone, mis maestros, porque yo soy de la segunda generación, ocultaron esta explicación

porque estábamos en dictadura y esto era peligroso. Esta es la argumentación consciente. Lo inconsciente es que muchos se aprovechan. En este momento yo estoy divulgando un documento, el ***Informe Dawson***[1] que hoy está en la Ley de Salud que ustedes promulgan y también en la que hemos logrado en Brasil. Son valores generales como el derecho a salud y una comprensión ampliada de salud que incluye vivienda, sueldo, prevención, educación, medio ambiente saludable y también atención de la enfermedad. Para escribir ese informe se conformó una comisión que emprendió un análisis ideológico, científico y técnico de cero. Es imposible hacer eso con la lógica de mercado. Algunos países capitalistas como Gran Bretaña y Suecia siguieron la lógica del mercado, pero nada en salud y educación. Lo que pasa es que en la lógica del mercado había una interacción muy grande entre la práctica de salud y el interés del capital que conllevaba a cuestiones como la medicalización, hospitalización, y otros. Esto ya está muy claro. Hoy estamos haciendo una comparación entre el sistema de salud de Gran Bretaña, Canadá y de Norteamerica. Hay una política centrada en el mercado a través de aseguradoras privadas, ellos gastan cinco a seis mil dólares per capita para garantizar un cierto patrón de salud, en el cual, el 30% está excluido del sistema de atención en salud. En Canadá y Gran Bretaña gastan entre dos a tres mil dólares y sus resultados de producción de salud y bienestar son mejores. Aquí hay un grado de inclusión mayor y una capacidad de ampliar la calidad y la expectativa de vida mejor que en el contexto norteamericano. ¿Cuál es el milagro? Que tienen un modelo nacional de salud bajo el concepto de equidad, que es, a cada uno según sus necesidades y problemas. Esa evaluación es hecha por los equipos, el sistema de salud nacionalizado prioriza la necesidad de salud y no la ejerce como consumismo – medicalización. Por ejemplo, allá la llegada a un psicólogo o a cualquier otro profesional no es libre, sino que es derivada por la atención primaria. Los otros profesionales también están reglamentados según la integralidad de la atención que es otro concepto que no hemos inventado nosotros.

El informe Dawson decía *"hay que ser un servidor público nuevo"* porque el trabajo en salud tiene una especificidad que es la necesidad de vínculo, de compromiso, de cierto grado de autonomía. Han construido el concepto de sistema de red donde los efectores están integrados, han inventado el concepto de jerarquización y sostuvieron la idea de atención primaria en salud. Entonces, lo que proponen es un Centro de Salud Comunitaria que, cerca de la población, funcione como un sistema en red que recepciona flujos de usuarios, de enfermos, de trabajadores, de normas, de protocolos hacia un plan de integración. Todo esto estaba en el Informe Dawson y no lo inventamos nosotros. Estas son las directrices de nuestra reforma sanitaria. Tenemos esta tradición, pero, también, nos autorizamos a cambiarla, a hacer una reflexión crítica sobre valores, modelos, directrices que beban de esa potencialidad en la que creemos. Tenemos que autorizarnos a ir más allá para pensar los paradigmas, las prácticas en salud, la gestión, el funcionamiento de las organizaciones estatales. Aquel sistema de salud pública de tradición europea sobrevivió en Brasil a las privatizaciones de los años 80 porque, de hecho, tiene eficacia y protege a la gente brindando atención integral en salud, aún teniendo un montón de problemas, que nos obligan hoy a hacer reforma tras reforma desde una mirada crítica. Entonces, no me

[1] http://www.fundacionaequus.com.ar/biblioteca/infodawson–parte1.pdf
http://es.scribd.com/doc/56674379/Informe–Dawson–Parte2

atrevo a producir una singularización para Argentina porque no conozco la realidad de ustedes. Pero quiero hacer algunos comentarios sobre algunos problemas que tenemos.

El proceso de la reforma sanitaria en Brasil es muy lento, llevó veinte años armar una atención primaria en salud para el 90% de las familias, como puerta de entrada al sistema y no como proyectos focales. En Brasil estamos con un 50% de cobertura en este tiempo transcurrido. Por lo tanto, con sobrecarga de la gente que trabaja en atención primaria, con un presupuesto que se amplía progresivamente porque el sistema de salud pública cuesta, con un diálogo abierto con las poblaciones que tienen que tomar una decisión. Portugal, España y Gran Bretaña gastan de 7% a 8% del producto bruto interno para el sistema de salud. En Brasil gastamos 3.5% del producto bruto interno y hay que trabajar para llegar a ellos porque, al comienzo, no había inversión pública en salud. Pero nos falta presupuesto, tenemos una crisis financiera que tiene efectos negativos en la expansión de la cobertura de atención primaria, de hospitales, de centros de salud mental, centros de rehabilitación física, apoyo a la formación de profesionales. Entonces, la capacidad de construcción y desenvolvimiento es muy parcializada y esto compromete la eficacia de nuestras acciones y también el apoyo de la sociedad civil a la reforma sanitaria, porque la gente identifica abandonos y problemas en su implementación. Seguimos presionando a los gobernantes, de mi partido u de otro partido, para más presupuesto, para mejores sueldos de los trabajadores en salud, para mejor gestión con condiciones óptimas de atención y de trabajo, para garantizar la atención integral.

Rosario avanzó mucho en la cualificación en atención primaria y hospitales, creo que es el municipio que más construyó en este sentido, pero necesita mayor presupuesto asignado desde nación y de la provincia en forma integrada. Y, fundamentalmente, es imprescindible lograr un nivel de macropolítica en la constitución de un Sistema Único de Salud, es decir, bajo autarquía de la nación y con responsabilidades y cogestiones provinciales y municipales. También, teniendo como ejemplo a Portugal y España, la integración de las obras sociales a los sistemas nacionales de salud. Me parece que es parte de la agenda de reflexión, cómo promover la unificación de redes y sistemas nacionales, provinciales y municipales bajo una gestión integrada que disuelva la burocratización en hospitales, por ejemplo. Esto es una transición y ustedes lo tienen que mirar.

Para terminar, tengo dos puntos más. Un poco que hablemos de la reforma de la reforma y allí entra la universidad. Hoy tenemos unas directrices entre el Sistema Único de Salud, universidades católicas–privadas y la Universidad pública para el cambio de la formación, de la enseñanza y de la investigación. Luego cada una singulariza su reforma porque tienen un grado de autonomía. Una de esas direcciones es que el Sistema único es el principal mercado de trabajo para la mayoría de las profesiones. Hay que abandonar una formación de tradición norteamericana que pensaba prácticas muy específicas en consultorio, hospitales privados, de trabajo solitario de cada especialista porque en los sistemas públicos se trabaja en equipos de muchos profesionales. Por ejemplo, en la atención primaria inglesa y española se aborda una perspectiva generalista. Otra deliberación importante fue que toda la red pública del S.U.S. está disponible para pasantías e integración docente asistencial en el sentido de que todos son hospitales escuela, todos son centros de salud y potencialmente articulables. Ahora hay que hacer contratos por cada ciudad, por cada municipio, por cada efector, por cada materia, por cada carrera, tanto a nivel macro como micropolítico, y hacer un sistema de cogestión.

Hoy el S.U.S. está articulado por ley y el intendente de Campinas está obligado a crear esa dinámica que Rosana describía para ustedes. Esa fue una orientación. La otra orientación que propusimos en salud es formar profesionales bajo un diseño teórico pero muy práctico para aprender sobre clínica y salud colectiva, pero haciendo. Nosotros tenemos que hacer una reforma curricular con predominio de la teoría subordinada a la práctica y que esto comience en el grado lo antes posible. Para eso es necesario trabajar con grupos más chicos, en supervisión, con técnicas de apoyo y acompañamiento de docentes y tutores que son encargados de guiar la atención primaria. El S.U.S. destina algo de presupuesto a estos proyectos de integración docente–asistencial que Rosana comentaba.

Hay un plus para los docentes que trabajan con alumnos de grado y posgrado que están en campo en la atención primaria, en hospitales públicos, en centros de salud mental y otros. Esto se dirige a formalizar una ampliación de los escenarios de prácticas porque el médico y el psicólogo del futuro necesitan saber trabajar en atención primaria de la salud. Yo trabajo para la formación de médicos y enseñamos pediatría, clínica y salud de la mujer en hospitales generales, en atención primaria, en el terreno para la salud colectiva, en la vigilancia salud. Tenemos pasantías con cada carrera con una adecuación a sus especificidades.

¿Cómo es la reforma tras la reforma? Ese modelo de los sistemas nacionales de salud ya provoca una tensión paradigmática muy fuerte con la introducción de la atención primaria, con la valorización de la salud pública, promoción y salud colectiva. Hablo sobre la ampliación de los escenarios de prácticas que ya estaba en el Informa Dawson. ¿Dónde hacemos clínica? En el consultorio cerrado, en la casa de la gente, en la escuela, en la calle porque ya está ahí. Hay una idea de una práctica dinámica e integrada donde el psicólogo que trabaja en el CAPS, hace atención individual, atención grupal y acompaña un campeonato de futbol entre locos y profesionales. Sin perder especificidad, acompaña una actividad donde hay conflicto, equipo, adversario, frustración, ganar–perder, y allí el psicólogo hace una reflexión sobre eso en acto. Y después en una reflexión grupal. Más tienen que hacer una reflexión sobre esta perspectiva de composición paradigmática.

Yo no creo que la salud colectiva sea un paradigma nuevo. Para nosotros la clínica ampliada y compartida con otro, el usuario entre nosotros es una metodología de composición partiendo de un problema al que le adjudicamos una estrategia de acción. Es necesario integrar salud colectiva y clínica. Incluso la subjetividad, como un todo bio–psico–social, con focos o núcleos distintos porque una cosa es el abordaje del psicólogo y otro el del fisioterapeuta. Todos estamos inmersos en la cultura y esto es todo un desafío para la construcción de nuestras prácticas.

Y quiero comentar algo. El S.U.S. no es la atención primaria, en realidad, ésta es una estrategia subordinada a la construcción de un sistema amplio e integrado de salud. No sé si me comprenden. Cuando empezamos con la atención primaria y la incorporación colectiva la gente que venía trabajando en ella necesitaba de una integración a un marco global en salud. Nuestra propuesta de cambio es para todos los niveles: en oncología, en una enfermería general o de niños, en una maternidad.

El CAPS está inventando una nueva clínica de atención psicosocial con especificidad en salud mental. Los fisioterapeutas y terapistas ocupacionales están extendiendo su atención hacia el cuerpo y el movimiento vía una red para gente grande con trauma, postrauma, cuadripléjicos, hemipléjicos, jóvenes accidentados en situaciones de tránsito, violencia en la calle. Es toda una

construcción como práctica que no pertenece a la atención primaria. Y es muy conservador, me parece, tener una postura de enojo desde la atención primaria hacia el especialista. La integralidad necesita de traumatólogos porque tienen un valor de uso que se tiene que sumar, con su núcleo de conocimientos, a la atención primaria y al derecho a la salud. El tema es como pensamos esta integralidad que apunte a la singularización.

En Brasil, en cada territorio, construimos centros de referencia de rehabilitación física, centros de salud mental que son los CAPS porque creemos que hay un montón de problemas que resuelven para el enfermo, para la sobrevivencia de los equipos de atención primaria y para la eficacia en la atención si parten de una integración y derivación de calidad. ¿Por ejemplo, un cuadripléjico donde es rehabilitado? En un centro de rehabilitación física y con aparatos que no pertenecen a la atención primaria, usuarios con secuelas de accidentes cerebro vasculares la guardia los deriva para rehabilitación en centros especializados y que están equipados para esta atención.

Por último, querría abordar el tema de la gestión. Tenemos una deuda con los sistemas públicos de salud en relación a los modelos de gestión de las organizaciones estatales que han demostrado, en el siglo XX, que son una mierda. No evitan la alienación, la corrupción, la utilización privada del sistema público por corporaciones de profesionales y por grupos políticos. Entonces, hay problemas en la universidad pública que el discurso neoconservador asimila según su conveniencia. Creo que tenemos que inventar otro modelo de gestión y ahí es necesario que se combine la salud y la educación en un grado más amplio de democracia. La cogestión entre trabajadores, usuarios y representantes del Estado.

Hay que implementar una verdadera democracia con el horizonte puesto en la responsabilidad sanitaria. Entonces, hablamos de macro, mezo y micro responsabilidad sanitaria. Macro responsabilidad sanitaria es el gobierno de la nación, provincia o municipio que tiene que brindar el financiamiento, el concurso público y la formación que articule con la universidad. Ustedes ya tienen acá la Ley de Salud Mental, yo la leí acá, y hay un 10% asignado del presupuesto de salud, no sé si es bueno o malo, pero son los modos de ir definiendo lo macro en relación con la responsabilidad sanitaria. La Mezo responsabilidad sanitaria implica depender de contratos y variables. Por ejemplo, relevar cuales son las posibilidades reales de un centro de salud, de un hospital general, como es su capacidad de atención, con que equipos cuenta, cuáles son sus posibilidades sanitarias en la articulación dentro de la red. Y la Micro responsabilidad sanitaria son los equipos y profesionales de referencia, la coordinación de los CAPS, que toman el cuerpo de personas concretas como portadoras responsables de la gestión en las organizaciones y esta acción no cuesta plata, pero, créanme, modifica muchísimo el panorama.

En Brasil, los gremios se enojan cuando decimos que hay que evaluar el trabajo. Esto es porque los burócratas quieren manejarse con indicadores propios para luego interpretar resultados a nivel central. Nosotros estamos tratando de realizar evaluaciones, pero en cogestión, hay que tener en cuenta que la construcción de los indicadores se realiza en forma compartida entre quienes serán evaluados, los trabajadores, los usuarios y la gestión con técnicos de la universidad y asesores. La interpretación de los indicadores –lo que el indicador indica no es la realidad– necesita de evaluar que si tenemos un resultado malo es porque hace falta equipo, y en este sentido, la demanda es decisiva. O hay una epidemia de dengue. O el tema de la violencia y el narcotráfico. Por eso el análisis de indicadores y su interpretación se deben

realizar de forma integral y participativa porque siempre hay un problema mayor que hay que considerar. Por último, hay que reconstruir una concepción de servicio público, pero, además, estamos intentando disminuir el poder de los gobiernos en las universidades y en los sistemas públicos de salud. Disminuir el poder no la responsabilidad. ¿Qué significa esto? Cogestión. Por ejemplo, en Campinas, los cargos de dirección de hospitales y centros de salud no son más una indicación de confianza del intendente o del secretario de salud, porque hay sistemas de concursos con jurados y luego pueden ser evaluados por su gestión y retirados de su cargo, correspondiendo al próximo que quedó con mérito para ocuparlo. Esta evaluación permanente habla de estabilidad en el sistema de salud en Campinas donde, en los últimos quince años, han rotado en la intendencia cuatro partidos políticos pero seguimos instalando el S.U.S.

Pregunta E. Fridman – Ahora la idea es abrir el intercambio y propondría que juntemos cinco preguntas y las acercan en forma escrita si no lo quieren preguntar directamente. Tengo una pregunta para Rosana. Tiene que ver con la atención en los hospitales generales que proponen la Ley provincial vigente y la Ley Nacional de Salud Mental. La pregunta apunta a saber, como en el marco de la reforma psiquiátrica brasilera, se piensa la situación de los hospitales generales y los nuevos dispositivos que se implementaron. Aquí también estaría esta noción de integralidad que planteaba Gastón en la cual se siguen sosteniendo especificidades y, en el caso de la salud mental, es central frente a un discurso que nos ha planteado durante mucho tiempo que la misma es una parte más de la salud pública.

Rosana O – Hay dos cuestiones. Cuando uno se hace una propuesta de organizar un sistema en esta tradición que Gastón plantea, por ejemplo, nosotros a los CAPS los consideramos servicios sustitutivos a la lógica manicomial, es decir, que sostiene un abordaje diferente de los casos graves de salud mental encerrando de por vida a la gente. Y aquí tenemos la discusión con el saber psiquiátrico, por ejemplo, cuando intentaba decir que hay una recreación y composición de estos saberes en relación con nuevas prácticas. ¿Hay un lugar para pacientes psicóticos con una situación de crisis subjetiva donde puedan ser alojados por un tiempo? Los CAPS 3 tienen esta posibilidad de hospedaje nocturno porque tienen camas donde la persona puede quedarse. ¿Cuál es la ventaja que los propios usuarios reconocen cuando hicimos estudios evaluativos de estos dispositivos? Ellos dicen que es mucho mejor ahora porque hay un lugar donde puede quedarse, lugar donde hay un equipo que conoce su historia. Allí hay una cuestión que es clínica, en el sentido de una continuidad de la asistencia que significa que, en el momento de su crisis con desorganización y fragmentación, la persona no pierde ni su vínculo ni su historia. No quiere decir que no sea necesario, para algunos casos, contar con camas en hospitales generales. ¿Cuáles son los casos en que se requiere de su derivación al hospital? Por ejemplo, usuarios que tienen varios tipos de enfermedades, es decir, casos en que además de la crisis psicótica, la persona tiene obstrucción pulmonar crónica que se descompensa porque no tomó los remedios, o es un diabético o tiene una insuficiencia cardíaca que no logra cuidar, o el adicional de complicarse con una situación adictiva –allá es muy común la complicación con el crack– y esto les produce un estado de debilitamiento y desnutrición frente al cual el CAPS no tiene la posibilidad de atenderlos clínicamente. Allí pensamos la atención en hospitales generales. Pero, por todo esto que venimos pensando, yo no estoy convencida que la atención en hospital sea la solución para pacientes crónicos. Seguramente es mejor la atención en un hospital general que en el manicomio, pero no es lo mejor desde el punto de vista de la especificidad clínica. Si

yo estoy planteando que estos usuarios necesitan de un acompañamiento y de que alguien los secretaríe para otras cosas no es un lugar deseable el hospital.

Pregunta – Me gustaría ampliar sobre el vínculo entre universidad–comunidad–sistemas de salud porque en la tradición argentina y, concretamente en Rosario, es un tema de gran complejidad. Ya sea a nivel de los residentes de pregrado o graduados de posgrado.

Pregunta – Nosotros en Argentina tenemos un proceso de cambio de paradigmas de algunas prácticas que están inspiradas en la protección integral de derechos, fundamentalmente, en el grupo etario infancia y adolescencia. Se están armando, recientemente a partir de cambios en la normativa, algunos dispositivos que cuestionan las prácticas instaladas y también la forma de organizar la gestión desde lo público. Sé que Brasil fue uno de los pioneros de lo que es sistema de protección integral de derechos en niñez y adolescencia, pero me interesaría, si pudiera profundizar, como articula el S.U.S. sus prácticas y sus objetivos, al momento de desarrollar políticas, con el sistema de protección de derechos para ese grupo etario. Y también consultarles si hay diferencias en relación con los objetivos propuestos para los adultos. Porque en la normativa nuestra hay marcadas resistencias. Fundamentalmente pensándolo desde un trabajo territorial que implica mucho esfuerzo y capacitación de recursos humanos.

Rosana O – Me parece que es central el establecimiento de contratos donde hay una prioridad definida y está en la ley orgánica del sistema único que los efectores son campos de aprendizaje y que hay una función inherente, al ser trabajador del sistema público, que es colaborar en la formación de graduación o posgraduación. Ayer estuvimos trabajando todo el día sobre esta cuestión en un taller con los docentes de psicología y no es fácil. Lo que nosotros como docentes le pedimos a un escenario de práctica es que tenga determinadas características porque eso es lo que los alumnos deben poder aprender. Para los trabajadores esto no se organiza de ese modo. La vida no se organiza en materias y ahí hay toda una cuestión de logística y de organización que, en la medida que se trabaja en conjunto para entenderle la lógica al otro, los conflictos bajan. En la gestión del proceso de formación también es parte del trabajo docente generar un espacio de mediación entre los efectores y los alumnos para articular la práctica.

En relación con la otra pregunta, en Brasil existe el estatuto del niño y el adolescente que crea un sistema de protección donde hay consejeros por regiones de la ciudad que constituyen un Consejo Tutelar que es activado frente a situaciones de riesgo para los niños. Funcionan los consejos y están a disposición en territorio. Ahora veamos la articulación con el sistema público de salud. Aquí retomo lo que dije anteriormente sobre la necesidad de revisar las prácticas para evitar su cristalización que está más allá del mucho o poco tiempo de existencia. Por ejemplo, por trabajar en el área de salud mental me ha tocado acompañar casos donde la intervención del sistema inventado para proteger a los niños produce una nueva violencia. En el caso de un barrio, hay un cierto juzgamiento moral de estas familias que se sitúan como problemáticas o de la madre que se señala como figura abandónica o no responsable. El tema es que cuando se va a ver el caso en profundidad nos encontramos con que el niño está en la calle después de salir de la escuela y no está con la madre porque todavía no volvió de trabajar. Y la política pública de educación en esos barrios tiene un déficit de lugares en las escuelas porque, a veces, están trabajando con tres turnos por los cuales puedo tener un chico que está saliendo a las 10.30 de la mañana y otro que ingresa a las 11 y sale a las 14. Entonces, qué madre puede organizar una vida laboral con esos horarios restrictos y no favorables para una dinámica familiar continua?

Allí el consejo se transforma en un juez moralizante, en vez de ser un recurso de protección al niño. Lo rescatable es como se pone rápidamente en situación. Por eso hemos desarrollado cierta prudencia antes de convocar al consejo porque no te ayuda a construir el caso.

Pregunta – Rosana en determinado momento vos hablaste de la importancia de lo cultural. A nosotros también nos está pasando que tenemos expectativas con relación a la formulación de estos marcos legales. Pero también la preocupación nuestra, y creo que hace referencia a lo cultural, es que estos marcos legales se transformen en destinos o caminos a seguir, y por eso la cuestión de repensar el escenario cultural, o el de formación, o el de las instituciones educativas, en relación, a cómo los creamos para generar experiencias áulicas que posibiliten la norma como referencia.

Gastón SC – Volviendo al tema de la mano de obra barata de los estudiantes, en Brasil, se ha tomado una actitud extrema porque está prohibido el trabajo ad–honorem. Entonces, los que están en las instituciones son trabajadores de planta o pasantes porque eso genera problemas. Esta medida extrema va en el sentido de la protección. Ahora, por ejemplo, Rosana lidera una residencia para formación en salud mental con muchos profesionales que trabajan en atención primaria o en los CAPS y los residentes tienen una beca o sueldo del S.U.S.

En relación con la pregunta anterior, hace cinco o seis años se creó en Brasil otro sistema de protección social muy inspirado en la lógica del Servicio Único de Asistencia y Protección social que contaba con trabajadores sociales en territorio, a quienes se sumaba los consejos tutelares y la representación electa de la comunidad. Verán que hay una proximidad política para el abordaje de problemáticas. En Brasil está prohibido el trabajo en menores de 14 años. Ahí en atención primaria, cuando voy con mis alumnos, me encuentro con familias inmigrantes que llegaron del campo donde los niños trabajan. Cómo no tenían vivienda ni trabajo comenzaron a hacer una colecta de basura reciclable. Tenían tres hijos en edad escolar. Por la mañana iban a la escuela y por la tarde salían con su papá y su mamá para la recolección. La gente de Trabajo Social intervino sacando la guarda de los hijos a los padres. Mientras nosotros, desde atención primaria, estábamos muy contentos con la capacidad de cuidado que estos padres intentaban construir hacia sus hijos, a la cual abordábamos con una paciencia diferente que el sistema jurídico no tiene. Nosotros no estábamos de acuerdo con el retiro de esa guarda porque queríamos evitar que los niños fueran derivados a una institución secundaria del sistema, como un orfanato o internado. Otro ejemplo, el Consejo Tutelar de Campinas llegó a la conclusión como una jurisprudencia, en tanto norma y no como una praxis, que las madres con dependencia química de crack, cocaína o heroína debían ser separadas de los hijos. Nosotros sostenemos que no es por esa dependencia adictiva que ninguna madre pueda ejercer su capacidad de cuidado con el hijo. Hay un riesgo, pero donde nosotros apostamos a una posibilidad de habilitación y de cuidado. Nosotros aprendimos a no realizar la notificación de dependencia en la historia clínica porque ahí la justicia es muy rápida y separa a la madre del hijo para adopción. Entonces, desde una perspectiva de la salud, cuando los trabajadores sociales hacen un diagnóstico de la dinámica familiar aplican la categoría de displicencia o descuido que implica intervención de la justicia sobre la familia. Nosotros nos proponemos un diagnóstico que busca mediar las dificultades que se tienen al vivir y que es el campo de la intervención terapéutica de psicólogos con el objetivo de una co–construcción de cuidados con recursos disponibles como terapia ocupacional, agentes de salud comunitaria que realizan visitas guiadas, el trabajo en grupos

desde la perspectiva de la educación para la salud y con algún recurso económico vía la beca por familia. Y este es un diagnóstico diferente.

Pregunta – Mi pregunta era sobre la situación actual del S.U.S. en Brasil, en términos de la composición y de los actores en juego. En mi opinión, aquí en Santa Fe hay como una convivencia pacífica entre el actor privado y el actor público. ¿Es posible un sistema único de salud progresista con una convivencia pacífica, dado que se impone una lógica mercantilista de la salud privada y eso afecta la salud de la población y la propia concepción de la salud, o la articulación intersectorial?

Pregunta – Podrían ampliar algo más sobre la implementación de los CAPS a partir del inicio de la reforma psiquiátrica.

Pregunta – ¿Las trabajadoras sociales forman parte del equipo interdisciplinario del S.U.S. o solo del Consejo Tutelar?

Gastón SC – Voy a hablar un poco sobre la relación de lo público y lo privado en el S.U.S. En Brasil, desde su constitución no hay un sistema único de salud, de hecho. Hoy están autorizadas las prácticas privadas de mercado. Entonces, hay una convivencia conflictiva entre el sistema público y el privado. Mas o menos el 30 % de los brasileros tienen seguro privado de salud. Hay un conflicto que se exacerbó. Al aprobarse la ley del Sistema Público de Salud todos los actores sociales que estaban por el mercado iniciaron una batalla que se trasladó al interior del S.U.S. En algunas ciudades, basado en una crítica a la capacidad de gestión de las organizaciones públicas, se está poniendo de moda una semiprivatización donde el usuario que queda en el S.U.S. también puede acceder a una ONG o a un grupo de iglesia y otros. La gente muy conservadora propone que el papel de la gestión estatal sea solo de regulación. Podríamos pasar todo al sistema privado, incluyendo la atención primaria. Nosotros no estamos de acuerdo con esto.

Además de esto hay una pelea cultural e ideológica. El S.U.S. tardó mucho en llegar y eso repercute en que la gente ha sido muy maltratada. Además, su implantación es heterogénea ya que hay ciudades donde avanzamos mucho porque hay poca cola, hay acceso a una atención primaria con el 70% de cobertura, hay trasplantes, hay calidad de servicios hospitalarios y de CAPS pero hay otras ciudades donde comienzan recién ahora, como Río de Janeiro. También tenemos una mirada muy burocrática. Fíjense como garantizamos el derecho: el estado designa quien realizará el prenatal de una embarazada, el estado designa quien será mi equipo de salud en familia, es decir, que la posibilidad elección y de integración es muy baja porque tenemos una visión autoritaria. La gente quiere construir ciudadanía y se encuentra con esto.

En Brasil, en los últimos 5 o 6 años hubo una dinamización de la economía que generó una beca por familia como un sueldo por desempleo, y los sueldos actuales también están por arriba de la inflación, entonces hay un mercado interno muy fuerte y la gente empezó a tener plata para viajes, mejoró su alimentación, lo cual es muy importante y abre una nueva expectativa, en relación, a cómo resolveremos los problemas de salud. Hoy también puedo acceder a un seguro privado. Entonces, hay una división del imaginario de la población brasilera. Hace muy poco estuvimos haciendo una encuesta preguntando si prefiere apostar en el S.U.S. como política pública o comprar un seguro privado. ¿Saben que respondieron los brasileros? Los dos. Queremos hacer el juego nosotros. Por eso también el juego de los médicos y enfermeros que, en un 80% trabajan en el S.U.S. pero la mitad también está en la privada. No se ve en las otras

profesiones ese mix.

Con relación a la otra pregunta, hay trabajadoras sociales en la planta del S.U.S. Algunas municipalidades proponen una intersectorialidad para CAPS, para hospitales, para cuidados paliativos pero no para la atención primaria. Muchas gracias.

Rosana O – Voy a contestar la pregunta sobre como empezaron los CAPS que puede ser un estímulo para inventar algo. En Brasil, antes de que se reglamenten estos Centros de Atención Psicosocial, había ya algunas experiencias en diversas municipalidades. En la ciudad Santos, ícono de la reforma psiquiátrica, y en la ciudad de San Pablo estuvieron las experiencias piloto que fueron contagiando otras ciudades. La reforma sanitaria está muy relacionada con la historia del Partido de los Trabajadores que tenía un programa de salud que se iba llevando de municipalidad en municipalidad. En el año 2000, desde el Ministerio de Salud, se reglamenta un funcionamiento con estos tres tipos de centros de atención. CAPS1, 2 y 3 que varían según el tipo de cobertura territorial que pueden tener, si están abiertos a la noche o no, la cantidad de equipo que tienen y el Ministerio comienza a pagar una especie de estímulo a las municipalidades para viabilizar la apertura de estos servicios. Esto demuestra que en Brasil tenemos estrategias de institucionalizar prácticas y gestionar implementaciones para que la política pública avance. Muchas gracias.

EXPERIENCIA ROSARIO

Mapa de una frontera en el tránsito social de dos culturas. Reflexiones provocadas por la participación en un Programa Interministerial de Sustitución de Lógicas Manicomiales – PSLM[1]

Map of a border in the social transit of two cultures. Reflections provoked by the participation in an Interministerial Program of Substitution of Psychiatric Logics – PSLM

Melina Santomero[2]

Resumen

Esta presentación retoma algunos de los desarrollos del trabajo final realizado para la Carrera de posgrado de Especialización en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria. Aborda los resultados del Programa interministerial de Sustitución de Lógicas Manicomiales que se desarrolla en la Provincia de Santa Fe desde el año 2012, cuyo propósito es revisar las internaciones crónicas en salud mental en clínicas privadas y públicas de la provincia. El mismo tiene como fundamento propiciar un sistema único de salud y fortalecer la implementación de la política de salud mental establecida en la Ley Provincial de Salud Mental Nº 10772/91, su Decreto Reglamentario /2007 así como en la Ley Nacional de Derechos a la Protección de Salud Mental Nº 26657/10 y su Decreto reglamentario/2013 de acuerdo con los Tratados Internacionales de Derechos Humanos con raigambre constitucional. En este marco normativo, los establecimientos de salud mental públicos y privados en carácter de prestadores del IAPOS –Instituto Autárquico Provincial de Obra Social– con afiliados internados en forma crónica, rubricaron un convenio para la implementación del mencionado programa.

Un análisis general de los resultados de este trabajo interministerial lleva a considerar que actualmente se presenta un período de transición que va desde modalidades de alojamiento aún caracterizadas por el encierro y la tutela de los pacientes en tratamiento (en instituciones donde el encierro prolongado se presenta como estrategia fundamental para el abordaje de los padecimientos subjetivos),

[1] El presente artículo fue reescrito sobre la base del Trabajo Integrador Final de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica Institucional y Comunitaria (cohorte 2012–2014) "Mapa de una frontera en el tránsito social de dos culturas. Reflexiones provocadas por la participación en un Programa Interministerial de Sustitución de Lógicas Manicomiales –PSLM". (año 2017) del que soy autora y fue dirigido por el Dr. Claudio Cúneo.

[2] Psicóloga, Especialista en Psicología Clínica Institucional y Comunitaria. Trabaja en un Centro de Salud de atención primaria y cumple función en Programa de Sustitución de Lógicas Manicomiales, en la Dirección de Salud Mental de la provincia de Santa Fe.

hasta estrategias respetuosas de los derechos humanos donde no se prohíbe la internación en instituciones específicas, sino que se establece que estas deben respetar la condición de sujetos de los pacientes y su dignidad, considerando a estos protagonistas de su propio destino y no objeto de manipulaciones y/o imposiciones arbitrarias.

Palabras clave: Cultura manicomial – Instituciones totales – Prácticas subjetivantes.

Summary

This presentation collects some of the developments of the final work done for the Postgraduate Course of Specialization in Clinical, Institutional and Community Psychology. It addresses the results of the Inter–ministerial Program for the Substitution of Psychiatric Logics; it has been carried out in the Province of Santa Fe since 2012. The purpose is to review the chronic hospitalizations in mental health in private and public institutions in the province. It seeks to promote an individual tailor health system in order to strength the implementation of the mental health policy established in the Provincial Mental Health Act 10772/91, its Regulatory Decree /2007 as well as the National Law on Rights to Mental Health Protection Nº 26657/10 and its Regulatory Decree/2013 in accordance with the International Human Rights Treaties with constitutional basis. A general analysis of the results of this inter–ministerial report leads us to consider that there is currently a transition period that ranges from accommodation modalities still characterized by confinement and guardianship of patients in treatment –in institutions where prolonged confinement is presented as a fundamental strategy for addressing subjective sufferings–, to strategies that respect human rights –where placement in specific institutions is not prohibited, but it is established that they must respect the dignity of patients, considering them as protagonists of their own destiny and not subject to manipulation and/or arbitrary impositions.

Keywords: Psychiatric culture – Total institutions – Subjective practices

Introducción

El presente artículo reúne algunas reflexiones que se motivaron a partir de la implementación de un Programa de Sustitución de Lógicas Manicomiales (PSLM/ Disposición del IAPOS Nº000037/2012) cuya misión es revisar las internaciones crónicas en salud mental en clínicas privadas y públicas de la provincia de Santa Fe, con el objetivo de garantizar que los dispositivos de internación de salud mental ajusten sus intervenciones y modalidades de atención para los padecimientos subjetivos a lo dispuesto en el marco legal vigente en materia de salud mental.

Esta experiencia viene a ilustrar que el sostenimiento del manicomio va más allá de su cierre, reforma o adecuación de un espacio físico dedicado a tal fin. Con el objetivo de demostrar esta afirmación se caracterizarán, por un lado, las modalidades de las prácticas en los tratamientos que reciben quienes se encuentran viviendo en las instituciones psiquiátricas de la provincia de Santa Fe y, por otro, se indagará sobre qué dispositivos intervienen en la externación, en aquellas situaciones que se logra, explorando, también, las lógicas subyacentes en las externaciones dadas en el marco del Programa de Sustitución de Lógicas Manicomiales.

El producto del trabajo en el programa constituye la oportunidad de indagar respecto de algunos efectos y dificultades que aparecen en la experiencia clínica en tensión con la di-

námica institucional, sociopolítica y familiar. De esta manera, sobre ese núcleo de análisis se intenta esbozar en este artículo ciertas condiciones institucionales y clínicas a considerar en la deconstrucción de lógicas manicomiales.

El instrumento para la obtención de datos fueron las entrevistas interdisciplinarias e interministeriales con distintos actores –profesionales de las instituciones monovalentes privadas y públicas de la provincia de Santa Fe, usuarios afiliados al IAPOS que se encuentran viviendo en las instituciones monovalentes y sus familiares y o referentes afectivos o legales. Asimismo, se realizó la lectura de historias clínicas, de informes de los equipos tratantes, oficios judiciales y el acercamiento al recorte de algunos casos clínicos relevados a través de presentaciones de los profesionales tratantes y discusiones al interior y exterior del equipo interministerial. Se complementó con la consideración de documentos legales que regulan las prácticas en salud mental y el estudio y revisión de literatura psicoanalítica referenciada sobre el tema.

Presentación del Programa

En el contexto de vaivenes de reforma en salud mental de la provincia de Santa Fe, y en el afán de implementación de una política de estado en consonancia con los principios y derechos de salud mental establecidos en los tratados y convenciones internacionales y receptados por la normativa nacional y provincial, el diseño e implementación del Programa interministerial de Sustitución de Lógicas Manicomiales (PSLM/ Disposición del IAPOS Nº000037/2012), se inscribe en el año 2012 como política pública por iniciativa del IAPOS junto al Ministerio de Salud y el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Provincia. El objetivo principal es garantizar que los dispositivos de internación de salud mental, tanto en al ámbito público como privado, ajusten sus intervenciones y modalidades de atención para los padecimientos subjetivos a lo dispuesto en el marco legal vigente en materia de salud mental. Para alcanzarlo, se dispuso la creación de un equipo interdisciplinario e interministerial conformado por psicólogos/as, psiquiatras, abogados/as, trabajadores sociales y operadores comunitarios dependientes del IAPOS, de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud y de la Secretaría de Derechos Humanos, del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la provincia de Santa Fe. A partir del monitoreo de las internaciones de afiliados al IAPOS, la propuesta fue generar un espacio instituyente y no meramente de control, aportando instrumentos para desmontar lógicas manicomiales a través de los cuales interrogar las prácticas de los profesionales responsables de conducir cada uno de los tratamientos así como el quehacer del poder judicial y de los distintos actores responsables de garantizar la salud entendida como un derecho ciudadano.

Acerca de una problemática crucial

En la historia de la psiquiatría, se llamaba manicomio a las instituciones cerradas, en aquellas donde las personas tenían fecha de ingreso, pero no de egreso. Erving Goffman desarrolla el concepto de "instituciones totales" en la década de 1960 a través de un análisis microsociológico del asilo psiquiátrico y sus efectos, para denominar a las instituciones de control y violencia. (Goffman E., 1972: p 13). Como la de Foucault, esta obra, en el marco de un movimiento político, permite concluir que el sistema totalitario no tiene un fundamento en un saber terapéutico sino en la posibilidad de manejar grandes masas. Go-

ffman, entre muchos otros temas, advertirá en este contexto, que luego de años de vivir en una institución psiquiátrica, no se puede ver ni a la persona ni a la enfermedad que la llevó al hospital; en todo caso se encuentra un producto de esa institución que totaliza a los enfermos en la enfermedad y se enraíza en el estigma social y la discriminación. Dirá que la institución total es un híbrido social donde se transforma a las personas mutilándolas de todas las marcas que tienen que ver con sus singularidades, donde lo más privado queda sometido a lo público, reduciendo así al ser humano a sus rasgos biológicos. La enfermedad aislada termina siendo una enfermedad producida, transformada por la propia intervención médica. El asilo psiquiátrico se sitúa así en un cuadro de extrema precariedad: sin cumplir la función de recuperación de los enfermos mentales, paradojalmente, pasa a ser la responsable del agravamiento de las enfermedades. La persona en situación de encierro se enfrenta con limitaciones estructurales que sólo lo habilitan a realizar allí las actividades estrictamente programadas y vinculadas con su estigma, en compañía inmediata de un gran número de otros, a quiénes se les da el mismo trato y se requiere que hagan las mismas cosas. El lenguaje pierde el carácter de lenguaje como tal –discurso– y pasa ser constatativo sin posibilidad de subjetivación alguna. En estas instituciones, el encierro comienza a ser diagnóstico y también pronóstico, porque las dificultades que provocan las certidumbres del primero, sugieren cronicidad o deterioro y entonces el encierro termina siendo manicomial. La institución total produce algo ligado a la pérdida de nombre propio, sustituido por diagnósticos que sirven para que el paciente pueda asirse a algo. El maltrato se deslinda en tanto se rompen los lazos afectivos y la persona queda encuadrada de un modo estándar, con todas las arbitrariedades anuladoras de la singularidad clínica de ese sujeto. "…se lo etiqueta como psicótico, esquizofrénico, maníaco, depresivo y ahí zozobra el sujeto" (Ulloa F., 2012: p 216). Lejos de que la institución represente un instrumento relativamente circunstancial para quién se propone impulsar su propio proyecto, las personas ingresan para ser provistas de una identidad prestada – paciente psiquiátrico– y se quedan internadas a vivir en la institución. Lo que la psiquiatría denominaba el "curso natural de la enfermedad, es en realidad, lo que Goffman denomina "la carrera moral del enfermo mental" (2001: p 133). Ésta comienza con la estigmatización y los procesos de "mortificación del yo", donde se despoja al sujeto de todas sus pertenencias –soporte de identificaciones– y desbaratan o violan lo que hoy se nombra derechos de ciudadano, llevándolo a una posición de desamparo. Aquí también la historia muestra cómo a los sujetos desamparados, fácilmente se les proporciona un nuevo marco de referencia basado en un sistema de privilegios y castigos para la reorganización personal, dando lugar a la reconstrucción del yo. Ajustes a un sistema de castigos y privilegios a través de pactos personales. No hay una legalidad que atraviese a la institución sino el pacto que puedas hacer con el otro. Es decir, la sensación de estar en las manos del otro, ser objeto del otro sin lugar a los procesos de subjetivación: la ley atraviesa más allá de que uno esté de acuerdo o no. ¿Acaso esto no determina la ausencia de intercambio cultural? De acuerdo a Goffman, las instituciones totales no persiguen una victoria cultural sino que producen nuevas transacciones. En este sentido es que no hay ganancia o intercambio cultural sino que se trata de una complicidad, una dominación, perversión, utilización del otro. La ausencia de cualquier proyecto, el estar constantemente a merced de otros sin el menor estímulo personal, el tener definido y

organizado el día a base de tiempos dictados únicamente por exigencias institucionales que no tienen en cuenta al sujeto y las circunstancias particulares de cada uno, constituye el esquema institucionalizante que conforma la vida del manicomio. Inevitablemente, quienes se encuentran en estas condiciones, tienden a esperar soluciones imaginarias a sus problemas, sin que estas dependan de su propio esfuerzo. En dichas instituciones, y en prácticas que sostienen estas lógicas, donde lo establecido asume la rigidez cultural propia de la mortificación que coarta (encierra) a los sujetos y da paso a la resignación, se aplica el paradigma que Ulloa denomina "encerrona trágica". La imposibilidad de substraerse de la escena se da cada vez que alguien para vivir –amar, divertirse, trabajar, estudiar, tramitar, recuperar salud, transcurrir su vejez, tener una muerte dignamente asistida– depende de algo o alguien que lo maltrata o simplemente lo destrata, negándolo como sujeto. Dicha imposibilidad se estructura en dos lugares, dominado y dominador, sin tercero mediador a quién apelar, alguien que represente una ley que garantice la prevalencia del trato justo sobre el imperio de la brutalidad (Ulloa F., 2012: p 168).

El mismo autor dirá que las instituciones totales hicieron soporte a una cultura depositaria y de exclusión a la que nombra como cultura manicomial. Al referirse a las instituciones totales, no utiliza el parámetro de la internación para tal calificativo, sino la modalidad de pertenencia que los miembros establecen con la institución. La institución total forma parte de la cultura manicomial en tanto no existe ningún espacio para una escucha clínica, para la simbolización, ningún espacio lúdico para crear, de inteligencia, para el pensamiento crítico. Es la condición de lo humano lo que no se pone en juego, su singularidad. Esta conceptualización de Ulloa sobre cultura manicomial nos permitirá en el presente trabajo, analizar más allá de las instituciones psiquiátricas monovalentes (aún existentes especialmente en el ámbito privado en la provincia de Santa Fe), los modos de trabajo y las prácticas que se desarrollan actualmente, que no tienen que ver directamente con una institución manicomial, sino que funcionan como una lógica manicomial que opera intra y extramuros y que está presente en muchas prácticas sostenidas por trabajadores de la salud y distintos actores de diferentes sectores implicados en la construcción de salud.

Es evidente que el carácter de total de la institución atenta contra la subjetividad. El psicoanálisis recuerda que el sujeto surge de la palabra y propone una alternativa al peso angustiante del determinismo científico: construir instituciones y dispositivos que den lugar a las singularidades, ya que no alcanza solamente con el respeto a los derechos humanos. Hay que permitirle hablar al sujeto. Y esto constituye un valor fundamental en la ética de su clínica.

Se sabe que la Ley de Salud Mental establece, para el tratamiento de problemáticas subjetivas, la utilización de dispositivos alternativos a la internación. ¿Qué dispositivo podrá ser eficaz sin antes reconocer un sujeto? ¿Qué implica reconocer un sujeto de derecho? Se percibe que en muchas situaciones se piensa en los dispositivos alternativos antes que en la escucha de un sujeto. ¿Se procura incluir al sujeto en un lazo social? ¿Cómo se las arreglan estos pacientes para transitar por los distintos dispositivos propuestos? ¿Para quién es eficaz el traslado de una institución psiquiátrica a una geriátrica? ¿El medio termina siendo el fin? ¿Acaso esto no se traduce como burocracia? ¿Trae beneficios adaptarse al modelo de tratamiento ofrecido?; ¿esto da lugar a una subjetividad del paciente?

Respecto al lugar de los profesionales

¿Hay algo a nivel del deseo? ¿Se esperan curas? ¿Qué están haciendo los distintos actores responsables de un tratamiento? ¿Cuáles serían las modalidades que agujerean el amorfo institucional? ¿Cómo otorgarle un lugar de transmisión a aquellos profesionales que logran agujerear dicho amorfo?

De internaciones manicomiales al tránsito de las singularidades en la provincia de Santa Fe

Los datos del presente informe son el resultado de una recolección que implicó salidas a terreno del equipo interministerial con la finalidad de trazar una aproximación del lugar en que viven muchos afiliados al IAPOS, quiénes se encuentran totalmente adentro –encerrados en una Institución total (Goffman E., 1972: p 13)– de alguna clínica psiquiátrica de la provincia de Santa Fe. Se trata de una población de 179 usuarios, 85 mujeres y 94 varones distribuidos en 14 instituciones psiquiátricas auditadas.

Al momento de dicho relevamiento, en su mayoría, quienes se encontraban viviendo en alguna de las instituciones psiquiátricas de manera crónica, tenían entre 40 y más de 60 años de edad. De una población total de 179 se encontraron, en el rango de más de 60 años, 75 personas: en el rango entre 40 y 59 años, 71 personas; mientras que en el rango de 20 a 39 años se situaban 30 personas y 3 menores de 18 años.

El 66% de los usuarios entrevistados –representados por 118 de 179– llevaban más de cinco años de internación (cabe aclarar que muchos de ellos, llevaban en realidad más de dos décadas de internación con fechas de ingreso a la institución que data en los 90'), un 24% de los internados entrevistados, usuarios de Iapos, llevaban entre dos y cinco años de internación y sólo un 10% hacía más de un año y menos de dos, que se encontraba internado en una Clínica Psiquiátrica.

Sobre la base de la revisión de historias clínicas y de las entrevistas a familiares, a profesionales de la institución y a personas institucionalizadas en una primera etapa del trabajo del programa, podrían deducirse algunos indicadores de prácticas propias de un sistema totalitario en el que se encuentran atrapados muchos de los usuarios internados en las clínicas psiquiátricas visitadas de la provincia de Santa Fe.

- *Desconocimientos y mitos sobre los pacientes:* Cada miembro de la clínica va agregando algo sobre la anécdota y creación mítica de la historia del paciente. En las transmisiones de las historias personales de los pacientes crónicos advertimos que se desconoce casi todo de esa persona, tanto de su historia previa a la llegada de la Institución como de su recorrido por la institución.
- *Prevalencia de un tributo a la peligrosidad:* Una supuesta peligrosidad con sustento en conductas desplegadas por la persona años atrás, y que motivaron en algunos casos la internación por orden judicial, continúa siendo fundamento para sostener las internaciones.
- *Historias clínicas con registros exclusivamente de medicalización.* Datos esenciales no consignados o confusos. Ausencia o escasa información social y/o de oficios judiciales.
- *Atención centrada en psicofármacos.* En muchas situaciones nos hemos encontrado con un abuso del profesional en la administración del psicofármaco. ¿Un instrumento de defensa frente a un posible trabajo transferencial por parte del paciente? Cabe aclarar que

creemos que el trabajo con la palabra no tiene por qué impedir la necesidad de un medicamento ya que puede intervenir como limitador de lo que el psicoanálisis conceptualiza como un goce que invade al sujeto, cuando se enfrenta a los efectos del retorno en lo real de lo no simbolizado.

- *Continuación de internación definida por criterios familiares*: "No puede mandármelo a mi casa", "De ninguna manera él se va a ir de la clínica porque el acá está tranquilo", "No puedo dar el alta porque el familiar me pone un amparo", dice un director de clínica.
- *Versiones que supuestamente legitiman el destino de excluido*: algunas muletillas: "Aquí está mejor porque está bien cuidado", "Lo que el necesita es estar aquí porque no le gusta estar en casa", "Tiene que estar internado porque es agresivo y puede matar a alguien" aunque quizás lleve años sin visitarlo. "Ustedes saben cómo manejarlo", suelen decir los familiares, como si el enfermo fuera un extraño desconocido. A modo de un pacto perverso entre familiares y clínica, la clínica hace de cuenta que cumple con su función de curar cuando en realidad se complementa con el mandato familiar y social de aislar al enfermo.
- *Diagnósticos irreversibles e irrevisables*. El psiquiatra piensa que el fármaco tiene el poder de solución que el espacio de la palabra y el tiempo, no. La lógica asistencial sigue gobernada por el modelo de la solución quedándose en la impotencia. El que encierra termina encerrado.
- *Presentación y consistencia de la internación como un lugar de encierro*. Se continúa hablando de la internación como lugar para estar y en ningún caso los equipos de salud han presentado o transmitido a los familiares que la internación es un último recurso y que es un recurso sólo en cuanto tiene un tiempo determinado.
- Usuarios *que tienen el alta institucional y no tienen dónde ir*. Las cuestiones de índole sociales –la persona no tiene a dónde ir– siguen constituyéndose como factor de prolongación de la internación.
- *El mercado como principal regulador económico de un tratamiento*. Hemos constatado la presencia de abordajes que excluyen sistemáticamente al sujeto de la palabra y del deseo. Existe una hegemonía del discurso de la psiquiatría, psicoterapias conductistas–cognitivistas y, fundamentalmente, el discurso del mercado: distintos directores de clínicas psiquiátricas reclaman y nos dicen "Ustedes me castigan y castigan a la clínica. Si me sacan más pacientes tengo que cerrar la clínica", "No es negocio si me piden que externe y me suspenden los ingresos".
- *Ausencia de articulación clínica–jurídica*. No existe en ninguno de los casos trabajo conjunto entre el equipo tratante y las instancias judiciales que participan. No se realizan informes a los jueces sobre el estado de las personas, ni tampoco se registran solicitudes de parte de los magistrados de informe alguno.
- *Ausencia o dificultades notorias en el diseño e implementación de estrategias que promuevan la integración familiar, laboral, singular y comunitaria* de los pacientes, ni de aquellas que se orienten al reforzamiento, restitución o promoción de lazos sociales. En la mayoría de las clínicas revisadas no se ha dado a conocer un plan o programa, dispositivos o estra-

tegias terapéuticas acordes a cada situación.

- *Predominio de una lógica asilar.* Cuesta erradicar la función de "hotelería" y la aplicación del tratamiento medicamentoso como único proyecto terapéutico.
- *Ausencia de derechos* tales como elegir a qué hora levantarse, a qué hora comer, cuándo dormir. Sin elegir no hay nada para decidir.
- El *alta de la internación ha sido confundida, por parte de los equipos tratantes, con el alta del tratamiento,* mientras que lo que se propone es en realidad la necesidad de continuar el tratamiento bajo otra modalidad.
- En muchas clínicas *no hay, o son escasos los profesionales psicólogos o trabajadores sociales.* "No podemos incorporar profesionales psicólogos o trabajadores sociales porque no da el presupuesto", dice un médico director de una clínica psiquiátrica. Los casos en que se han incorporado profesionales (trabajadores sociales, psicólogos, etc.) fue con el fin de obedecer superficialmente lo postulado por la Ley sin que esto se tradujera en un cambio de paradigma en las prácticas clínicas.
- El *concepto de salud mental se encuentra totalmente fragmentado en oposición al concepto paradigmático de salud integral.* En la mayor parte de las clínicas privadas visitadas en el marco del PSLM, uno de los graves problemas planteados, es que cuando un usuario internado crónicamente sufre una quebradura de cadera o padece una enfermedad pulmonar por las que requiere algún tratamiento puntual, no puede acceder a su atención. Esto se debe a que no cuenta con nadie quien pueda realizar dicha articulación ni acompañarlo en la salida que requiera el diagnóstico o tratamiento de esa situación. En el discurso de los trabajadores de muchas de las clínicas psiquiátricas, intervenciones como esas no les corresponde porque sólo se ocupan del padecimiento psíquico y, por otra parte, los familiares dada la cronificación de la internación, en muchos casos han perdido todo tipo de lazo con el usuario.
- *Ausencia de trabajo entre varios:* Predomina el desarrollo de un trabajo fragmentado y centrado en las disciplinas y no en la subjetividad del paciente. En las entrevistas con el equipo tratante, sólo en dos clínicas privadas y en el hospital público pudimos conocer el trabajo de un equipo interdisciplinario.

Y así se podría seguir apuntando indicadores de tinte manicomial que sustentan una lógica arrasadora de subjetividad. Indudablemente en el mercado, la salud mental sigue teniendo que ver con asegurar el silencio del otro, ordenando y distribuyendo los cuidados psiquiátricos. Se gana menos dinero con los derechos.

Pese a todo esto, nuestras conclusiones no son fatalistas ni extremadamente pesimistas; consideramos que experiencias de trabajo como las de este equipo, periódicamente realizadas, contribuyen a garantizar la implementación de políticas públicas que respeten el derecho a la salud de las personas más vulnerables, por ejemplo, en este caso, a los usuarios del sistema de salud mental.

Mientras que las normativas vigentes en términos de salud mental e internaciones plantean una lógica del no todo, articulada en un concepto de salud desde el paradigma del Sujeto de Derecho, son los usuarios quiénes se encuentran en la boca de los indicadores puntuados. Una boca institucional estragante,

objetivante que coloca al usuario en una encrucijada sin salida.

¿Qué función tercera puede interpelar y producir allí otro lugar para el loco? ¿Cuáles serían las vías alternativas que orienten y regulen en el amorfo y en el estrago de la Institución Total?

Imperiosamente tenemos que pensar en otras salidas, distintas al encierro, al lugar de lo clasificable y manicomial. Necesariamente tenemos que producir una escansión que perfore las fronteras del todo y permita que circulen las singularidades en un afuera subjetivante.

¿Externación manicomial?

De acuerdo al desarrollo y seguimiento del Programa de Sustitución de Lógicas Manicomiales al momento de escritura del trabajo del cuál se desprende este artículo, se puede hacer referencia a que de 179 usuarios evaluados, 31 egresaron de la institución en el año 2016, de los cuáles: dos asumieron un alta voluntaria, tres fueron derivadas a otra clínica psiquiátrica monovalente y sólo 23 concretaron un plan propuesto por el equipo tratante de las clínicas. En dichos planes se implicaron los siguientes dispositivos:

- 11 personas fueron derivadas a Geriátricos,
- 5 regresaron a sus hogares familiares continuando tratamiento ambulatorio,
- 5 comenzaron a concurrir a un centro de día,
- 2 se derivaron a Hogares para personas con Discapacidad.

Se sabe que concretar una externación no se traduce necesariamente en un cambio en la lógica manicomial. Asimismo, no se ha podido verificar un cambio de posición subjetiva en algunos de los casos precedentemente señalados como externados de la institución psiquiátrica.

Cabe aclarar que a partir de los inicios del año 2017 se dio una vuelta más a la política del programa poniendo a disposición de los usuarios la financiación de todos los recursos necesarios a los fines de concretar aquellos planes terapéuticos que implicasen la ampliación de derechos. Entonces se pudo pensar, por ejemplo, para una usuaria, la financiación de una pensión y la continuidad de su tratamiento en forma ambulatoria. Para otros, la salida de la internación fue la propuesta de un geriátrico como lugar de vivienda, pero con la evaluación de equipos de otros profesionales que puedan evaluar si eso realmente tenía que ver con una posibilidad de vivificar al sujeto. Dichas evaluaciones de estos *terceros equipos* eran cotejadas con las propuestas de los profesionales de las clínicas y supervisadas en el programa. Y de ese modo se posibilitó dar un paso en aquellas situaciones en las que de no contar con dichos recursos la impotencia redoblaba el encierro.

Al momento en que se escribía el trabajo del cual se desprende el presente artículo, hubo algunas situaciones en las que, a mi entender, un efecto de sujeto producto de la transferencia y de las intervenciones permitieron a los usuarios mudarse a otro lugar en el sentido más amplio del significante mudar: un lugar en el afuera de la institución, una escansión al *todo adentro* de la internación que tuvo como consecuencia, en esos casos, el efecto de un trato subjetivante.

Ante la pregunta a los equipos tratantes acerca de la participación de los usuarios respecto a algún cambio de dispositivo en sus tratamientos, nos hemos encontrado en algunos casos con un discurso totalmente objetivante, que lejos de habilitar a un sujeto, vuelve a segregar y a expulsar: "Lo ponemos en un geriátrico", "Aún no le dijimos al paciente que

se va a ir de acá", "No creo que quiera irse porque acá está cómodo". ¿Quién es el que está cómodo?

Enrique Rivas (2007) acude al concepto de triple segregación para referirse a una repetición que suele jugarse en el tratamiento del sujeto tratado en una institución de salud mental. Dice que "donde su palabra se reduce a la desautorización, se reitera un mensaje de no–reconocimiento como sujeto de la palabra, del deseo, de la responsabilidad y del derecho" (p. 105). Infiere de este modo una desinserción simbólica que viene a duplicar su fracaso simbólico estructural –en el caso de la psicosis–, es decir, su falla simbólica central que implica la no inscripción de la función paterna, la forclusión del significante del nombre del padre, función central que distribuye y ordena las significaciones del sujeto. Doble segregación entonces, que viene a materializar la exclusión. Rivas (2007) advierte que de no tener en cuenta dicha falla estructural se corre el riesgo de responder a la demanda con una afirmación diagnóstica y terapéutica alienante que viene a reduplicar, esta vez como triple, el rechazo que el otro infiere al sujeto psicótico. Por eso, dirá el autor, el objetivo del trato con el psicótico en los dispositivos de escucha e inserción del mismo en los recursos asistenciales comunitarios fecundados por la enseñanza del psicoanálisis sería "romper o desactivar este circuito de triple segregación o expulsión del sujeto" (p. 118). Propone, entonces, pensar los dispositivos que oficien un corte allí y ofrezcan la inclusión en una nueva red simbólica ortopédica, sustentada por la estructura dialéctica del equipo del recurso asistencial y la escucha psicoanalítica, tanto en dispositivos colectivos como en el trato individualizado.

En esta dirección, la llamada estabilización en psicosis "no es más que el anclaje del sujeto en una significación estable que frene el deslizamiento sin fin de la cadena significante" (Rivas, 2007, p. 119).

Es fundamental, entonces, deshabilitar las lógicas de prácticas que continúan excluyendo sistemáticamente al sujeto de la palabra:

- se excluye al usuario como sujeto actor y autor, es decir el sujeto de la responsabilidad en su defensa.
- hay una impostura en las propuestas de tratamientos para los malestares subjetivos al elaborar un tratamiento sobre una clasificación sintomática y una aniquilación sintomática que es lo más auténtico del sujeto: la expresión en el síntoma del real que lo constituye. En este sentido, Rivas plantea la diferencia entre un tratamiento del psicótico en la versión de la psiquiatría donde lo esencial es controlar, silenciar y corregir la sintomatología en términos fenomenológicos, y el psicoanálisis que promueve el *trato* a un sujeto en la trama del discurso y en el respeto y reconocimiento del sujeto como autor de su palabra y actor de la verdad que subyace en la misma.

Se hace crucial, entonces, habilitarnos en la creación de dispositivos donde se materialice el reconocimiento al sujeto y a sus manifestaciones discursivas, dispositivos donde se considere lo real de su disidencia incluyendo el respeto como distancia simbólica. Es, en este sentido, que ante la pregunta sobre cómo habilitar prácticas cuidadosas de las condiciones de la subjetividad ¿será el psicoanálisis uno de los discursos orientadores posible?. Anudando a su vez otros discursos, ¿será el que nos permitirá pensar al sujeto en el caso por caso en el marco de la salud entendida como derecho y por ende en el campo de políticas públicas intersectoriales?

Escansión de un todo adentro.

A la luz de los aportes de Ulloa (2011) podemos mirar los datos presentados y reconocer prácticas de tinte manicomial, en tanto arrasadoras de la subjetividad. La abolición de lo humano es lo que está en juego en lógicas totalizantes y objetivantes. Aquí, el psicoanálisis puede orientarnos en tanto sitúa que el sujeto no está definido por una norma social o moral respecto de la cual debería conformarse; "y porque procura alcanzar la existencia de ser humano emancipándose de un ideal o de un imperativo superyoico" (L'Heuillet, 2000, p. 65). Desde la perspectiva psicoanalítica la concepción de sujeto resulta incompatible con la idea de un gran todo que lo determinaría. No es la convicción de un dominio sino el descubrimiento de la propia falta lo que habilita a un sujeto el acceso a su lugar propio. Entendemos que la subjetividad, en tanto construcción histórica y social, es una formación que corresponde simultáneamente al sujeto singular y al conjunto. La producción de subjetividad en un dispositivo tiene lugar en tanto se contemplan las singularidades, los distintos modos de dar significado al mundo, distintas maneras de percibir, pensar, accionar y sentir, y las diferentes formas de existencia y de vida. Un dispositivo se torna subjetivante en tanto uno se cura de la idea de *ayudar* y aprende a trabajar juntos. Esto es, a pensar, conversar, compartir, y generar lazos donde las necesidades puedan ser tramitadas entre distintos actores y donde importan los diferentes roles. Ello es posible cuando se logra construir una trama discursiva en la que los sujetos se sienten anudados, una trama con vasos comunicantes donde ¿las? libidos vehiculicen la circularidad de la palabra y pueda irse constituyendo otro, esta vez, a través del discurso. De lo contrario, no hay intercambio, queda obturado y aislado. No tener un abordaje "en equipo" termina enfermando desde este punto de vista. El contacto con una realidad a veces tan descarnada (silenciada o no) y donde con frecuencia no hay un "cesar de repetirse" va afectando al propio profesional. No somos impermeables al objeto con el que trabajamos. Y sin embargo, ¡tenemos una ética! Fernando Ulloa (2011) contribuye con su concepto de apuntalamiento, orienta a la hora de pensar la constitución de un dispositivo. Expresa que ampliar las posibilidades de apuntalamiento subjetivo como movimiento–pasaje de un estado a otro requiere de un intermediario que sostenga "con estacas lo que amenaza derrumbarse" (p.93). Es el apuntalamiento a la cuestión de la ley lo que permite la socialización. Además, la noción de miramiento en tanto garantiza en la persona su condición de sujeto autónomo, marca la subjetividad.

¿Cuáles son las condiciones clínicas para que el cuidado de la subjetividad se ponga en juego? La clínica es estar ahí para que aparezca alguien que escuche a quién habla en el hablar. Un hablar que acontece, una disponibilidad que crea el acontecimiento. Crear las condiciones de una transferencia en los distintos espacios, talleres y actividades en el adentro de una institución y en las prácticas, donde haya lugar para un hablante y un escuchante. No hay sujeto en ninguna parte si no hay disponibilidad. "La disponibilidad crea el acontecimiento donde vive la singularidad, que está ahí siempre parpadeando", al decir de Marcelo Percia (2013). Por ello el acontecimiento supone una ética, un estar a la altura de la demasía que recorre los cuerpos.

De lo universal a las singularidades como condición clínica de prácticas subjetivantes

Los desarrollos conceptuales de Lacan permitieron situar las diferentes estructuras clínicas como posiciones con las cuales el sujeto responde, de diversos modos, al encuentro con lo real, posiciones localizables en la transferencia. "En su conjunto las estructuras no son cuadros nosográficos o psicopatológicos sino configuraciones en las que se inscribe la posición del sujeto –sujeto dividido– con respecto a la falta –falta de objeto" (Baños, 2012, p. 54). Este modo de entender el diagnóstico producido en transferencia se aleja así de toda perspectiva que pudiera reducir el sujeto a un objeto de estudio, o a un ejemplo de una clase. No se trata, por lo tanto, de un universo cerrado de discurso. No puedo hacer un mapa ni proceder por una sumatoria de síntomas para hacer diagnóstico.

Por eso la singularidad es el modo de pensar el advenimiento de un Sujeto con derecho a la palabra. (Baños, 2012, p. 59). Es la brújula del uno por uno y el caso por caso que orienta y direcciona las intervenciones. Se trata de qué uso hacemos de los particulares y de lo que nos enseñan esos particulares, de cómo lo articulamos con lo propio de cada quién, en el caso por caso, terreno de las singularidades.

Freud y Lacan insistieron siempre en abordar cada caso como un caso nuevo. Tomado como saber anticipado, como lugar de certeza, el diagnóstico puede obturar la escucha analítica pero desconocerlo puede llevar al analista a perder su orientación en la cura. En psicoanálisis esta noción de curación así orientada se distingue radicalmente de la noción de curación en el campo de aquellas psicoterapias que ponen en primer término los imperativos de conformidad social, donde los terapeutas se convierten en expertos. Tal como Freud y Lacan transmitieron incansablemente, la posición del analista no es de saber ni de poder. La perspectiva del psicoanálisis lacaniano no habla en términos de enfermedad ni de síntomas de una enfermedad, sino de síntoma analítico, entendido no como un dato objetivo, sino como una interrogación del sujeto sobre lo que le ocurre. Lo importante no es la fenomenología del síntoma sino lo que el sujeto dice de él. En este sentido, el síntoma analítico es siempre singular y, por tanto, también su resolución.

La práctica del psicoanálisis nos orienta en la lógica del no–todo. Para el psicoanálisis, se trata de hacer entrar en juego cada vez el no–todo para subvertir las posiciones absolutizadas y absolutizantes de cualquier ideología que quiera imponerse como única verdad. Por eso constituye una práctica desegregativa en tanto aloja a cada sujeto en su modo singular.

Reflexiones ¿finales?

Indudablemente el sostenimiento del manicomio va más allá de su cierre, reforma o adecuación. Es en este punto donde, a mi entender, se fundan muchas de las intervenciones que se realizan desde el PSLM, anudando allí algunas oportunidades de sustitución de lógicas y no simplemente de instituciones.

Caminando las instituciones psiquiátricas de la provincia de Santa Fe, se puede advertir que a más de 30 años de historia de un proceso de reforma en nuestra provincia y a 26 años de la promulgación de la ley de salud mental provincial, el sistema carcelario en salud, tal como enunciaba Foucault (2002) en *Vigilar y Castigar*, sigue imperando. Sigue vigente y no cesan de repetirse indicadores manicomiales, tal como se nombran en este

trabajo, y los efectos de la institucionalización, arrasan con la condición humana.

Una cuestión es la internación como recurso, otra cuestión es la institucionalización. La internación en salud mental no sería sinónimo de institucionalización si se la pudiera pensar en el marco de prácticas cuidadosas de la subjetividad.

Por su parte, el trabajo del PSLM ha permitido el acceso a datos concretos y fehacientes que, si bien muestran un oscuro tinte manicomial vigente aún en el contexto de reforma de la provincia de Santa Fe, expone datos necesarios para *ver y comprender* dónde estamos parados.

Se podría resumir, en acuerdo a distintos autores y con el apoyo de los mismos datos empíricos relevados en este programa, algunas instancias que hacen persistir lo manicomial como lógica emergente en las prácticas: el juicio de peligrosidad; considerar a los pacientes carentes de discernimiento desvalorizando su palabra; la necesidad de control y vigilancia de lo "anormal"; la idea de irreversibilidad y cronicidad del padecimiento.

Estas premisas, si bien fueron sustituidas en la letra de la ley, aparecen y se reproducen en la cotidianeidad misma de nuestras prácticas. El recurso de la ley jurídica no resuelve el carácter segregativo y manicomial de dichas prácticas.

Sabemos que la cronicidad en las internaciones se produce cuando lo humano se deroga; cuando ni en los equipos de salud ni en los usuarios queda esbozo de deseo alguno. Eric Laurent (2000) lo expresa así: "La cronicidad se produce cuando ya no quedan objetivos terapéuticos" (p. 37).

Prevalentemente en el sector privado, la desinstitucionalización tiende a ser entendida como una política de externaciones en un circuito de transinstitucionalización: traspaso a residencias para ancianos y otros lugares de crónicos no psiquiátricos, es decir, solo virajes en el continuo efecto de la institucionalización. Sabemos cómo un cambio de dispositivo supuestamente alternativo a la lógica manicomial puede encausarse en un *como si* para que nada pase, derivando casi compulsivamente de una institución psiquiátrica a otra geriátrica. Agregaría más crudamente: derivación motivada por cuestiones económicas en tanto ya no es negocio un paciente crónico en un psiquiátrico.

La internación planteada como institucionalización no constituye otra cosa que un continuo de prácticas objetivantes. Desde cualquier práctica o ideología objetivante –sea adentro, sea afuera–, la externación se torna manicomial y segregativa.

En el marco del recorrido de este programa podemos visibilizar los escasos dispositivos y lugares de alojamiento y tratamiento para atender momentos de crisis y hacer lugar a padecimientos subjetivos. Asimismo, en la provincia de Santa Fe venimos siendo testigos de diferentes situaciones en las que las cuestiones financieras constituyen el fundamento de los cierres de instituciones psiquiátricas privadas; y otros casos donde no se produce el cierre, sino que las instituciones viran y transforman sus edificios sin que por ello activen una reflexión sobre las lógicas de las prácticas ¿un re–funcionamiento de las clínicas psiquiátricas? ¿sólo un cambio de la fachada? No obstante, destacamos y acompañamos aquellos equipos de profesionales quienes se proponen estrategias e inventan dispositivos que priorizan un lugar a la subjetividad de cada quién, respetando las diferencias.

Innegablemente la transición que va desde modalidades de prácticas caracterizadas por el encierro y la tutela de los pacientes, a otras respetuosas de la condición de sujetos de derechos, constituye un tránsito que exige salir del discurso totalizante y mercantilista, pensar

cómo nuestras distintas prácticas pueden influir, condicionar y a veces determinar a un sujeto.

¿Cómo desmontar los discursos que sostienen lógicas manicomiales para advertir otras posibilidades que contribuyan al desarrollo de experiencias que originen lazos y respeto por las singularidades?

Uno de los desafíos estará en pasar del campo de etiquetas, certezas, de regularidades más o menos seguras, al campo de las singularidades y de la imprevisibilidad radical de la vida cotidiana.

En este trayecto, sin dudas la locura requiere ser tratada en su aspecto institucional, comunitario, social, ideológico, político, jurídico y clínico. En el trato a los sujetos con padecimientos subjetivos, la posición y la lógica con la que alguien sustenta sus prácticas no es sin consecuencias. Son vastos y conocidos en el recorrido de este trabajo, los efectos del tratamiento de quien parte de una clínica positivista y de una posición totalizante. Si en cambio la teoría que sustenta las prácticas está basada en una ética que rescata la condición de sujetos de derechos, las consecuencias y posibilidades son bien diferentes.

Ante la pregunta bajo qué condiciones nuestras prácticas pueden brindar soportes al sujeto, la respuesta parece ser, hasta ahora, propender a prácticas humanizantes. "Cada práctica en salud debe propender a la subjetivación. Esto va desde las acciones singulares cotidianas de relación de los profesionales y el equipo de salud con las personas, hasta la formulación e implementación de políticas" (Stolkiner, 1999, p. 94). No hay nada que pueda sustituir algo del orden de un encuentro con el otro para que desde allí se pueda construir algo del orden de la responsabilización y del lazo. Solo se puede producir subjetividad en el encuentro con otros, por lo cual amerita construir dispositivos subjetivantes que respondan a una sociedad inclusiva de derechos humanos y produzca ciudadanos –actores sociales. Estos dispositivos deberán ser repensados una y otra vez en la singularidad de lo que van instituyendo, deberán preservar las diferencias y peculiaridades de cada uno y por ende, convocar a la creatividad. Sin dudas la noción de derechos humanos va de la mano con la gestación de políticas sociales integrales que garanticen, entre otras cosas, la creación y accesibilidad a dispositivos productores de salud, de subjetividad.

La instancia de ver y comprender la situación de las personas que se encuentran viviendo en clínicas psiquiátricas nos ha llevado un considerable tiempo. Pero ahora es el tiempo de hacer y hacernos responsables, lo que podría propiciar una verdadera sustitución de lógicas manicomiales.

Referencia bibliográfica

- Baños L., Steinberg I. (2012) *Dificultades de la práctica del psicoanálisis* Rosario: Homo Sapiens.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Fondo de Cultura económica.
- Goffman, E. (1972). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- IAPOS (2012). Programa Sustitución lógicas Manicomiales. Disposición del IAPOS Nº000037, Provincia de Santa Fe.
- Laurent E. (2000). *Psicoanálisis y Salud Mental.* Ciudad: Tres Haches.
- Ley Nacional de Salud Mental Nº 26657/2010. Decreto Reglamentario 603/2013. Argentina. Honorable Congreso de la Nación Argentina. Publicada en el Boletín Oficial el 03 de Diciembre de 2010.

- Ley de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe –10772/91. Reglamentación de la Ley de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe/2007.
- L' Heuillet, H. (2000). El psicoanálisis es un humanismo. Buenos Aires: Letra Viva.
- Mannoni, M. (1983). *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*. México: Siglo XXI.
- Percia, M. (2013). Apuntes de clase. Docente invitado. Seminario: Abordajes Institucionales II – Orientación Psicoanalítica. "Dispositivos de Trabajo en la Práctica Institucional y Comunitaria". Carrera de Especialización Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria. Facultad de Psicología. UNR.
- Rivas, E. (2007). *Pensar la psicosis. El trato con la disidencia psicótica o el diálogo con el psicótico disidente*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Stolkiner, A. (1999). Lo transdisciplinario como momento o como producto. En *El campo psi*. Año 3 Nº 11. Rosario.
- Ulloa, F. (2011). *Novela clínica en Psicoanálisis. Historial de una práctica*. Buenos Aires: del Zorzal.

Eso de locos no, porque estamos bien y trabajamos Acerca de un espacio de trabajo construido para usuarias de salud mental externadas de instituciones totales psiquiátricas en la salud pública[1]

Not so crazy, because we're good and we work. About a workspace built for outgoing mental health users from total psychiatric institutions in public health

Ana Esrequis[2]

Resumen

El presente trabajo aborda las características que presenta un espacio laboral con miras a hacer lugar al derecho al trabajo, como parte del proceso de externación de usuarias de la salud mental. Para ello se recurre a su historia, a su formalización como dispositivo sustitutivo a la lógica manicomial, a la voz de las coordinadoras y especialmente de las usuarias. A su vez se pregunta por el lugar que tiene el trabajo, a partir de la posibilidad que brinda este dispositivo sustitutivo, para las usuarias que han estado internadas por un tiempo prolongado.

Palabras claves: Salud mental – Trabajo – Proceso de externación – Dispositivo sustitutivo

Summary

This paper addresses the characteristics of a work space created following a particular point of view: to underline the right to work as part of the process of externalizing mental health users. We will tell its history, its formalization as a substitutive device to the logic of the asylum and we'll pay special attention to the voice of the coordinators and the users. At the same time, the work itself is questioned concerning the possibilities offered by this alternative device to users who have been hospitalized for a long time.

Keywords: Mental health – Work – Externation process – Substitution device

[1] El presente artículo fue escrito sobre la base del Trabajo Final Integrador (TIF) de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica Institucional y Comunitaria (UNR) "Una historia enredada. Características de un espacio de trabajo construido para usuarias de la salud mental externadas de instituciones totales psiquiátricas o en tratamiento ambulatorio en la salud pública" del que soy autora y que fue dirigido por Soledad Nívoli, Directora del Centro de Estudios Periferia Epistemológica.

[2] Psicóloga, Especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria (Rosario, Argentina). Trabaja en consultorio particular y en los S.A.M.Co. de la Comuna de Arminda y de la Comuna de Bigand.

Introducción

El *proceso de externación* de personas usuarias de los servicios de salud mental que han estado internadas en instituciones totales psiquiátricas constituye uno de los mayores desafíos tanto para los trabajadores de la salud y la salud mental, como para diferentes sectores del Estado, como los ministerios de Desarrollo Social, Trabajo, Vivienda y Educación, convocados a comprometerse con la Ley de Salud Mental y Adicciones Nº26.657. Dicha ley plantea que la externación de las personas debe constituirse en una política de Estado, proponiendo ir más allá del sistema de salud/salud mental, trascendiendo la mirada exclusivamente sanitaria, y demostrando así que su impronta fundamental es la de concebir a los usuarios de salud mental como sujetos plenos de derechos.

En este contexto, el presente trabajo indaga al interior del tema "salud mental y trabajo", las características que presenta un espacio laboral con miras a hacer lugar al derecho al trabajo como parte del proceso de externación y qué lugar tiene el acceso al trabajo para las usuarias. Se trata de una investigación que analiza el funcionamiento de una propuesta surgida al interior de un monovalente en la ciudad de Rosario, en el marco de las políticas de salud pública durante el período 2017–2018. Para ello se llevó a cabo un *estudio de caso* enmarcado en una metodología cualitativa. A partir de entrevistas, de observaciones no participantes y material periodístico y teórico disponible, se apuntó a captar los elementos clave de la realidad estudiada, su lógica y sus reglas implícitas y explícitas, manteniendo la fidelidad a la perspectiva de los actores involucrados en ella, en consonancia con las demandas sociales y legales al respecto.

Se elige este dispositivo por ser uno de los pioneros dentro de los dispositivos que propone la Ley 26.657 –se gesta, incluso, previamente a la sanción de la misma–; por sus efectos –en tanto propicia la entrada al mundo del trabajo a las usuarias de la salud mental–; finalmente, por su trayectoria y continuidad en el tiempo, lo cual permite ver sus diferentes avatares y el proceso que implicó arribar a sus características actuales.

Acerca del contexto

La Ley de Salud Mental y Adicciones 26.657 en su artículo N° 27 (2010) prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes y plantea la adecuación y sustitución de los ya existentes por dispositivos alternativos. Para lograrlo, deberá desandarse el camino transitado por las instituciones psiquiátricas, denominadas por Goffman (1972) *instituciones totales*, que implican un lugar de residencia y trabajo donde un gran número de personas, aislados de la sociedad por un periodo de tiempo apreciable, comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente. Habitar en una institución tal obstaculiza la interacción con el afuera, el éxodo de sus miembros, en tanto llega a significar para el interno la totalidad de su mundo. Producto de ello puede verse un proceso de desculturamiento o desentrenamiento que incapacita al sujeto para encarar los desafíos del mundo exterior, con las consecuentes mortificaciones del yo: depresiones, degradaciones, humillaciones, profanaciones, adaptaciones, mutilaciones, pérdida de toda propiedad, inclusive del nombre propio. El sujeto desaparece en tanto que se busca reeducar y normalizar el cuerpo del enfermo, considerándolo objeto de un orden de curación y sometiéndolo a un régimen de vigilancia, al mismo tiempo que se propone reducir sus síntomas o contenerlos en una categoría.

El *proceso de externación* tiene, por lo tanto y como consecuencia de las prácticas mencionadas, dificultades específicas que deben ser tratadas en toda su complejidad. Se puede pensar este proceso como parte de la desinstitucionalización[1], que plantea el movimiento italiano[2] (Dell' Acqua, 2012; Amarante, 2006). Franco Rotelli (2014) la conceptualiza como un trabajo de transformación que desarticula la solución institucional existente para desmontar (y remontar) el problema. Se trata de modificar los modos en que se practica la curación de las personas para transformar su sufrimiento, porque la terapia no es entendida sólo como búsqueda de la solución–curación, sino como un conjunto global, cotidiano y elemental de estrategias indirectas e inmediatas que consideran el problema a través de la revisión crítica sobre la terapia misma. "Pero si el objeto en vez de ser la enfermedad deviene la existencia–sufrimiento de los pacientes y su relación con el cuerpo social, entonces desinstitucionalización será el proceso crítico–práctico para la reorientación de todos los elementos constitutivos de la institución hacia este objetivo bien distinto" (Rotelli, 2015, p.43,44).

Si nos remitimos a la letra de la Ley de Salud Mental y Adicciones, artículo N° 9, leemos: "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". Esto implica que en el marco de un proceso de externación, los sujetos deberían ser referenciados territorialmente para una atención en el primer nivel de salud basada en los principios de atención primaria de la salud, y derivados a distintos *dispositivos sustitutivos a la lógica manicomial.*

En función de ello, "pensar la externación real del hospital psiquiátrico implica ubicar el derecho a la vivienda como una de las condiciones materiales centrales para este proceso" (CELS, 2015, p.55). Cuando por fuera del hospital el usuario no cuenta con una familia, o un lazo que lo aloja, tendría que contar con la posibilidad de vivir en dispositivos residenciales sostenidos o favorecidos por el programa de externación al que están vinculados. Dentro de estos dispositivos están las casas de medio camino, de convivencia, también llamadas casas asistidas, donde vive un número reducido de usuarios, acompañados y supervisados por un equipo de salud[3]. Esto es de suma importancia considerando que el porcentaje de personas que antes de una internación vivía en casa propia o de familiares, disminuye de forma drástica en comparación con aquellas que lo hacen luego de la externación, lo que da cuenta de la instancia de internación como un período de despojo de alternativas de vivienda sostenibles vinculadas a un entramado social o familiar (CELS, 2015).

Ahora bien, una vez que el "loco" logra salir del manicomio, la dificultad de su inclusión no está asociada estrictamente al espacio físico que habita, sino a su no inclusión en el

[1] Una película que logra mostrar este proceso de desinstitucionalización y sus avatares es: *C'era una volta la città dei matti...* Director Marco Turco, Productores: Rai Fiction y Ciao Ragazzi, 2010.

[2] En Italia, en 1978, la Ley N° 180 de reforma de la psiquiatría, impulsa el cierre de los hospitales psiquiátricos y la progresiva creación de servicios basados en el territorio. Esta ley, que es la primera en el mundo, ha cambiado radicalmente las condiciones de tratamiento y de atención en psiquiatría.

[3] Estos dispositivos tienen como finalidad la orientación, rehabilitación, soporte social y apoyo en la revinculación familiar, con el objetivo de acceder a prestaciones de salud en un formato distinto del psiquiátrico, y donde se busca adquirir o recuperar hábitos de limpieza, cocina, autoadministración de medicación, convivencia con compañeros y vecinos, etc. (CELS, 2015).

ámbito laboral (Suaya, 2010). La locura aparece como sinónimo de incapacidad extendida a todos los órdenes de la subjetividad, por lo que en la mayoría de los casos queda en manos del Estado el hecho de garantizar la supervivencia económica del externado por medio de pensiones y beneficios obtenidos a través del CUD (certificado único de discapacidad). Sin embargo, contar con el CUD y el dinero para cubrir necesidades básicas no es contar con un trabajo, sino más bien, la mayoría de las veces, quedar excluido de este, con todo lo que ello implica. El acceso al trabajo es un aspecto fundamental para el pleno desarrollo de la vida, que liga al sujeto a la realidad y tiene un lugar central en la estructuración de su identidad (Freud, 1929). "Freud dota de dos condiciones al trabajo: una como valor de subsistencia; otra, no menor en importancia, es la que le otorga la investidura libidinal cuyo valor es el de dar sentido a la vida" (Suaya, 2010, p.39). Por eso se diferencia del empleo: la remuneración que lo caracteriza no alcanza a dar cuenta de todas las dimensiones del trabajo, un lugar de intercambio que abre espacios de pertenencia y sistemas de lazos sociales, al tiempo que contribuye a recrear las dimensiones subjetivas.

Entonces, teniendo en cuenta las características del proceso de externación, y en función de la Ley N° 26.657, se constituyen dispositivos sustitutivos a la lógica manicomial, gubernamentales y no gubernamentales; en hospitales generales, centros de salud, en articulación con instituciones psiquiátricas, centros de día; algunos de ellos, atravesados por la lógica del trabajo donde se emprende un proceso productivo. En su mayoría se encuentran enmarcados dentro de un trabajo clínico, que acompaña el proceso de inclusión en el mundo del trabajo. La particularidad del dispositivo del que aquí nos ocuparemos, reside en pensar al trabajo desde su función clínica. Sobre esta cuestión nos explayaremos más adelante.

El espacio de trabajo

En el 2008 nace *Recortarte*[4], un proyecto que contempla, a través de la costura, las distintas etapas de un espacio de producción textil. Sucede que entre varios trabajadores del hospital monovalente surgieron algunas inquietudes acerca de cómo considerar el modo de intervención, concluyendo que no debería restringirse a la atención en consultorio. Es entonces cuando una psicóloga, una trabajadora social y el director del monovalente comienzan a imaginar desde el hospital la existencia de las *Casas Asistidas*, donde se aloje a usuarios en proceso de externación con el objetivo de lograr mayor autonomía, resolver situaciones de la cotidianeidad y sostener una asistencia ambulatoria. Con esa idea como objetivo, en el centro cultural del hospital, junto a un grupo de usuarias, se disponen a confeccionar repasadores y a venderlos allí mismo. Se utiliza una máquina de coser que estaba en el centro cultural. Esto evidencia lo artesanal de los orígenes, en tanto las características del dispositivo se deciden a partir de los objetos disponibles en ese momento. Así comienza a gestarse lo que por asamblea de usuarias, se nombró *Recortarte*, en lo cual se percibe ya la horizontalidad con la que intentan llevarse a cabo las acciones del dispositivo.

En el 2009, el Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe dispone el alquiler de una vivienda y habilita el funcionamiento de *Recortarte* en el garage de la misma. En ese momento, cuatro integrantes del dispositivo se externan y pasan a vivir en esa casa, constituyéndose como *Casa Asistida*. Seguido a ello, la psicóloga y, luego, la trabajadora social dejan su función en *Recortarte* y aparecen las

[4] El nombre del dispositivo ha sido alterado a los fines de resguardar los aspectos éticos de confidencialidad y consentimiento para la participación en el estudio.

coordinadoras[5].

Con los primeros cambios respecto a la dependencia absoluta del monovalente, quienes coordinan el espacio comienzan a discutir con las usuarias qué significaba estar en ese dispositivo. Se cuestionan y ponen en tensión algunas condiciones del mismo, sobre todo en relación a la vinculación con el hospital y aspectos que hacen a la lógica manicomial, que trasciende los muros de la institución. En función de los efectos ya mencionados que produce transitar por una institución total como el monovalente, se puede considerar la dificultad que implica establecer con semejante institución un corte de una vez y para siempre. Un ejemplo de ello es que en el 2011, a tres años de la creación de Recortarte, las mujeres seguían manteniendo su atención psicofarmacológica en el hospital. Posterior a ello se logró, como parte del proceso de externación, que las usuarias dejen de tener como referencia para su atención el monovalente, y fueron referenciadas a los equipos de salud del primer nivel.

Otra de las cuestiones que inquieta es el ingreso presupuestario que necesita el dispositivo. Ya no alcanza con comprar materiales para la producción con lo recaudado de las ventas, también se requiere dinero para arreglar las máquinas, invertir en el mantenimiento del espacio, comprar artículos de limpieza, de escritorio. Un programa nacional gestionado por las coordinadoras, aporta a la compra de materiales y por otro lado, a través de la vinculación a una ONG, se reciben subsidios municipales para la compra de un aire acondicionado y máquinas para la producción, así como becas que se les pagaban a las usuarias por ser personas con discapacidad.

Es necesario destacar que estas discusiones se suceden ininterrumpidamente desde hace diez años, cuando el foco estaba puesto en si el sujeto debía ser asistido o no, y no prevalecía el hecho subrayado por la Ley de Salud Mental y Adicciones, esto es, que a los sujetos se los debe considerar como sujetos de derechos[6]. Estas discusiones no estaban centradas en cuestiones teóricas o abstractas respecto de, por ejemplo, hacia dónde apuntaba un dispositivo tal, sino que se trataba de discusiones acerca de cuestiones bien concretas sobre las que elegían y decidían en asamblea las *coordinadoras* y las usuarias.

Dado que el dispositivo se gesta bajo el amparo de la Ley N° 18.910 que permite a personas con incapacidad laboral acceder a pensiones no contributivas, se generan evidentes contradicciones con los fines específicos de este espacio productivo. Cabe destacar, no obstante, que esta ley se enmarca en los ejes de la Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, cuya adopción por las Naciones Unidas en 2006 significó un avance sustantivo por su carácter amplio e integral y su propósito de promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales a las personas con discapacidad (Observatorio de Derechos Humanos H. Senado de la Nación, 2017). Entender la discapacidad desde el anclaje de los derechos humanos, y ya no desde una perspectiva médico/patológica asistencialista, implicaba reconocer la obligación estatal de garantizar la igualdad de oportuni-

[5] Las usuarias de la salud mental se constituyeron, a lo largo de su proceso de externación y gracias en parte a *Recortarte*, en "trabajadoras". De allí el conflicto inicial respecto a cómo referirse a ellas en el marco de este trabajo. Finalmente se decidió denominar *usuarias* a las mujeres en proceso de externación; y *coordinadoras* a las trabajadoras del dispositivo, a los fines de agilizar la lectura.

[6] Es importante mencionar como antecedente que se contaba con la Ley provincial N° 10.772/91 desde 1991, que en el Artículo 13 hace mención al derecho al trabajo voluntario de los internados.

dades y promover la lucha en contra de la discriminación. La nueva concepción entrañaba la idea de que las personas con discapacidad no eran objeto de políticas caritativas o asistenciales sino sujetos de derechos humanos. Por tanto, son titulares de derechos, con la potestad de adoptar las decisiones necesarias para el desarrollo de su vida personal y social. En este sentido, la eliminación de las desventajas sociales que sufren no debería ser la consecuencia de la "buena voluntad" de personas particulares o del capricho de los gobiernos de turno, sino que el deber de eliminarlas responde al hecho de que dichas desventajas son violatorias del goce y ejercicio de sus derechos humanos (Palacios y Bariffi, 2007).

A pesar de esta perspectiva superadora acerca de la discapacidad, el conflicto específico se presentaba en el punto concreto en que, para poseer el certificado de incapacidad laboral que permitía el acceso a dichas pensiones, la persona debía acreditar encontrarse incapacitada de forma total y permanente. De ese modo, contar con dicho certificado de incapacidad laboral coartaba la posibilidad de participar de otra forma de organización jurídico legal, como lo es una cooperativa de trabajo.

A pesar de estas contradicciones, las usuarias necesitaban y tenían el derecho a acceder a esas pensiones. Entonces, por un lado, cobraban sus pensiones por incapacidad laboral y, por otro, contaban con las becas que se tramitaban por medio de la ONG. Discutir con ellas la desvinculación de la ONG fue una decisión significativa, porque tuvo como consecuencia romper con la lógica de que las usuarias dependan de las becas para percibir un tipo de ingreso económico e implicaba retomar la discusión de que ese proyecto tenía que estar enmarcado en la Dirección de Salud Mental, tener visibilidad y agenda de gestión, un presupuesto asignado, y que los trabajadores estuvieran en condición contractual con el Estado. Entonces, en 2012 la Dirección de Salud Mental toma a su cargo ambos dispositivos, tanto la *Casa Asistida* como *Recortarte* y formaliza su existencia asignando presupuesto y otras condiciones de trabajo para las *coordinadoras*.

Este proyecto productivo de un grupo de mujeres externadas, que contaban con el alquiler de la casa y otros recursos materiales y humanos por parte del Estado; que por sus características no podía sustentarse económicamente en la autogestión; y considerando justamente la sanción de la Ley de Salud Mental y Adicciones que promueve la creación de estos dispositivos sustitutivos y señala al Estado como su principal responsable, finalmente es reconocido mediante resolución del Ministerio de Salud provincial en 2015 como dispositivo sustitutivo a las lógicas manicomiales dentro de esa Ley.

El acceso al trabajo como modo de abordar la salud mental

La autonomía como horizonte

Al momento de la investigación tres personas coordinaban Recortarte: una trabajadora social, una persona idónea para la transmisión del oficio de costurera y una acompañante terapéutica. Su trabajo puede reconocerse en tener como horizonte la autonomía de las usuarias dentro del dispositivo y en relación al oficio. Ingrassia (2019) refiere que:

> entender la clínica como el acompañamiento de un sujeto en la construcción de una vida más autónoma o, en una fórmula que no deja de ser paradójica pero al mismo tiempo productiva, tan autónoma como lo desee, implica que

la dimensión singular de la vida(dimensión que no necesariamente excluye a lo colectivo sino que lo asume bajo la pregunta sobre los modos singulares de inscripción de los sujetos en las formas de sociabilidad) se vuelve el plano de orientación del trabajo clínico, que deberá reinventarse. (s/p.)

La trabajadora social refiere que estuvo abocada durante muchos años a una función más administrativa, en la gestión de recursos, por ejemplo aquello vinculado a la ONG. Ello se debía a que al no tener definido y en claro cuál era la estructura que le daba sentido al dispositivo, no estaba especificada la función de cada uno, lo cual derivaba en que "todos hacían todo", y los efectos generalmente eran diferentes de los esperados.

En la actualidad el sistema de trabajo está más definido porque se cuenta con un presupuesto para el dispositivo, hay dos coordinadoras trabajando con las usuarias, sumado a la tarea de la trabajadora social y funciona un sistema de producción y un sistema de venta. Esto posibilita una representación de la función de cada uno de los que trabajan en el dispositivo y de *Recortarte* como un espacio de trabajo. Llegar a esta instancia implicó diez años. Por tanto, debido a la trayectoria y el proceso colectivo, el ingreso de nuevas usuarias requiere un proceso en sí, que tenga en cuenta no solo la trayectoria singular, sino grupal, en cuanto a tiempos y modos de llevarlo a cabo.

La cooordinadora que posee un saber hacer acerca del oficio textil posibilitó un perfeccionamiento de la actividad y, junto a la acompañante terapéutica[7], comparten con las usuarias los días en el taller, las ferias y las salidas para comprar los materiales, cumpliendo una función de apuntalamiento en cuestiones organizativas del espacio y de la tarea diaria. Por otro lado, la trabajadora social aparece como una interlocutora que, al estar por fuera y no compartir la cotidianeidad del trabajo con las usuarias, logra una visión diferente respecto de ciertas cuestiones que se vienen pensando en el espacio y/o de determinadas situaciones a resolver. Su palabra tiene otra impronta para las usuarias, de algún modo se presenta como una mirada externa con cierta autoridad.

Además, las tres *coordinadoras* se reúnen regularmente. En estas reuniones tiene lugar la reflexión sobre la práctica, se logra la construcción de problemáticas, se realiza el seguimiento de la experiencia grupal, como así también de las trayectorias singulares de las usuarias. A partir de ello se deciden posibles estrategias y se planifican actividades. Asimismo, es un lugar donde una puede manifestar las resonancias individuales y, en caso de ser necesario, se solicitan supervisiones y/o reuniones con la coordinación de todos los dispositivos sustitutivos, la coordinación de la casa asistida o de algún equipo de salud de referencia de las usuarias.

Es de suma importancia tener en cuenta que se ha logrado una estructura en relación a las funciones de cada una de las coordinadoras y usuarias, asociada al modo de producción que funciona como referencia. Por ejemplo, la coordinadora explica a todas el proceso de producción. La trabajadora social y la acompañante tienen también una idea al respecto, pero más allá de lo que ellas puedan aportar, existe una estructura establecida del proceso de producción que funciona con in-

[7] Es importante mencionar que la inclusión de la acompañante sucede dentro de un proceso que incorpora –mediante el pase a planta– acompañantes terapéuticos a diferentes dispositivos sustitutivos a la lógica manicomial, en tanto se considera su trabajo como una de las estrategias fundamentales que sirve al proceso de cierre del manicomio y para facilitar autonomía en los usuarios.

dependencia de la presencia de las coordinadoras. Gracias a que el proceso de producción está bien estipulado y claramente enmarcado en procedimientos que figuran en una carpeta al alcance de todas las usuarias, es posible dar al trabajo continuidad sin necesidad de contar en todo momento con la presencia de la coordinadora. Se intenta que haya un mecanismo de organización de la tarea permanente, que fluya, que no recaiga en una persona, porque si esa persona no asiste al espacio, el proceso se detiene.

Nos interesa resaltar la importancia que tiene el oficio en este dispositivo, entre las cuestiones naturalmente ligadas al trabajo clínico con la salud mental. La posibilidad del acceso al trabajo dentro de un proceso de externación supone –además de un derecho– un modo de abordar la salud mental, dentro del marco de un cambio de paradigma. Este cambio conlleva una ruptura epistemológica con el discurso médico biologicista, con la infinidad de prácticas médico psiquiátricas y de la industria farmacéutica, que ponen el eje de los tratamientos en salud mental en la medicalización.

Se presenta un modo de intervención clínica con raíces dentro del manicomio. Luego, por fuera del mismo y ligado a los efectos del trabajo para y con estas usuarias, que empieza a tejer algo diferente. Es posible inferir a partir de los diferentes testimonios de las usuarias que en los comienzos de *Recortarte*, cuando se desarrollaba al interior del hospital, no era fácil discernir la relevancia de la propuesta, como tampoco resultaba fácil reconocer las ganas de sumarse a la misma debido a que, naturalmente, la internación generaba en ellas cierta confusión, desinterés, desconexión. La tarea, el taller terapéutico en un primer momento, aquello que se constituye luego como *el trabajo*, aparece como una fuga a ese tiempo sin medida, sin cortes, a ese continuo por momentos insoportable, a ese encierro sin salida.

En este caso es posible pensar desde una lectura clínica, lo que implica el acceso al trabajo para estas usuarias: la posibilidad de interrumpir ese continuo de no hacer nada, esa linealidad sin marcas de horas, ni días, ni semanas, en la espera de un acontecer: el día del taller. Un espacio donde las usuarias se olvidan de sus problemas; como algo terapéutico; una terapia ocupacional; un lugar de entretenimiento y producción, según el decir de las protagonistas. Relatan que esperan ansiosas el día para ir a trabajar. Incluso aparece el trabajo como un recreo, donde si bien se trabaja y se cobra por ello, una está acompañada, hay un encuentro con otros que anula el ruido que provocan algunos pensamientos, cuando uno se encuentra solo.

Luego, ya en el trabajo, se presenta un movimiento en las usuarias ligado a la producción en función del deseo, en la posibilidad de elegir la función a cumplir, la tarea a realizar (coser, remallar, bordar, etc.), la administración del espacio, las telas a utilizar, etc. Se trata del reconocimiento y la asunción de un lugar, y del lugar del otro: inclusive quien ceba el mate es reconocida como alguien que cumple una función importante, porque colabora en crear un buen clima de trabajo. Implica, también, poder elegir el espacio para llevar las producciones, esto es, el lugar a donde ir a feriar, habilitarse a presentar una propuesta a nombre propio para la producción, y que sea escuchada.

Por otro lado, hay un reconocimiento de este colectivo de usuarias en la producción, una gratificación al pensar los posibles destinos de eso que se produce. Ellas recuerdan y relatan orgullosas los diferentes destinos que alcanzaron sus producciones. Esto se incrementa con la posibilidad de un local en el cen-

tro donde venden sus producciones[8]. Aquí se presenta el lugar del trabajo como una práctica creadora de valor por lo que se vuelve una actividad socialmente reconocida.

Algo relevante para mencionar en este apartado es la posibilidad que tienen las usuarias de tomar la palabra y de ser escuchadas. Circula la palabra ante las dificultades que puedan surgir en el espacio y ante la pregunta sobre cómo diseñar determinado producto o cómo llevar a cabo una tarea. No solo aloja cuestiones en relación al trabajo, sino que en ocasiones, como cuando no tienen cerca el turno con su psicóloga, es un espacio que las contiene emocionalmente, si bien nunca se confunde con el espacio de consulta individual que cada una de ellas mantiene.

Entonces, consideramos que la importancia del acceso al trabajo en *Recortarte* para las usuarias, en el marco de un proceso de externación, retomando lo que plantea Dulce Suaya (2010), reside en la posibilidad que brinda el trabajo en la configuración de una identidad y en el propio reconocimiento desde un quehacer específico. Esto quiebra el proceso de sujeción al que se ve sometido el "loco" desde el discurso manicomial, facilitando el vínculo con otros y propiciando así su pertenencia a un colectivo en el que se reconozca como ser social. De este modo, se propicia la escucha de un otro, la espera de un encuentro, la posibilidad de elegir dónde trabajar, en qué parte del proceso productivo hacerlo, etc. Recortarte se presenta, así, como un espacio de producción textil y, a la vez, como un espacio colectivo de producción subjetiva.

Teniendo en cuenta la relevancia del trabajo a la hora de plantear una relación subjetivante y creadora con uno mismo, con el mundo y con los otros, es central la referencia de Freud que se encuentra en una nota al pie de "El malestar en la cultura" (2007). Allí menciona la importancia del trabajo en la economía libidinal, del trabajo como orientación vital que liga fuertemente al individuo con la realidad; lo incorpora sólidamente a una parte de la realidad, a la comunidad humana:

> La posibilidad de desplazar al trabajo y a las relaciones humanas con él vinculadas una parte muy considerable de los componentes narcisistas, agresivos y aun eróticos de la libido, confiere a aquellas actividades un valor que nada cede en importancia al que tienen como condiciones imprescindibles para mantener y justificar la existencia social. La actividad profesional ofrece particular satisfacción cuando ha sido libremente elegida, es decir, cuando permite utilizar, mediante la sublimación, inclinaciones preexistentes y tendencias instintuales evolucionadas o constitucionalmente reforzadas. (p. 3027)

Conclusión

"El trabajo junto al amor posibilitan la vida en común" (Freud, 2007, p.3039).

En la reconstrucción de la historia y el devenir de *Recortarte*, nos encontramos con que su fundación implicó otra creación en paralelo, la de la *Casa Asistida*. Pudimos advertir que ambos dispositivos forman parte de un *proceso de externación* de usuarias de la salud mental que se encontraban internadas en un monovalente de la ciudad de Rosario. Elegimos el nombre ficticio *Recortarte* para nombrar al dispositivo, haciendo alusión, por un lado, al espacio de producción textil, y por otro, fundamentalmente, al corte con respecto al monovalente que, según pudimos adver-

[8] Acerca del surgimiento de este espacio se profundiza en el capítulo II del TIF, sobre el cual se escribió este artículo.

tir, atraviesa toda la historia del dispositivo; un corte espacial que alude al momento en el que *Recortarte* deja de funcionar en el hospital[9]; y otro respecto a la lógica manicomial, la cual no está determinada por los muros del hospital. Consideramos que aún cuando *Recortarte* funcionaba en el monovalente, la propuesta de sus trabajadores se enmarcaba ya en una lógica diferente a la manicomial y comenzaba a percibirse ese corte. Se trata para las usuarias de volver a hacerse un nombre, reconstruir un lugar de pertenencia y de sociabilidad por fuera del monovalente que, aunque agobiante, funcionaba como una referencia firme, sobre todo en aquellas que habían pasado muchos años internadas.

En lo que se constituye hoy como Recortarte, tiene lugar aquello que Basaglia (en De Sousa Campos, 2001) denominaba inventar salud, que implica poner entre paréntesis a la enfermedad y correrse de una mirada exclusivamente técnica, siendo la persona y no la enfermedad, el sujeto de trabajo. De este modo se pone énfasis en el proceso de invención de salud y reproducción social del paciente, y no estrictamente en el proceso de cura. Es por eso que no se trata con un enfermo en general, sino con un sujeto concreto, social y subjetivamente constituido. Se apuesta a la participación y protagonismo del usuario, reconociéndolo como sujeto de derechos, "pero al mismo tiempo se argumenta sobre la necesidad de prepararlo para hacer valer sus derechos propios, construyendo un mundo mejor para el Sujeto y para los otros" (De Sousa Campos, 2001, p.73).

Recortarte, como ámbito primordial de socialización y participación activa en la vida comunitaria, al consistirse en un proceso de producción y reproducción de identidad individual e interpersonal que organiza el tiempo, permite planificar, establecer metas y cumplirlas, así como conseguir los recursos necesarios para solventar una vida digna, independiente y autónoma. El trabajo, aquí, posibilita otra posición subjetiva, otra manera de reconocerse y de nombrarse. Implica dejar de ser el "loco" para pasar a ser visualizado como un sujeto con potencia creativa y nombrarse como tal (Suaya 2010).

En ese sentido, es posible percibir que en las usuarias de la salud mental externadas de instituciones totales psiquiátricas, la inclusión en el mundo del trabajo a través de un dispositivo como *Recortarte* tiene al menos dos efectos fundamentales. Por una parte, posibilita la configuración de una identidad para el sujeto, estigmatizado como "loco", al permitirle reconocerse (nombrarse) como sujeto trabajador dotado de potencia creadora; por otra, facilita el reconocimiento desde un quehacer que quiebra el proceso de sujeción al que se lo somete desde el discurso manicomial, facilitando el vínculo con otros, su pertenencia a un colectivo, y su reconocimiento como ser social.

La forma en que se despliega el dispositivo *Recortarte* es, a nuestro entender, fundamental para que se sostenga su desafío a la lógica manicomial, considerando que habitualmente los dispositivos sustitutivos se presentan como espacios instituyentes que pretenden romper con dicha lógica, pero que fácilmente pueden cristalizarse en otro tipo de enclave de lo instituido. Si no se sostiene un proceso continuo de reflexión sobre los modos que va adquiriendo el dispositivo a través del tiempo y si dejan de cuestionarse las diferentes situaciones que se van presentando, es natural que se agote el impulso inicial y se obture la potencia innovadora que todo cambio trae asociada. Ante la posibilidad de enfrentar cambios o la

[9] Posterior a la investigación, el dispositivo también "se recorta" de la *Casa Asistida*, en tanto el taller comienza a funcionar en el local del centro, donde en un principio solo vendían sus productos.

necesidad de realizar modificaciones en el dispositivo, una de las usuarias plantea que aunque actualmente no puede mencionar algo en concreto que amerite una revisión, descansa en que en ese espacio todo es conversable, la palabra circula en los recreos de la jornada laboral, en asambleas o cuando alguna lo necesita.

Teniendo en cuenta, en primer lugar, los diferentes momentos que fue transitando el dispositivo desde el manicomio hacia la lógica sustitutiva; en segundo lugar, las decisiones que se tomaron a lo largo de su trayectoria; y, por último, el modo en que se llevaron a cabo, esto es, por asamblea y teniendo presente la singularidad de las usuarias y las coordinadoras del dispositivo, podemos afirmar que el mismo está articulado según una lógica de análisis de problemas centrada en el qué, el por qué, el para qué, el con quién y/o para quién y no según una lógica de soluciones sostenida en políticas sin sujetos, que lanzan propuestas estructuradas en base al deber ser, donde sólo resta preocuparse por el cómo, en tanto lo que hay que hacer ya está enunciado (Spinelli, p. 279. 2010).

Con este breve recorrido queda explícito que no es posible concebir de manera abstracta un dispositivo de externación que sea llevado a cabo sin contemplar sus condiciones de posibilidad concretas ni, las personas que se comprometen en el proceso, tanto trabajadores como usuarios de salud mental. Es por eso que sostenemos el interés por explorar experiencias como la de Recortarte, ya que implica un ejercicio continuado tanto en la lucha por la autonomía con respecto a la lógica manicomial como en la lucha por el reconocimiento del producto de su trabajo por parte de la sociedad.

Finalmente, nos interesa mencionar que al momento de la escritura de este trabajo, Recortarte continúa funcionando como dispositivo sustitutivo a la lógica manicomial y sigue reflexionando sobre sus modos de producción. Esto significa, evidentemente, que se han producido algunas modificaciones desde el periodo 2017– 2018 contemplado en nuestra investigación.

Referencias

- Amarante, P. (2006). Locos por la vida: La trayectoria de la Reforma Psiquiátrica en Brasil. Buenos Aires: Ediciones Madres Plaza de Mayo.
- Centro de Estudios Legales y Sociales. (2015). Cruzar el muro. Desafíos y respuestas para la externación del manicomio. Buenos Aires: CELS.
- Dell'Acqua, P. (2012) Desde el manicomio hacia los servicios de salud mental en el territorio. En Ideass Italia. Innovación para el Desarrollo y la Cooperación Sur–Sur. http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/doc/BrochureTriesteESP.pdf
- De Sousa Campos, G. (2001) Gestión en Salud. En defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar.
- Fernandéz, F. (2015). Acompañantes terapéuticos pasan a planta. Notas periodismo popular. Edición del día 16 de octubre de 2015. Recuperado de: https://notasperiodismopopular.com.ar/2015/10/16/acompanantes–terapeuticos–planta–rosario/
- Freud, S. (2007). El Malestar en la Cultura.Traducción de Luis López Ballesteros y De Torres. En Obras Completas, Tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gofman, E. (1972) Internados. Buenos Aires: Amorrortu.
- Ingrassia, F. (2019). Horizontes de la clínica. En Mundo atlas. Psiquiatría en red, 17. Mayo. http://mundoatlas.com/horizon-

tes–de–la–clinica%EF%BB%BF–franco–ingrassia/

- Ley Nº 26.657. Ley de Salud Mental y Adicciones. (2010). Publicada en el Boletín oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 25 de noviembre de 2010.
- Ley 18910. Publicada en el Boletín Oficial del 15 de enero de 1971.
- Ley provincial Nº 10.772/91. Ley de Salud Mental. (1991) art 13. Publicada en el Boletín oficial Santa Fe, Argentina, 26 de diciembre de 1991.
- Observatorio de Derechos Humanos (2017) Recomendaciones en relación al otorgamiento de pensiones no contributivas a las personas con discapacidad. Buenos Aires: Honorable Senado de la Nación Argentina. Recuperado de http://www.senado.gov.ar/bundles/senadomicrositios/pdf/observatorio/pensiones_discapacidad.pdf.
- Palacios, A. y Bariffi, F. (2007). La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: Cinca.
- Rotelli, F. (2014). Para desmanicomializar bien. En Página 12. Septiembre. https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9–254476–2014–09–04.html
- Rotelli, F. (2015). Vivir sin manicomios: La experiencia de Triestre. Buenos Aires: Topía Editorial.
- Spinelli, H. (2010) Las dimensiones del campo de la Salud en Argentina. En Revista Salud Colectiva. Vol.6. P. 275–292.
- Suaya, D. (2004) Construcción y validación del dispositivo. Historia Vital del trabajo. Aplicación en la Clínica de la Externación. Buenos Aires: Cooperativa Chilavert Artes Gráficas.
- Suaya, D. (2010) Historia vital del trabajo: herramienta de atención en salud colectiva. Buenos Aires: Cooperativa Chilavert Artes Gráficas.

Un dispositivo grupal como herramienta para la adscripción al sistema de salud[1]

A group device as a tool for affiliation to the health system

Carlos Gabriel Colusso[2]

Resumen

El presente artículo tiene por objetivo comunicar resultados, lecturas y reflexiones producidas en el análisis de un caso de inclusión de dispositivos grupales alternativos a las lógicas manicomiales, en el campo de la Atención Primaria de la Salud.

En primer término, consta de una descripción del espacio, sus orígenes, problemáticas a las que da respuesta, y finalidades, de acuerdo a la mirada de los entrevistados. Incluye en este punto algunos fundamentos teóricos del dispositivo, lo que da ocasión a pensarlo en relación a las tecnologías blandas y el trabajo vivo en salud.

Los apartados siguientes se centran en la indagación de los procesos de coordinación asistencial: el primero, en lo referido a la planificación, y su imbricación con las instancias de gestión; el siguiente intenta ubicar la coordinación expresada en transiciones –como trayectos de los usuarios entre los procesos de atención singular y el espacio colectivo, y como producción de espacios transicionales en los que se superponen proyectos terapéuticos individuales y del dispositivo–; mientras que el último consiste en una digresión, necesaria, relativa a intersecciones entre tecnologías, arreglos institucionales, y dispositivos.

Las consideraciones finales, incluyen una reflexión acerca del lugar de lo micropolítico en las condiciones de posibilidad de producción de salud.

Palabras clave: Coordinación asistencial – Adscripción– Dispositivo – Trabajo vivo – Cogestión.

Summary

The objective of this article is to communicate results, readings and reflections produced along the analysis of a case of inclusion through group devices alternative to psychiatric logics, in the Primary Health Care Area. In the beginning, we describe the space, its origins, problems to which it responds and purposes, according to the interviewees´opin-

[1] El presente artículo se basa en el Trabajo Integrador Final de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria denominado "Un caso de inclusión de dispositivos grupales alternativos a las lógicas manicomiales, en el campo de la Atención Primaria de la Salud", de mi autoría, dirigido por Mgtr. Adriana Huerta, presentado en 2019.

[2] Psicólogo, Especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria (UNR). Trabaja en la Dirección de Centros de Salud de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

ions. It includes some theoretical basis which gives occasion to think it in relation to soft technologies and live work in health. The following sections focus on the investigation of the processes of aid coordination: the first, in terms of planning and its interweaving with the management; the next one tries to locate the coordination expressed in transitions –as paths for users– between the processes of singular attention and the collective space, as a production of transitional spaces in which individual and device therapeutic projects overlap; the latter consists of a digression, necessary, relating to intersections between technologies, institutional arrangements and devices. The final considerations include a reflection about micropolitical and the conditions of possibility of health production.
Keywords: Care coordination – Adscription– Device – Living work – Co–management.

Presentación

El presente artículo busca exponer los resultados de una indagación sobre un dispositivo grupal que funciona, desde 2014, en un centro de atención primaria de la salud (CAPS) dependiente de la Municipalidad de Rosario; y se ha centrado en el análisis de procesos de coordinación entre ambas instancias, durante el año 2018.

Se trata de un espacio grupal del que participan jóvenes y adultos, muchos de los cuales atraviesan graves situaciones de sufrimiento subjetivo, con consecuencias en sus posibilidades de establecimiento de lazos.

De acuerdo a lo enunciado por sus coordinadores, si bien se considera un espacio abierto a la comunidad, es activamente ofrecido a personas con diversas problemáticas vinculadas a la salud mental, y a quienes su padecimiento de distintos grados de estigmatización y discriminación las sitúan en grave posición de vulnerabilidad, al articularse en sus historias vitales aquellas sanciones y prácticas relacionadas con las representaciones tradicionales de la enfermedad mental, y la pertenencia a sectores sociales afectados por acentuados procesos de desafiliación. Así, la población a la que se dirige este espacio se puede caracterizar como un grupo excluido o incluido de manera frágil, que no establece lazos que resulten significativos, sin proyectos que permitan proyectarse en algún futuro diferente, y con historias singulares signadas por la pobreza, la discriminación, las prácticas de encierro, el aislamiento, la violencia.

El espacio tiene como finalidad la apropiación subjetivante de objetos culturales, y la construcción de nuevos lazos; la ocupación de espacios vitales inéditos a partir del intercambio y el compartir lo producido (interpretación de canciones, dramatizaciones, dibujos) en el grupo, en actividades abiertas a la comunidad y en otros eventos, albergando la diversidad, y sin afectar la libertad individual.

En el marco del trabajo aquí presentado, la experiencia fue indagada como caso de inclusión de dispositivos grupales alternativos a las lógicas manicomiales en los centros de salud que forman parte de sistemas de salud basados en los principios de la Atención Primaria de la Salud (APS).

Como particularidad, este trabajo intentó abordar una caracterización desde la perspectiva de la organización de los servicios de salud, analizando la relación entre el dispositivo y el CAPS. Para ese análisis, se tomó como eje principal a los procesos de coordinación asistencial entre ambas instancias, sus grados de realización, vacilaciones e impasses.

La categoría de *coordinación asistencial*, alude a los procesos de ajustes y concertaciones entre niveles, servicios, y otras instancias de atención dirigidas a la integración de las res-

puestas asistenciales. En los sistemas de salud, los problemas de coordinación entre niveles asistenciales se manifiestan fundamentalmente en la ineficiencia en la gestión de recursos, pérdida de continuidad en los procesos, y disminución de la calidad de la atención prestada (Terraza Núñez, Vargas Lorenzo y Vázquez Navarrete, 2006). Dado que esos problemas toman mayor relevancia en pacientes crónicos, resultó pertinente indagar estos procesos de coordinación asistencial en relación a la situación delimitada como objeto de la indagación, donde un horizonte de cronicidad de los padecimientos subjetivos asoma en muchos casos singulares.

Este trabajo se desarrolló en un contexto que ubicaba a la experiencia analizada bajo la influencia de movimientos sociales vinculados a la defensa de los derechos de usuarios de servicios de salud mental, y del fuerte desarrollo que la APS ha tenido en la ciudad de Rosario desde los años noventa, ambos procesos en sintonía con la promulgación y defensa de la Ley N° 26657.

La construcción de una Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones centrada en los derechos humanos fue el resultado de un proceso del que han participado colectivos de usuarios, familiares, profesionales, asociaciones gremiales. Su implementación requiere de una red de servicios territorializados que garanticen el acceso a derechos, y favorezcan los procesos de externación e inclusión social de personas con padecimiento mental, tendiendo, además, a evitar nuevas internaciones.

En ese sentido la inclusión de los problemas de salud mental en la estrategia de APS resulta fundamental para la construcción de espacios asistenciales y prácticas contextualizadas con perspectiva comunitaria, en tanto la afectación de la vida social es marca presente en los casos de padecimientos graves, y teniendo en cuenta que los efectos de la injusticia social configuran particularidades en los modos de producción de subjetividad y formas del sufrimiento.

En el ámbito de la salud pública local, en torno a la situación de los dispositivos grupales se configura una preocupación común a muchos trabajadores, ligada a la legitimación de estos espacios al interior de las mismas instituciones desde las cuales se desarrollan, frente a la población, y ante los actores que representan instancias centrales de gestión. En términos generales, puede sostenerse que esa preocupación responde a que "los dispositivos y prácticas no tradicionales persisten más como iniciativas de compromiso individual o experiencias extraordinarias que como parte de las políticas públicas en el sector" (Zaldúa, Pawlowicz, Tisera, Longo, Sopransi, Lenta, Moschella y Lohigorry, 2014).

Esta problemática de legitimación, que a veces parece colorear la cultura institucional sin encontrar instancias de tramitación adecuada, ha tomado un tinte de gravedad en el contexto nacional durante los últimos años, donde las políticas más generales y las referidas a la Salud Pública se han presentado como amenazas y retrocesos concretos respecto del desarrollo de modelos de atención centrados en el paradigma de derechos.

Resulta, por ello, de gran importancia registrar, analizar y comunicar experiencias que se consideren solidarias a este modelo.

El análisis al que se alude a continuación se realizó desde una perspectiva de estudio de caso, cualitativa, exploratoria, tomando inspiración en algunas consideraciones referidas al método indiciario.

La información fue relevada a partir de instancias de observación participante, entrevistas con trabajadores[3], y el acceso a docu-

[3] Se ha entrevistado a la jefa del CAPS, la trabajadora social, dos médicos generalistas, una de ellos, además, coordinadora del espacio, y a una antropóloga que

mentos de gestión de las Direcciones de Centros de Salud y de Salud Mental, e informes, notas y proyectos realizados por los integrantes del dispositivo.

Caracterización del dispositivo

Sobre los orígenes

En las entrevistas, los relatos relacionados a las motivaciones del primer armado del dispositivo, no hicieron mención al cumplimiento de leyes o de mandatos institucionales, sino la inquietud del equipo por construir formas de abordaje creativas a problemas que no podían ser alojados suficientemente desde una organización donde las intervenciones se producían exclusivamente a través de dispositivos de consultas individuales.

De acuerdo a esos relatos el momento de creación del espacio, en 2014, apareció coincidente con la conformación de un "nuevo equipo" –así fue denominado por diferentes actores indagados– en el CAPS, integrado en mayor parte por nuevos trabajadores. Los entrevistados concordaron al contar que a fines de 2013, la violencia y la hostilidad habían crecido de tal modo en el territorio, que llevaron a la mayoría de los anteriores trabajadores a sentirse amenazados y efectuar traslados a otros puestos.

Se presentó en el equipo, entonces, una inquietud vinculada a la sustentabilidad de los procesos de trabajo, articulada a la necesidad de volver a alojar a los usuarios del CAPS. Se consideró que para que el territorio –signado por la presencia de violencia, hostilidad, crueldad– fuera habitable para el equipo del CAPS, había que trabajar haciendo habitable el espacio del centro para los usuarios que viven en el territorio.

Puede decirse que el origen del dispositivo parecía ligarse a las estrategias que "el equipo nuevo" fue construyendo en esos momentos[4], tanto para dar respuesta a problemas poblacionales, como para producir una habitabilidad del territorio que parecía perdida.

La búsqueda y el desarrollo de metodologías adecuadas para dar alojamiento y tramitación a diferentes problemas de salud de la población son intrínsecos a la APS como estrategia. Este planteo incluye la dimensión ética de la organización del trabajo, ya que las distintas formas de asistencia se expresan diferentes modos de lazo social (Galende,1998). Esto resulta de particular relevancia en el caso, ya que esa organización del trabajo condiciona las posibles respuestas e intervenciones de los equipos de salud, en procesos de salud–enfermedad–atención dados en un contexto signado por la inequidad, la vulnerabilidad, la desafiliación.

El espacio grupal nació como una instancia originalmente pensada por trabajadores del CAPS en relación a problemáticas de sus usuarios, como creación en un clima de cierta frescura dada por la conformación de un nuevo equipo –con cierta distancia a posibles procesos de mortificación en lo instituido– que se propuso establecer modos de trabajo que incluyan una lectura del territorio.

Una de las condiciones fundamentales para la posibilidad de una coordinación entre instancias asistenciales, está dada por una comunidad de estrategias y objetivos (Vargas,

también coordina el espacio grupal, pero no forma parte del staff del CAPS.

[4] Cabe señalar que esas nuevas estrategias construidas por trabajadores recién llegados se apuntalaron en el trabajo conjunto con algunos –pocos– integrantes del equipo anterior, como la psicóloga que continuó en el CAPS durante un año más. Su presencia fue importante para dar continuidad a lazos entre los usuarios y la institución que, evidentemente, no estaban radicalmente rotos.

Vázquez, Henao y Campos, 2009). De acuerdo a lo planteado hasta aquí, podría señalarse que esa condición se encontraba allanada en los inicios de la experiencia.

Para profundizar sobre esta afirmación y confrontarla con la realidad del espacio durante el período aquí abordado –2018–, se ubicarán las problemáticas de los usuarios, las finalidades del espacio y el tipo de tecnologías desplegadas, de acuerdo a lo señalado por los trabajadores.

Problemas de salud de los usuarios

Si un problema se constituye en la distancia entre una realidad observada por un actor social y un valor o deseo referido a cómo debería ser (Rovere, 1993), puede enunciarse que la brecha entre una necesidad en salud y su satisfacción sería una forma posible de expresión de los problemas de salud.

Se caracterizará a continuación la noción necesidades en salud, como un modo de aproximación a la descripción de problemas de salud, en tanto la construcción discursiva de una necesidad implica justamente una idea referida a un valor o deseo disímil con la realidad observada.

Cecilio (2009) teoriza sobre las necesidades en salud, señalando que el equipo de salud debe trabajar para despejarlas ya que, por lo general, aparecen en la consulta, bajo el modo de demandas más o menos inespecíficas y de manera individual. Con la finalidad de describir y operacionalizar el concepto, propone una taxonomía de cuatro categorías: 1) condiciones de vida; 2) acceso a las tecnologías de salud capaces de mejorar y prolongar la vida; 3) vínculos –efectivos y afectivos– entre cada usuario y un equipo o profesional; y 4) grados de autonomía de cada persona en sus modos de conducir su vida, en relación a la lucha por la satisfacción de sus necesidades.

Las cuatro categorías son aplicables a la construcción de los problemas de salud de la población con la que el dispositivo intentaba trabajar, y las dimensiones a las que aluden pueden hallarse en los dichos y enunciados de los trabajadores.

Si bien en las entrevistas aparecieron aproximaciones a la descripción de los problemas de los usuarios desde la mención de categorías diagnósticas –"trastorno de salud mental", "retraso mental", "problemáticas de consumo", "psicosis"– en general se hizo hincapié en cuestiones ligadas a las dificultades para la vida social, leídas desde los modos de transitar la institución.

Se habló de personas que no tenían espacios de socialización, o tenían escasamente y en general, reducidos a lo familiar. Se pueden ubicar dos modos en los que el aislamiento apareció como problemática: por un lado, aquellos que prácticamente no salían de sus casas; por otro, quienes pasaban mucho tiempo en el centro de salud, circulando sin ninguna actividad, sin pedidos consistentes o claros, cuestión que comenzó a leerse en clave de demanda.

Los trabajadores ubicaron las problemáticas de estos usuarios en torno a la posibilidad de establecer lazos con otros y vivir con autonomía. Como veremos en seguida, también identificaron la necesidad de acceso a tecnologías adecuadas a la problemática, frente a la cual este espacio grupal apareció como respuesta. Más adelante se intentará pesquisar qué calidad de vínculos terapéuticos se han construido a nivel singular desde el espacio, como también si se han producido lecturas y consecuentes intervenciones en relación a las condiciones de vida, de alcance intersectorial.

Finalidades

En las entrevistas, las finalidades del espacio aparecieron muy ligadas a la caracterización anterior. Fueron señaladas: la constitución de una grupalidad, el establecimiento de lazos de amistad y amorosos, y –cuestión subrayada por todos los entrevistados– el aumento de autonomía de los participantes.

Además de las finalidades ligadas directamente a la salud de los usuarios, han mencionado otras, que referían a dar respuesta, desde los nuevos modos de trabajo, a problemas organizacionales provocados por ciertas manifestaciones –"demandas inespecíficas", para el discurso médico– de los usuarios.

El médico entrevistado relató que algunos usuarios del dispositivo aparecían como "policonsultantes", reconociendo, además, que las respuestas a sus demandas, en la consulta, no eran efectivas en términos de satisfacción, o calma del malestar.

Al respecto cabe ensayar la siguiente lectura: en el consultorio, se produce un trabajo de significación de la demanda desde el saber médico. Bajo el imperio de prácticas médico–hegemónicas, y en el contexto dado por una organización que propone soluciones estandarizadas a ocasiones disímiles, se da respuesta al sufrimiento desde un saber que, en su imbricación con el poder, puede resultar en un acallamiento del sujeto. Como conjetura, puede pensarse que, en esta situación, un malestar que aparece con un intento de ciframiento en el cuerpo, no logra constituirse como mensaje, e insiste, produciendo una situación de "polidemanda".

Esa insistencia motivó un cuestionamiento a la eficacia de la modalidad de respuesta practicada en el consultorio, dando lugar en el equipo a la idea de producción de otro alojamiento de esa demanda, que implicara ubicar un paréntesis en lo referido a su satisfacción. Pensar en una "adscripción diferente" –como señalara una entrevistada– dio lugar a la inclusión de una perspectiva de equidad; de respuestas específicas, diferenciadas, a problemáticas de salud que afectan de distintos modos a distintos sectores o miembros de esa población.

Retomando las ideas de Cecilio (2009), puede decirse que el dispositivo se constituyó como forma de hacer accesibles para un grupo de usuarios tecnologías adecuadas a sus necesidades.

Pensando el espacio grupal como tecnología

Desde la declaración de Alma–Ata (OMS, 1978), tomó relevancia como tema de salud pública la cuestión de las tecnologías apropiadas para la APS, con diferentes propuestas o desarrollos de acuerdo a la concepciones de APS en las que encontraran sustento.

Desde un punto de vista técnico, la tecnología consiste en la organización de los recursos que se destinan al cumplimiento de una determinada tarea; y como término, refiere a los procesos de trabajo (Testa, 1988).

Merhy, Feuerwerker y Burg Ceccim (2006) desarrollan una diferenciación dentro de las tecnologías en salud. Denominan "blandas" a aquellas que reposan en el trabajo sobre la relación con el paciente, aspectos transferenciales, atravesamientos institucionales, poder. Estas tecnologías posibilitan al trabajador actuar sobre las realidades singulares de cada usuario en cada contexto, utilizando las tecnologías duras y blanda–duras como una referencia. Para los autores, en el espacio privado en que ocurre la relación intersubjetiva entre trabajador y usuario, es posible la construcción de una libertad de hacer las cosas de manera que produzcan sentido, al menos para

los trabajadores, pero preferentemente para ambas partes. La expresión "trabajo vivo" alude al trabajo creativo en el cual los trabajadores de salud reinventan constantemente su autonomía en la producción de actos de salud.

El trabajo dirigido a propiciar autonomía en los usuarios será efectivo según las posibilidades de los trabajadores de ejercer su propia autonomía en las relaciones terapéuticas que se instituyan, y de que puedan sostener una posición emancipada frente a mandatos que hagan hegemónicos otros sentidos de la institución. Es decir, que logren transitar por las tensiones que supone el alojamiento de lo singular en espacios públicos, y el auspicio de una autonomía en usuarios marcados por el estigma de la incapacidad y el desvalimiento.

A la vez, la posibilidad del trabajo vivo está relacionada a la disposición de los recursos para cumplir con la tarea.

Esa organización de los recursos requiere de otro trabajo, de gestión, con una planificación adecuada a las finalidades.

En algunas de las entrevistas, pudo leerse el planteo de "lo grupal" o "el arte" como valores en sí mismos, con algún componente genuino que hace de por sí a cierta producción de subjetividad. Sin embargo, pudo apreciarse que la lógica del dispositivo no se agotaba en formas y contenidos dados, sino que ponía en juego una estrategia que implicaba "la oferta de lazo social", a través de un encuadre particular planteado por los coordinadores, en un tiempo y lugar determinados. Un encuadre, a la vez, siempre puesto en cuestión, a partir del ejercicio de una constante interrogación a la luz del tipo de lazos que allí se establecieran.

Al mismo tiempo, el alojamiento singular en el dispositivo, la posición adoptada en relación al lazo, implicaba necesariamente algún movimiento del sujeto, siendo función del equipo hacer lectura del mismo, sosteniéndolo a veces o interrogándolo otras.

En relación a la delimitación conceptual de un espacio denominado "dispositivo grupal alternativo a las lógicas manicomiales", que intenta producir "modos de adscripción diferentes", se situarán algunas ideas respecto de los términos de su denominación.

En referencia al concepto de dispositivo, Agamben (2011) retoma los desarrollos de Foucault, resumiendo en tres puntos sus elementos principales:

> 1) se trata de un conjunto heterogéneo que incluye virtualmente cada cosa, sea discursiva o no: discursos, instituciones, edificios, leyes, medidas policíacas, proposiciones filosóficas. El dispositivo, tomado en sí mismo, es la red que se tiende entre estos elementos. 2) El dispositivo siempre tiene una función estratégica concreta, que siempre está inscrita en una relación de poder. 3) Como tal, el dispositivo resulta del cruzamiento de relaciones de poder y de saber. (p. 250)

De acuerdo a sus afirmaciones, un dispositivo siempre implica procesos de subjetivación: "Llamo dispositivo a todo aquello que tiene, de una manera u otra, la capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivos" (Agambem, 2011, p. 257).

La configuración de un dispositivo tendrá determinaciones sociales, históricas, culturales. En ese sentido, un CAPS es un espacio institucional con múltiples atravesamientos, y puede verse como una coreografía compleja en la que coexisten distintos dispositivos, que a su vez soportan distintos modos de producción de subjetividad.

Respecto de la característica grupal del espacio, será condición para sostener la *vitalidad*

del trabajo estar advertidos de la complejidad que lo grupal implica. Siguiendo a Percia (1997),

> Para que un grupo pueda instituir sus acciones como propias, es necesario un trabajo crítico sobre su dispositivo de producción. Se quiere decir, una crítica que revele como problema el poder productor de los dispositivos grupales (p. 45)

Percia sostiene que no debe pensarse en alguna esencialidad que defina lo grupal ya que "el grupo es la producción de un espacio común, en el que se realiza una implicación diferente" (p. 43). Se puede pensar, entonces, el grupo como un momento en lo colectivo, en el cual hay convergencia respecto del tema o motivo, pero la manera de afectación es singular. "El deseo puede coincidir sobre una misma figura, pero no se ajusta según una forma general de articulación" (p. 43).

De acuerdo a lo planteado, el valor terapéutico del espacio, su potencialidad en tal sentido, puede ubicarse en relación, al menos, a dos dimensiones. Una de ellas se vincula a la condición subjetivante del dispositivo, al ofertar al sujeto lugares a ocupar en el lazo; alude a la ética en tanto esa oferta requiere del análisis crítico del dispositivo fundante de lo grupal. La otra refiere a la clínica de la singularidad, en tanto es posible allí una lectura de las afectaciones en juego frente al encuentro con aquellos lugares ofrecidos, y del sostén y otras intervenciones adecuadas a ese nivel singular.

Por su parte, la adjetivación de *alternativo* respecto de los modos de producción de subjetividad esperables, hace referencia al lugar del saber y el poder. Es así que alternativo refiere a la diferenciación y distanciamiento con el modelo manicomial.

El dispositivo, en tanto tiene una función que siempre está inscrita en una relación de poder, y resulta del cruzamiento de relaciones de poder y de saber, no se reduce al espacio grupal, con sus días y horarios de encuentro, sino que se extiende a todo el reticulado relacional que hace posible su existencia.

Como ya se ha señalado, su sostenimiento en relación a organizaciones del trabajo más clásicas (tayloristas), y modos de pensar las prácticas vigentes (hegemonías disciplinares), requiere de otras tecnologías, de gestión, y planificación, que permitan su desarrollo.

Procesos de coordinación en la planificación, gesta, y gestión del dispositivo

La integración de las áreas de dirección y apoyo a las estrategias es una condición para que sea posible una adecuada coordinación asistencial (Vargas et al. 2009).

Esa integración puede cobrar existencia en espacios formales de planificación, en la gestión de recursos, pero también puede darse a leer en la cotidianeidad de los lugares de trabajo, en la toma de decisiones con autonomía e interacciones "laterales" que requiere un espacio de trabajo con alto nivel de incertidumbre.

Resulta importante situar algunos planteos de Onocko (2002) acerca de la *cogestión*. Hablando de la gestión como productora de intersubjetividad y procesos transicionales, sostiene que, entre la heterogestión taylorista y la utopía autogestionaria, la vida se desenvuelve en constante cogestión. Así, la revaloriza como dimensión de creación de la gestión, en tanto la función que operarían allí los gestores, o jefes, sería la de acompañar procesos creativos entre trabajadores dando lugar a relaciones intersubjetivas al modo de procesos transicionales (Winnicot, 2007).

Los distintos tipos de cogestión pueden considerarse como modalidades de la inte-

gración directiva o gerencial. Según Onocko (2002), el primer momento de la planificación de un proyecto, muchas veces es la estructuración de un grupo como intersubjetividad, para lo cual los jefes deben garantizar un tiempo y un lugar, y ofrecer suficientemente sostén y manejo, "estando" jefes, y no "siendo" jefes (p.6).

En las entrevistas se manifestó un reconocimiento del apoyo de la Dirección de Salud Mental en lo relativo a la conformación de un espacio central y seguimiento de los espacios grupales locales, con gestiones de recursos humanos y materiales. También apareció ubicado un aporte económico para compra de materiales desde la Dirección de Centros de Salud; dándose por descontados los recursos humanos y espacios físicos destinados[5]. Sin embargo, se mencionó la ausencia de espacios de planificación que pusieran en relación sistematizada los procesos de gestión local con el dispositivo. De acuerdo a lo señalado, los encuentros entre equipo de coordinación y trabajadores con funciones formales de gestión de la Secretaría de Salud han sido muy puntuales a lo largo de los años de funcionamiento del dispositivo, y han estado dirigidos a resolver cuestiones de recursos de manera acotada.

Varios entrevistados se detuvieron en el mayor o menor lugar del dispositivo como tema en la agenda de las reuniones de equipo del CAPS. Las opiniones fueron disímiles, y sostenidas también en diferentes modos de pensar el ingreso del tema en esa agenda; algunos pensaban que era suficiente informar sobre el trabajo realizado, mientras otros problematizaban en relación a la dificultad de hacer de esas reuniones un momento de planificación. Frente a la interrogación acerca de esa dificultad, aparecían como respuestas problemas de organización, la bastedad de temas y problemas a tratar, y la priorización de problemáticas por su carácter de urgencia. Este era un tema que podría esperar. También se ha señalado en las entrevistas que, a la vez, en los espacios de retrabajo de los coordinadores del dispositivo no participaban otros integrantes del equipo de salud, ni se constituían otros espacios sistemáticos para la discusión de casos.

Al interior de la Coordinación del dispositivo, parecía reflejarse algo de esa insuficiencia: quienes coordinaban el espacio sin formar parte del equipo del CAPS, no percibían sostener relaciones con otros trabajadores de ese equipo. Así, la lectura de los procesos y sucesos que transcurrían en el dispositivo quedaba bastante alejada del conocimiento de otros aspectos de los procesos de atención de los participantes.

Tras el análisis de las entrevistas y otras fuentes, ha quedado enunciada una interrogación acerca de la relación entre la falta de definición del tiempo y lugar necesarios para que la cogestión se produzca, y otros desencuentros en niveles centrales de gestión de los que aquella dificultad podría ser correlato.

En consonancia con la escasez de instancias de cogestión, en el equipo de coordinación aparecieron dichos que transmitían una crítica a lo que podría leerse como una precariedad ligada a la ausencia de apuntalamientos sostenidos desde instancias de gestión de mayor centralidad, instituidas y reconocidas. Frente a esto señalaron un reaseguro puesto en el apoyo político de la Dirección de Salud Mental al desarrollo de los espacios grupales

[5] El equipo de coordinación del espacio, en 2018, estaba conformado por: una médica generalista y un psicólogo integrantes del equipo del CAPS, una psicóloga que desarrollaba sus prácticas en el marco de una carrera de especialización de la UNR, una antropóloga que dependía administrativamente de la Dirección de Salud Mental, y una profesora de teatro que se sumó a partir de la articulación con el Programa Nueva Oportunidad, en el marco de un proyecto de capacitación de promotores culturales.

que, a la vez, fue reconocido como frágil, y sujeto a posibles cambios de acuerdo al signo político de futuros gobiernos.

Si bien la coordinación del espacio reconoció como problemática la precariedad en los apoyos, en tanto insuficiencia de la cogestión, esto parecía por momentos resolverse en un deslizamiento hacia el sostenimiento de una ilusión de autogestión, de suficiencia. Esta idea se hacía manifiesta en la ausencia de invitaciones, por parte del equipo de coordinación, a otros trabajadores del CAPS a participar de instancias de planificación.

A lo largo de las entrevistas, se han omitido las temáticas de capacitación e instancias de supervisión, omisión que también puede leerse como correlato de esa idea de "autosuficiencia". Este punto se pone de relieve teniendo en cuenta que en las observaciones participantes, se advirtió que las reuniones del equipo de coordinación ocurrían en un clima de mucha intensidad y ritmo de trabajo, con grandes flujos de información, toma de decisiones y definición de estrategias apoyadas en lecturas clínicas.

En un sentido diferente del de los planteos hasta aquí recuperados, los dichos de otra coordinadora del espacio abonaron la idea de que había, quizás invisibilizado, un trabajo a nivel de la gestión local; en tanto desde el entorno laboral del espacio y sus coordinadores se mantenían condiciones mínimas necesarias, aquellas pequeñas cosas que tienen que suceder todos los días para que una actividad se desarrolle sin inconvenientes mayores: el orden y la limpieza del lugar, la buena recepción a los participantes, el trato amable aun cuando la actividad se volviera ruidosa y desordenada.

Podemos conjeturar que los integrantes de los equipos sostenían y producían interacciones "laterales", con acuerdos y resolución de problemas sin intervención directa de directivos o gestores, que conducían a un nivel de legitimación de la experiencia al interior del equipo de salud, produciendo participaciones indirectas, en el cuidado del espacio de trabajo o del tiempo que destinaba a él la coordinadora médica, por ejemplo.

En general, podría sostenerse que estos niveles de participación del resto del equipo de salud se encontraban relacionados a una aceptación del valor del dispositivo como espacio de producción de salud.

Los entrevistados subrayaron el respeto del equipo de salud hacia el tiempo que sus compañeros dedicaban al espacio, en especial, el destinado por la coordinadora que además cumplía funciones como médica. Este hecho implicaba una reducción de la oferta asistencial bajo la forma de consultas, y complicaba la organización de la respuesta a demandas "espontáneas, del día", en especial las sostenidas por personas ya referenciadas a esa médica. De acuerdo a distintos fragmentos de entrevistas, el sostenimiento del tiempo dedicado a prácticas alternativas a las tradicionales no se produjo sin dificultades, como un reflejo de la tensión en torno a la legitimación del espacio.

En la figura de la médica/coordinadora de taller de arte, quien respondía o maniobraba entre demandas de distinta índole, se manifestaban, de manera condensada y desplazada, los conflictos que las distintas prácticas –y los sentidos que instituyen– gestan en la institución.

Transiciones, puentes entre la atención singular y el espacio grupal

Derivación e inclusión de usuarios en el dispositivo

Respecto de las modalidades de inclusión de los usuarios en el dispositivo, los relatos

apuntaron a que inicialmente fueron convocados por la médica y la psicóloga que iniciaron el espacio. Al momento del relevamiento, se partía de la invitación o sugerencia de distintos trabajadores, médicos, psicólogos, trabajadora social, enfermeros, que comentaban previamente la situación a los coordinadores del espacio, en general a la médica y el psicólogo que integraban, también, el equipo del centro. Asimismo, algunos usuarios llegaban por invitación de otros participantes.

Entre los criterios y estrategias para la derivación de usuarios al dispositivo, podemos señalar que para algunos trabajadores se mantuvieron los criterios iniciales en relación a las dificultades de socialización.

Otros manifestaron que se habían producido ampliaciones de criterios para la derivación al espacio, cambios en relación a la ruptura de barreras que hacían pensar que el espacio era exclusivamente para "pacientes que tienen trastornos de salud mental". Se invitaba "ahora" a personas sobre las que se consideraba que necesitaban recreación, espacios de encuentros con otros y que brindaran herramientas de expresión artística.

Las maneras en que la oferta se presentaba eran variadas, e iban desde ofrecer la participación como una propuesta que formara parte del proyecto terapéutico, hasta acercamientos de apariencia más informal y/o espontánea, invitando al "club de amigos".

Como obstáculo para que algunas derivaciones se hicieran efectivas, se mencionaron los prejuicios y posiciones discriminatorias frente a la visibilidad del padecimiento mental, que reducían el acercamiento al espacio de nuevas personas. Frente a esto, se encontraron dos posiciones. La primera, mantenía en los enunciados una partición de los seres humanos entre aquellos que portan enfermedades o trastornos mentales y los que no, planteando que alguna gente invitada al espacio no accedía ya que "piensan que es exclusivamente para personas que tienen trastornos de salud mental". La segunda posición no desconocía los efectos de la estigmatización, pero no ubicaba las consecuencias de la discriminación sobre la convocatoria al espacio como un obstáculo, sino como límite de la estrategia.

Trayectos desde el dispositivo a espacios singulares

Entre las modalidades de transición desde el dispositivo a los espacios singulares, puede señalarse que el momento de desarrollo de la actividad, era una oportunidad para visibilizar y enunciar problemas y dolencias de distinta índole, desde las más puntuales como una cefalea u odontalgia, a otras de mayor impacto en la historia vital y que requerían abordajes más complejos, como una situación de violencia familiar, o la necesidad de construir la elección de un método anticonceptivo.

En los primeros casos, estos emergentes eran tratados a partir de la derivación del usuario al espacio asistencial (consultorio de enfermería, médico, odontológico) más accesible, de acuerdo a la organización que disponía ese día el CAPS para resolver la "demanda espontánea".

Frente a las otras situaciones, se trataba de coordinar un trabajo con el médico de referencia y otros integrantes del equipo, de acuerdo a una primera ponderación de la pertinencia de un abordaje interdisciplinario.

Tal como fue señalado en los relatos, y pudo ser observado, los usuarios se acompañaban en el movimiento del espacio grupal a la atención singular, una vez definida la forma en que ésta se ofrecía.

Un punto llamativo era la tendencia de los usuarios a elegir a la coordinadora del espa-

cio como médica para la atención singular, condicionados, tal vez, por la construcción de lazos de confianza que allí se producían. En las observaciones se pudo advertir el grado de implicación de los usuarios con el dispositivo en tanto lugar para decir: hablaban de sus experiencias cotidianas, sentimientos, disfrutes, dificultades; hablaban de sí mismos, con esa implicación con la propia palabra que tiene por condición la presencia de un otro/Otro, una escucha. Sostener ese lugar era una de las funciones de los coordinadores, también de la médica. Se producía, entonces, un efecto de cierta horizontalización de las relaciones de poder, en tanto el saber que se desplegaba y tenía preponderancia era el saber sobre sí, en permanente develamiento.

Esta situación fortalecía y facilitaba procesos de adscripción, pero también los concentraba en trabajadores con los cuales los usuarios establecían relaciones en el dispositivo.

Es importante también señalar que, además de que los coordinadores se constituían en ocasiones como agentes derivadores –para que fueran atendidas cuestiones que los usuarios vivenciaban como necesidad de atención–, los usuarios se apropiaban del espacio del CAPS logrando una confianza en la relación con la institución desde la cual se habilitaban a realizar pedidos y consultas sin requerir un acompañamiento directo, y de manera efectiva. Incluso se produjeron pedidos encadenados (la demanda de uno permitía a otro ubicar allí un derecho o la posibilidad de un beneficio para sí).

Coordinación de los proyectos terapéuticos singulares y grupales

Desde el enfoque de mayor pragmatismo, la presencia frecuente de estos usuarios en el CAPS facilitaba el seguimiento. Por ejemplo en el caso de aquel que debía realizar controles de salud que incluían extracciones de sangre frecuentes, la enfermera iba a su encuentro cuando él asistía al dispositivo.

Se ha señalado que el espacio, en tanto dispositivo, se presentaba como una forma de "adscripción diferente". Puede sostenerse que una adscripción lograda, con un cierto grado de realización supone el establecimiento de proyectos terapéuticos singulares.

Un nivel aceptable de coordinación entre los espacios –centro de salud y dispositivo grupal– debía mantener una coherencia de propósitos y métodos, que se manifestara en los procesos y recorridos singulares de los usuarios por estos ámbitos de salud.

En algunos casos, quizás las coincidencias generales en torno a objetivos de ambos espacios, sostenidos a la vez por trabajadores sujetos a los mismos proyectos generales y lineamientos, fueran suficiente garantía para que aquella coherencia se sostuviera. No obstante, en otras situaciones, la evaluación de procesos de atención enmarcados en diversas planificaciones, requería de mecanismos de facilitación.

En consonancia, la decisión ligada a proponer que un usuario asistiera al espacio grupal, y transitara por el dispositivo como parte del proyecto terapéutico singular, requería del establecimiento de ciertos mojones y orientaciones del trabajo, producidos en una lectura compartida del caso.

Por tal motivo se relevó la existencia de espacios de retrabajo de los casos, y las instancias de articulación entre el equipo del dispositivo y los equipos de referencia de los usuarios.

De acuerdo a las entrevistas, el equipo de coordinación del dispositivo trabajaba en la lectura de los procesos singulares tal como tenían ocurrencia en el marco colectivo, pensando y redefiniendo en esa clave intervencio-

nes y modalidades de coordinación.

Por su parte, el CAPS establecía distintos modos de encuentro entre los trabajadores implicados en la reflexión sobre un caso: reuniones de equipo, reunión de casos complejos, espacios más informales, "de pasillo"; y reuniones interdisciplinarias agendadas de manera puntual en relación a una situación. Sin embargo, no ha habido encuentros de trabajo clínico entre el equipo de coordinación del espacio grupal y el equipo de referencia de un usuario, según lo referido en las entrevistas.

Ese trabajo quedaba a cuenta de la médica y el psicólogo que integraban ambos equipos, y encarnaban la intersección entre ambos grupos de trabajo. Esta solución de compromiso aparecía como una salida posible frente a dificultades ya descriptas, pero iba en desmedro de un trabajo interdisciplinario y entre equipos (coordinación del dispositivo y equipo de referencia) de mayor riqueza.

El trabajo conjunto sobre los proyectos terapéuticos debería posibilitar la configuración de distintos tipos de transiciones entre el CAPS y su cúmulo de ofertas asistenciales, por un lado, y el dispositivo, por otro.

Estas transiciones, además de ser señaladas como recorridos de personas de un espacio a otro, pueden pensarse como espacios transicionales, donde el proyecto terapéutico singular exista en el transcurrir del espacio colectivo, produciéndose esa existencia en zonas superpuestas (relacionadas con el devenir del sujeto y del espacio colectivo).

Las operaciones sobre el encuadre, la proposición de determinadas consignas de trabajo para el "taller", u otras intervenciones orientadas por la lectura de los procesos singulares, fueron produciendo recortes de esas zonas donde se superponen la experiencia colectiva y el desarrollo del proyecto terapéutico singular. Ejemplo de ello son los señalamientos dirigidos a ubicar las agresiones entre usuarios, suscitadas por dificultades de un usuario para estar alojado en el espacio; la disposición del espacio al auspicio del encuentro de otro usuario y su "potencial" acompañante terapéutico; o el trabajo sostenido en el proceso de ubicar la anticoncepción como tema de salud. Todo esto señala la producción de recortes con implicaciones singulares, y el trazado de trayectos particulares que permiten el acceso a prácticas relacionadas a la salud.

El lugar de lo intersectorial. Perspectivas de integralidad

Otro punto abordado es el de los posibles impactos de los procesos de coordinación entre el dispositivo y la asistencia a nivel singular, en el desarrollo de la intersectorialidad en los proyectos terapéuticos.

Considerar "la salud como la capacidad singular y colectiva para luchar contra las condiciones que limitan la vida" (Ferrandini, 2011, p.1) implica trabajar desde una concepción amplia de los procesos de salud–enfermedad–atención, considerando relaciones de determinación y condicionamiento que van desde lo microbiológico a las políticas sociales, teniendo en cuenta que, tal como señala Sávio Alves (2009), no toda la oferta que requiere la atención de los problemas de salud complejos es inherente al sector salud.

De acuerdo a lo relevado, la participación del dispositivo permitía al equipo una lectura más precisa de condiciones de vida de los usuarios, y su traducción en necesidades de salud. Además, el tránsito de los usuarios por el espacio grupal, allanaba el camino para trabajar en otras intervenciones.

La coordinación con la trabajadora social y otros integrantes del equipo para el acompañamiento de la gestión de beneficios sociales

(certificados de discapacidad, pase de transporte, pensiones), derivó en una línea de articulación con las áreas estatales que trabajan con personas con discapacidad, con buenos resultados. Este fue un punto central de las prácticas de asistencia social en relación a los usuarios del dispositivo.

En las entrevistas se resaltó positivamente la articulación con un aula radial, dependiente de una escuela primaria para adultos, que funcionaba en el espacio físico del CAPS y a la cual asistían varios de los usuarios. Se valoró también el rol activo y de mutuo acompañamiento entre participantes para llegar a ese espacio y sostener la asistencia. La participación del espacio grupal y el andamiaje construido, fueron considerados fundamentales para la reinclusión de varios usuarios en el sistema educativo. Asimismo, se encontraron vínculos con Economía Social para el apoyo de proyectos puntuales de emprendimientos productivos de los cuales algunos usuarios han participado, con resultados satisfactorios para ellos. No obstante, la inclusión laboral y el acceso a la vivienda han sido señaladas, en distintas entrevistas, como las articulaciones menos logradas.

La articulación con otros espacios y propuestas terapéuticas que se inscriben en el mismo paradigma ideológico político en relación a la defensa de los derechos humanos y la sustitución del manicomio, fue planteada como un recorrido de particular importancia en el desarrollo y fortalecimiento de la experiencia. Las instancias de encuentro con dispositivos sustitutivos como El Puente, El Gomecito, Pomelo en el Patio, Café con Leche, han propiciado la apertura de trayectos y circuitos de intercambio para los usuarios; como también favorecieron la construcción de una identidad grupal, mediada por el encuentro con otros. Para los coordinadores, estas relaciones también se constituyeron en apoyo e intercambio frente a problemáticas comunes.

Pensando el espacio grupal como dispositivo

Los dispositivos "buscan subvertir las líneas de poder instituidas. Un dispositivo sólo podrá ser confirmado en esta función, a posteriori" (Onocko, 2002, p.2).

Se describirán aquí aquellos aportes del espacio grupal que –de acuerdo al reconocimiento de los entrevistados– para el equipo de salud propiciaron la interrogación de prácticas instituidas.

En primer lugar, se señalaron aportes a la discusión del equipo de salud, que produjeron reflexiones y una mayor sensibilidad de sus integrantes respecto de la estigmatización relacionada al sufrimiento psíquico y sus consecuencias en el establecimiento de lazos, así como en lo relacionado a perspectivas terapéuticas solidarias a la APS. También se ubicó una valoración positiva de los espacios colectivos –y su relación con el arte, el encuentro con otros, el disfrute de distintas actividades– como alternativas terapéuticas, que impactó en la colaboración del equipo para que el espacio se sostuviera.

Además, se manifestó que el dispositivo producía un impacto en la práctica médica. En primer término, proponía una mirada crítica de las relaciones entre profesionales y usuarios a las que no podría calificarse de "vínculos terapéuticos" cuando producen o sostienen objetalización y asimetrías. El segundo alcance sobre la práctica médica, se relacionaba con facilitar el desarrollo de una "ampliación del objeto de la clínica" (Souza Campos, 2009), en tanto el trabajo con los usuarios aportaba lecturas acerca de cómo las condiciones de vida y los modos de posicionarse en el lazo social de los sujetos forman parte de los procesos de salud–enfermedad.

Por último, y como principal aporte a la interrogación de prácticas instituidas, frente

a demandas amplias, indefinidas, que no encontraban adecuada tramitación en saberes previamente concebidos (se producía en todo caso una insistencia, repetición, a veces desbordes de la organización de la asistencia), el equipo encontró otra modalidad de abordaje. Poniendo en suspenso las respuestas, y a la vez alojando a los sujetos en escenas de interlocución, dando a esas demandas un estatuto de significante, tratando de catalizar procesos tendientes a la producción subjetiva ligada a la historización, a la enunciación a nombre propio, y a una apertura a la dimensión performativa del lenguaje; construyendo modos de intervención desde el espacio colectivo, orientadas al establecimiento de modos de lazo posibles para los usuarios. Por esta vía se produjo una promoción de posiciones singulares y autonomía. Este proceso impactó a favor del seguimiento y la relación del usuario con los distintos trabajadores del CAPS, y las propuestas terapéuticas que ellos sostenían.

"A posteriori", en tanto se dirija a subvertir líneas de poder instituidas, quizás el espacio grupal pueda ser confirmado como dispositivo, sólo por momentos, atentos a lo que se produce fugazmente.

Como continuidad, en cambio, tal vez sea conveniente considerarlo un arreglo institucional, con especificidad de dominio sobre algunos espacios y prácticas. Para Onocko (2002), a los arreglos institucionales los caracteriza:

> cierta estructuración y permanencia, en ese sentido pretendemos formas de organización que puedan ser institucionalizadas. La máquina de producir control no opera por pulsaciones intermitentes, opera como flujo continuo. Por eso, hemos trabajado buscando desarrollar arreglos que detenten la potencialidad de producir esos flujos en la dirección contraria. (p. 2)

Puede, entonces, buscarse al dispositivo en las vertientes de las tecnologías blandas de las que abrevan los arreglos institucionales.

En tanto el espacio grupal sostenía una función estratégica concreta, a la que podría llamarse *hacer lugar a lo que desborda*, había una disposición de medios orientada a tal fin, relacionada a la posibilidad de mayor movilidad en las relaciones de poder y saber. Ello requirió de la apelación a herramientas tecnológicas: el desarrollo de encuadres, técnicas grupales, recursos artísticos. Pero además de estas tecnologías, hacer lugar requiere de prácticas con vocación instituyente, prácticas no obedientes. Hacer lugar es hacérselo a la singularidad, en la hiancia de la institución en tanto "consagración de un sentido que excluye las diferencias que el estilo instituye" (Jinkis, 1983, p.17).

Como ejemplo de esa vocación, puede tomarse las palabras de Ulloa (2011) sobre su relación al dispositivo analítico: "un psicoanalista no tiene un proyecto, ni siquiera un buen proyecto, que defina cómo debe 'curarse' un paciente, sino que su papel es asumir la dirección de la cura sin marcar una dirección" (p.99).

Si la vocación en el dispositivo se vale de direcciones, será a fin de conmover la dirección consagrada, a fin de hacer lugar al estilo.

"No se tratará aquí de hablar del arte, sino de hacerle caso, de soportar sus consecuencias" (Ariel, 1994, p.15).

Consideraciones finales

Para una recapitulación de lo desarrollado hasta aquí, se han tomado como ordenadores cinco condiciones para que la coordinación asistencial sea posible: políticas públicas con recursos suficientes y continuidad en el tiempo, de las que la estrategia forme parte; la

existencia de objetivos y estrategias comunes entre las instancias; un modelo organizativo que se base en el primer nivel de atención y sus equipos como encargados de integrar y coordinar los procesos de atención; la integración de funciones de dirección o apoyo a las estrategias; y la disposición de los trabajadores al uso de mecanismos de coordinación (Vargas, et al.,2010, p 33–35).

En relación al primer punto, si bien las políticas de salud nacionales en 2018 fueron adversas para el desarrollo de planificaciones sostenidas en prácticas de salud mental fundadas en los principios de la APS, el contexto local propició condiciones más favorables a la realización de proyectos como el dispositivo analizado. Es importante considerar el clima de época, que recorría las instituciones públicas, en especial aquellas vinculadas al sector de la salud mental, en donde la defensa del paradigma de derechos humanos, la resistencia a la avanzada de políticas neoliberales en la transformación del sistema de salud, y la oposición a la adecuación de leyes y normativas en respuesta a intereses corporativos aparecen como eje articulador de un colectivo. En términos amplios, los direccionamientos de las políticas públicas a nivel provincial y municipal se han encontrado en consonancia o, al menos, condicionados por esos procesos. Esto ha permitido el desarrollo de dispositivos alternativos a la lógica manicomial y al modelo médico–hegemónico, y en algunos casos como el analizado, su crecimiento en articulación con otros sectores, como la Universidad Nacional de Rosario, y programas de Desarrollo Social provincial.

Como un elemento fundamental, debemos señalar el apoyo a los dispositivos sustitutivos que el Ministerio de Salud provincial ha llevado adelante, ya que su reconocimiento institucional a partir de decretos, la creación de un área de coordinación administrativa, y la asignación de un presupuesto, supusieron un avance en la consolidación de estas estrategias en el ámbito provincial.

Asimismo, directamente ligado a esta experiencia, debe repararse en el rol de la Dirección de Salud Mental municipal. Como acciones concretas en dirección al sostenimiento del dispositivo, esta dirección ha dado continuidad a un espacio de encuentro denominado "Dispositivos Grupales en la estrategia de Atención Primaria", cuyo objetivo principal fue construir herramientas que visibilicen y den legitimidad a estos espacios. Se trata de una intención dirigida a las estructuras de gestión y administración, a todo el colectivo de trabajadores, y a la población en general. Este espacio se constituyó en un lugar de reflexión donde poner a trabajar dificultades de la práctica.

También ha propiciado la gestión de recursos humanos y materiales junto a la Dirección de Centros de Salud, desde la cual se ha sostenido a lo largo de los años la disposición de tiempo de trabajadores del CAPS, y de un espacio físico.

Estas valoraciones positivas referidas al medio local se presentan en contraposición a las políticas nacionales, sin desconocer las problemáticas desplegadas en el desarrollo del trabajo, los señalamientos de los entrevistados dirigidos a la fragilidad de estas condiciones y a la endeblez de la inscripción institucional en la política de salud. Tanto las estimaciones acerca de la responsabilidad de la Dirección de Centros de Salud en la insuficiencia de procesos de cogestión, como los modos precarios de contrataciones y asignaciones de presupuestos, sumados a la consideración de una atadura de los lineamientos en políticas de Salud Mental a la continuidad de actuales gestores, han configurado un horizonte con la presente amenaza hacia la continuidad de los dispositivos alternativos que se desarrollan en centros de salud.

El segundo eje refiere a los objetivos y estrategias en común entre el CAPS y el dispositivo. Respecto de ello, se ha encontrado una coherencia, que parece estar en relación a la coincidencia temporal de los orígenes del espacio grupal, y un particular momento de la historia del CAPS. Dado que se trataba de un equipo de salud en reemplazo de trabajadores que debieron trasladarse por problemas de violencia en el territorio, se hizo imperioso realizar un diagnóstico del lazo social, y de las problemáticas

A las condiciones de producción de lazo social propias de la época y de los sectores poblacionales más afectados por la injusticia social, debe agregarse la particular presencia del narcotráfico, que impuso para esta población nuevas implicancias, no sólo económicas, sino también en el marco de significaciones e identidades sociales: modos de goce, acceso al consumo, relación con lo prohibido, representaciones de la vida y la muerte, la ética y la figura del semejante.

En ese contexto el equipo del CAPS puso particular atención en construir estrategias de alojamiento que configuraran una habitabilidad del espacio. El dispositivo no parece nacer ajeno a esta problemática, sino como un desprendimiento de ella, construyendo una propuesta diferenciada para ese alojamiento desde un criterio de equidad. Esta propuesta se ordena en relación al trabajo sobre el lazo social, fundamentalmente en el punto en el cual para algunas subjetividades, y frente al debilitamiento del tejido social, se vuelve necesaria una función de amparo.

En el contexto territorial, la propuesta aparece adecuada como alternativa de tratamiento para padecimientos subjetivos, pero alcanza a una problemática poblacional más generalizada.

Sobre la tercera condición, referida a la existencia de un modelo organizativo que se base en el primer nivel de atención y sus equipos, como encargados de integrar y coordinar los procesos de atención, claramente esa intencionalidad aparece en la descripción de los procesos de trabajo. De hecho en las entrevistas se afirma que en términos de accesibilidad y seguimiento este "modo de adscripción particular" allana el camino para las prácticas disciplinares a las que los usuarios acceden, no sólo facilitando el contacto, sino también proporcionando a los profesionales alguna lectura previa de las problemáticas que baliza las intervenciones.

Si bien el CAPS propone métodos para la adscripción que incluyen la asignación de un médico de referencia para los pacientes, el vínculo que los usuarios y los coordinadores del dispositivo construyen, en ocasiones lleva a la superposición de funciones en el direccionamiento de los proyectos terapéuticos, y a que los integrantes del equipo del dispositivo cumplan algunas funciones de coordinación de la atención en la red que en otros casos ocupan los médicos de referencia. También sucede que algunos usuarios comienzan a atenderse con la médica que coordina el dispositivo, dejando a sus médicos de referencia asignados. ¿Debería verse este tipo de situaciones como un problema? En el caso de pensar que son consecuencia de construcciones de vínculos propias de este tipo de dispositivos, y que hacen a una mayor calidad de atención, desde una perspectiva de mayor integralidad y con una distribución más democrática del poder y el saber, la respuesta sería que no. No obstante, podría contestarse que sí, en caso de ubicar que esos vínculos no constituyen aportes para procesos direccionados a una transformación más global de las prácticas al interior del equipo de salud, produciendo heterogeneidad y fraccionamiento en las ofertas de atención. La respuesta también debería ser afirmativa si esos modos del lazo

llevaran a una concentración del desarrollo de distintas dimensiones de la vida, al modo de la institución total; esto no aparece como una dificultad en el caso, y su mención funciona aquí a modo de balizamiento.

Ya se ha indicado una insuficiencia en la construcción de un tiempo y un lugar para la elaboración conjunta de los casos y proyectos terapéuticos. Esta insuficiencia lo es también para dirimir acuerdos sobre modos de hacer las prácticas, entre los equipos de referencia del centro y los coordinadores del espacio.

Ciertos argumentos organizacionales (Vargas et. al., 2010), llevan a señalar aquellas situaciones donde la planificación de las prácticas no puede sostenerse en una centralidad, ni en la normalización con instrumentos como guías o protocolos, dado que el modo de presentarse la información y su flujo configuran un importante grado de incertidumbre. Allí es fundamental la flexibilidad de los agentes de salud para responder a necesidades inesperadas de los pacientes. Esas situaciones requieren de mecanismos de tomas de decisiones basados en "la adaptación mutua" (trabajo interdisciplinar, estructuras matriciales), que permiten resolver el problema de salud en el nivel donde se genera la información.

Esta caracterización parece corresponderle a algunas situaciones de trabajo en el CAPS. Podría afirmarse que la numerosidad de procesos, sostenidos a veces simultáneamente, en relación a variados problemas y demandas –cuestión constatada en las distintas instancias de observación– condiciona las posibilidades de que la información sea compartida y puesta a trabajar en espacios sistematizados, quedando esta dificultad subsidiada por la participación en ambos equipos de una médica y un psicólogo; quienes trabajan los casos con el equipo, como señaló la médica, de maneras "muy variadas".

Respecto de las dos últimas condiciones –la integración de funciones de dirección o apoyo a las estrategias, y la disposición de los trabajadores al uso de mecanismos de coordinación– restan algunos señalamientos.

En primer lugar, los propios trabajadores manifestaron en las entrevistas la falta de apropiación de algunas herramientas de coordinación, como los instrumentos de registro que podrían ser de uso compartido (el ejemplo más claro son las historias clínicas), y admitieron que el trabajo de intercambio y producción de información respecto de los casos se da de los modos retratados. Podría señalarse que las descripciones dan cuenta de modos de coordinación tendientes a la informalidad, sin sistematización en el uso de herramientas.

Cabe aclarar que los relatos donde hicieron estos señalamientos dan cuenta de una producción cuantiosa así como de logros importantes a partir del trabajo en el espacio grupal, en un escenario cotidiano en el cual sostienen la decisión de realizar prácticas ligadas al paradigma de los derechos humanos, la sustitución de las prácticas médico hegemónicas y manicomiales en los tratamientos dirigidos al sufrimiento psíquico. La complejidad que configura una organización clásica del trabajo, al modo taylorista, la constante tensión con los procesos de atención individual legitimados en tanto prácticas asociadas a las representaciones más tradicionales de la medicina, es parte de la escena diaria de la tarea. Pero es quizás en esa situación a veces caótica, donde parece escabullirse la cuestión de una mayor sistematicidad de las prácticas de coordinación como problema. No se trata de dejar de lado aquí ciertas condiciones de producción de la práctica, la escasa cantidad de horas dedicadas, superposiciones de tareas, etc., pero resulta importante, también, no renegar de la condición de sujeto de los trabajadores.

Durante las entrevistas se han escuchado posiciones y enunciados ligados a distin-

tas operaciones psíquicas, que podrían ser consideradas mecanismos defensivos frente al sufrimiento en el trabajo: segregación y distanciamiento del otro en tanto diferente; naturalización de la condición de vulnerabilidad del otro; autosuficiencia frente a la tarea; idealización de ciertas herramientas o procedimientos; identificaciones, en relación a imágenes de segregación o soledad; impotencia frente a dificultades; conflictos en torno a procesos de trabajo expresados como rivalidad frente a semejantes; rehusamiento al saber respecto de la implicación frente a determinadas problemáticas. Sería tan aventurado asociar directamente estos fenómenos a determinados efectos o dificultades del trabajo, como desestimar la posibilidad de que éstas se manifiesten de maneras incalculadas en ellos. Puede afirmarse que dan cuenta de procesos de mortificación propios de la vida en institución.

En este punto, se retoma a Onocko (2002) que ubica la cogestión como opción frente a la administración (centralizada y basada en el control) y la autogestión (utópica):

> ¿Y cómo podríamos otorgar a la gestión un desarrollo de su dimensión creativa?
> La primera cuestión sería que instauremos para la gestión un lugar y un tiempo. Crear e instituir espacios en los cuales se pueda experimentar la toma de decisiones colectivas. Espacios en los cuales sea posible formular proyectos.
> Espacios que puedan transformarse en instancias, en el sentido de procesar aquello que les llega, y tener un grado mayor de análisis de la implicación con aquello que producen. (p.2)
> …Para trabajar en gestión con instancias, es necesario propiciar en esos arreglos otras formas de experimentar la grupalidad... Muchas veces, para tener un proyecto, un grupo precisará de soporte y manejo que lo ayude a estructurarse como intersubjetividad (con un grado razonable de circulación de afectos)…Los procesos transicionales precisan de soporte y de manejo para desenvolverse. (p. 4, 5)

Podemos ubicar una posible dimensión del trabajo de la gestión, en el apoyo de las estrategias, en la instauración de espacios grupales inéditos, para procesar lo que llega –puede agregarse, para elaborar lo vivido y lo pensado. "Trabajando siempre en una tensión transversal, entre lo instituido y lo instituyente, entre el orden que sustenta la operatividad de otros procesos productivos y el desorden de procesos creativos y de cambio" (Onocko, 2002, p.14).

Este modo de pensar la gestión reduce la concentración de poder a las mínimas expresiones necesarias para la construcción y sostenimiento de legalidades. Asimismo, tiende a la democratización interna de la organización sanitaria que, para Testa (1988), "es uno de los eslabones imprescindibles para la transformación del sector salud en un sistema organizativo que se encuentre realmente al servicio del conjunto de la población." (p.11)

Como ya se ha señalado, la conflictividad propia del campo puede ponerse en juego en forma de tensiones que atraviesan los procesos de trabajo, y resultan del entrecruzamiento de discursos, prácticas, relaciones de fuerza, expresándose de distintos modos: el "para todos" que encierra la universalidad vs. la discriminación presente en las estrategias tendientes a la equidad; tutelaje vs. autonomía en lo referido al cuidado; disciplinamiento vs. legalidad como modos de sostener el transcurrir por el espacio social; normalización vs.

subjetivación, como ofertas contenidas en distintas propuestas; estrategias colectivas vs. singularidad de los casos.

El dispositivo, en tanto tiene una función que siempre está inscrita en una relación de poder, y resulta del entrecruzamiento de relaciones de poder y de saber, no se reduce al espacio grupal, con sus días y horarios de encuentro, sino que se extiende a todo el reticulado relacional que hace posible su existencia. Por ello puede resultar estratégico como herramienta que permite, mediante el análisis de las condiciones de su institución y existencia, visibilizar y enunciar algunas de esas tensiones.

Esas tensiones no son, en general, impedimentos a salvar, sino conflictos a transitar. Es deseable que ese tránsito sea acompañado de procesos participativos, subjetivantes, en los cuales los trabajadores puedan sostener su decir y revisar su implicación. La posibilidad de desarrollo de esos procesos trazará indicios para conjeturar acerca de qué políticas y qué lazos sociales son impulsados e impulsables por la institución.

Merhy (2006) propone el escenario micropolítico de la gestión del proceso de trabajo en salud bajo la óptica del trabajo vivo, como una manera de analizar la distinción entre el lugar que ese trabajo ocupa para un modelo como el médico hegemónico, y aquel que puede ocupar para otro, como la defensa de la vida.

> Es exactamente en ese espacio del trabajo vivo, en el cual los trabajadores de salud reinventan constantemente su autonomía en la producción de actos de salud. Es en ese espacio privado, en que ocurre la relación intersubjetiva entre trabajador y usuario, que se construye y re–construye la libertad de hacer las cosas de manera que produzcan sentido, al menos para los trabajadores, pero preferentemente para las dos partes. (Merhy, 2006, p.152)

La democratización de la organización, y la producción de espacios colectivos donde analizar y reformular los sentidos de las prácticas –en una interrogación de lo instituido encarnado– pueden ampliar los márgenes de libertad que sostienen al trabajo vivo.

Concomitante, la posibilidad de sostener dispositivos con distribuciones de saber y poder más democráticas, con margen para la creación, la emergencia de lo singular y la producción de autonomía, donde una trabajadora enuncia que "ya pensar que eso existe, que se está moviendo, que hay objetivos y que cada vez crece más, a mí me estimula para trabajar", donde un usuario dice que a partir de su participación en ese y otros espacios se dio cuenta de que "la vida existe, y es algo hermoso".

Existencias que se acoplan, en un camino abierto.

Referencias

- Agamben, G. (2011). "¿Qué es un dispositivo?" En *Sociológica*, año 26, número 73 (pp. 249–264). Recuperado el 11 de Noviembre de 2018 de: http://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v26n73/v26n73a10.pdf
- Ariel, A. (1994). *El estilo y el acto*. Buenos Aires: Manantial.
- Cecilio, L. (2009). As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Eqüidade na Atenção em Saúde. En Roseni Pinheiro, Araujo de Mattos (Eds.), *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* Rio de Janeiro, Brasil: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO. Pp. 117–130.
- Ferrandini, D. (2011). Algunos problemas

complejos de salud. Recuperado el 3 de Marzo de 2019, de http://www.heroinas.net/2013/06/debora–ferrandini.html

- Galende, E. (1998). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós.
- Jinkis, J. (1983). Artificio del deseo para conjeturar un estilo. En *Conjetural, Revista psicoanalítica*. Número 1. Buenos Aires: Sitio. Pp. 9–22.
- Merhy, E. (2013) En busca del tiempo perdido: La micropolítica del trabajo vivo en salud. En Franco, T. y Merhy, E. (Eds.) *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud*. Buenos Aires: Lugar. Pp. 19–60.
- Merhy, E., Feuerwerker, L., Burg Ceccim, R. (2006). Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. En *Salud Colectiva*. Volumen 2, Número 2. Buenos Aires. Pp. 147–160.
- Onocko Campos, R. (2002). La gestión: espacio de intervención, análisis y especificidades técnicas. Recuperado el 11 de Mayo de 2018, de https://psicolog.org/la–gestin–espacio–de–intervencin–anlisis–y–especificidades–tcn.html
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Declaración de Alma–Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, Alma–Ata. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma–Ata–1978Declaracion.pdf
- Percia, M. (1997). *Notas para pensar lo grupal*. Buenos Aires: Lugar
- Rovere, M. (2002). La Planificación Estratégica y la Ciudad como Sujeto. Recuperado el 27 de Marzo de 2019, de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjZpaPT_aXrAhUQHrkGHUKDBckQFjABegQICxAD&url=https%3A%2F%2Felagoraasociacioncivil.files.wordpress.com%2F2013%2F08%2Fla–planificacic3b3n–estratc3a9gica–y–la–cuidad–como–sujeto.pdf&usg=AOvVaw1rzkmBvqtTYCvTsflBNs–_
- Sávio Alves, D. (2009). Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. En Roseni Pinheiro, Araujo de Mattos (Eds.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* Rio de Janeiro, Brasil: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO. Pp.171–180.
- Sousa Campos, G. (2001). *Gestión en salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar.
- Terraza Núñez, R., Vargas Lorenzo, I. y Vázquez Navarrete, M. (2006). La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*, *20* (6). Pp. 485–495. Recuperado en 31 de julio de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213–91112006000600012&lng=es&tlng=es.
- Testa, M. (1988). *Atención ¿primaria o primitiva? de salud*. Recuperado el 10 de Marzo de 2019 de: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/testa__mario__atencion__primaria_o_primitiva__de_salud.pdf
- Ulloa, F. (2011). *Novela Clínica Psicoanalítica*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Vargas, I., Vázquez, M., Henao, D., Campos, C. (2009). Implantación de mecanismos de coordinación asistencial en redes integradas de servicios de salud (RISS). Recuperado el 7 de abril de 2018, de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=15&ved=2ahUKEwi66J2s0ajgAhXuE7kGHdg8BrsQFjAOegQIAhAC&url=http%3A%2F%2Fwww.equity–la.eu%2Fupload%2Farxius%2F20160914094910–Vargas%25202009_Guia%2520mecanismos%2520de%2520coordinacion.doc&usg=AOvVaw3xkp-

3Di0zWNC67CcesMc2I

- Winnicott, D. (2007). *Realidad y Juego*. Buenos Aires: Gedisa.
- Zaldúa, G., Pawlowicz, M., Tisera, A., Longo, R., Sopransi, M., Lenta, M., Moschella, R. y Lohigorry, J. (2014). Obstáculos y posibilidades de la implementación de la ley Nacional de Salud Mental: un estudio comparativo entre 2010 y 2013. Recuperado el 10 de julio de 2019, de https://www.aacademica.org /maria.pia.pawlowicz/52.pdf

El juego grupal como propuesta identificatoria en la psicosis infantil[1]

Group play as an identification proposal in child psychosis

Juan Pablo Hetzer[2]

"Para que el niño reencuentre propiamente una palabra personal, necesita antes que nada poder desprender su verdad de los deseos de muerte y de las múltiples formas de alienación en las que se perdió en la fijación con otro". (Mannoni, 1980, p 24).

Resumen

Este artículo expone la experiencia de un abordaje de la psicosis infantil a partir de una estrategia que articula el trabajo clínico en el ámbito del consultorio externo de un hospital público con un dispositivo de juego grupal con pelota al aire libre. Lo que atraviesa esta articulación es el juego como propuesta identificatoria. La invención de este dispositivo clínico grupal y las intervenciones realizadas que se presentan en este trabajo, se inscriben en un proceso de desinstitucionalización de lógicas, de concepciones y prácticas que objetalizaron a les niñes a partir de una disociación histórica entre infancia y juego. Esta disociación revela un punto donde la institución hospitalaria hacía totalidad.

Palabras clave: Hospital – Psicosis infantil – Juego – Propuesta identificatoria – Dispositivo grupal – Intervenciones simbolizantes.

Summary

This article exposes the experience of an approach to child psychosis based on a strategy that articulates clinical work in the field of the outpatient clinic of a public hospital with a group–play device with outdoor ball. This articulation considers the game as an identification proposal. The invention of this group clinical device and the interventions carried out in this work are part of a process of deinstitutionalization of logics, of conceptions and practices that objectified the children through a historical dissociation be-

[1] El presente artículo fue escrito sobre la base del Trabajo Final Integrador (TIF) de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica Institucional y Comunitaria (UNR) "Psicosis infantil y una clínica extramuros. Fundamentos metapsicológicos para una clínica de la psicosis infantil en un abordaje individual y grupal" del que soy autor y que fue dirigido por el Mg. Facundo Blestcher.

[2] Lic. en psicología, Especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria, Maestrando en Clínica psicoanalítica con niños (UNR). Docente de la Escuela de posgrado en clínica psicoanalítica de la infancia y la adolescencia (ASAPPIA–APSFL). Tutor de prácticas hospitalarias. Correo electrónico: juanpablohetz@gmail.com (Santa Fe, Argentina).

tween childhood and play. This dissociation reveals where the hospital institution works as a total institution.
Keywords: Hospital – Child psychosis – Game – Identification proposal – Group device – Symbolizing interventions.

Introducción

Cuando irrumpe la psicosis en la institución que sea, familiar, escolar o de salud, la respuesta consiste en instrumentar la manera de silenciarla. La psicosis infantil asusta y desconcierta. No obstante la vigencia de una normativa de avanzada, persiste un aparato ideológico que se erige como protección contra la locura. Tendemos a rechazar nuestra locura, y eso reprimido en nosotros es lo que viene a ser interpelado en el decir y en el hacer del niñe y el adulto locos. En virtud de esto es que la exclusión siga siendo el mecanismo brutal para abordar la locura, la segregación, pero también la sofocación medicalizante, la agresión medicamentosa. Hasta el año 2003, en la institución donde llevamos a cabo nuestra práctica existió una sala de internación paidopsiquiátrica cuya función de depósito de la niñez loca y desafiliada se materializaba en la fijación mecánica y química de los cuerpos. La mayoría de los modos históricos y actuales de la asistencia a la población infantil privilegian obturar la palabra, el grito, el juego, el movimiento de les niñes, es decir, todo aquello que posibilite la emergencia de lo inconsciente. El escenario en el que el psicoanálisis se ve llevado a actuar pone en riesgo muchas veces las condiciones necesarias para su existencia misma, y esto se revela con mayor nitidez cuando se trata de la psicosis infantil. En otros términos, si hay un punto en el cual la institución hospitalaria donde se desarrolla nuestro trabajo con niñes hace totalidad es en la disyunción histórica entre infancia y juego. Fue precisamente esta disyunción lo que –como psicoanalistas– nos vimos obligados a hacer estallar en diferentes momentos y de diversas maneras desde hace más de 15 años a esta parte, resituando la función estructurante del juego en la infancia, promoviendo procesos de resubjetivación de la niñez arrasada e instalando lugares de referencia. Esto se realizó a partir de la introducción de una caja de juego al consultorio externo, en primera instancia; la propuesta de abordaje clínico grupal a través de un dispositivo de juego con pelota al aire libre, después y; luego, como efecto de una relectura de las necesidades de salud de la población infantil, la fundación de una Ludoteca como un espacio abierto a la comunidad de niñes de la zona noroeste de la ciudad de Santa Fe –con el propósito de crear las condiciones necesarias para promover procesos de simbolización de la experiencia y el traumatismo. Aquella relectura dio lugar a un replanteo sobre la práctica que permitió detectar la necesidad de pensar una propuesta para la población infantil que habilite al juego y se mantenga a resguardo de la patologización del sufrimiento. En eso consiste el dispositivo *Ludoteca*. Los tres movimientos mencionados se inscriben en un proceso de desinstitucionalización de lógicas, de concepciones y prácticas que objetalizan a les niñes. El análisis en profundidad que haremos de un material clínico será el eje en torno al cual se podrán visualizar los dos primeros.

La hipótesis principal que condujo la experiencia realizada hace una década y que se constituye en el asunto de este artículo, pasaba por demostrar si era posible que un dispositivo clínico de juego grupal al interior de la institución hospitalaria permitiera la inclusión de un niño cuya estructuración psíquica era a dominancia psicótica y si esta inclusión podía aportar otra complejidad al abordaje clásico

individual de consultorio externo. Este intento de poner a prueba una estrategia clínica extra–muros tuvo lugar en el marco de reubicar la problemática de la asistencia a niñes en un hospital psiquiátrico que operó históricamente disociando infancia de juego. Esta era la pregunta que teníamos en aquel momento y a partir de ella escribimos un trabajo titulado: "Psicosis infantil y una clínica extramuros. Fundamentos metapsicológicos para una clínica de la psicosis infantil en un abordaje individual y grupal".

Cuando el psicoanálisis comienza a introducirse en las instituciones de salud estatales se encuentra con una serie de problemáticas y de patologías graves en la infancia que obliga a revisar la clínica enfocada en cierta infancia burguesa que llega a los consultorios privados y a redoblar los esfuerzos por desmarcarse de intervenciones de naturaleza pedagógica y adaptativa; el psicoanálisis también debe empezar a dialogar e intervenir junto a otras disciplinas. La institución hospitalaria ofrece una ocasión para ello al mismo tiempo que genera un andamiaje refractario a la emergencia del sujeto del inconciente, es decir, se tolera al psicoanalista a condición de no demandarlo en las funciones que le son propias. La inexistencia de materiales para jugar en un Servicio de Psicología infanto–juvenil constituye un ejemplo.

Lo mortífero como condición de la psicosis y el devenir del trabajo analítico con Manuel

A mediados de mayo de 2008 recibí a los padres de Manuel[3], que por entonces contaba con nueve años de edad. María y Luis –nombres que les daremos para este artículo– refirieron en aquel momento que su hijo había sido suspendido de la escuela por agredir a su docente y a compañeros –mordía y golpeaba con palos–; pero también presentaba autoagresiones –se golpeaba la cabeza contra la pared–, tanto en la escuela como en la casa donde vivía, en condiciones de indigencia, junto a sus padres, hermanes y abuelos del padre de Manuel. Agregaron que Manuel escuchaba voces y veía niños extraños deambulando por la casa. La madre confesó que ella también escuchaba voces que le decían que se mate.

Al intentar poner en historia aquel motivo de consulta aparecieron elementos significativos: el tiempo del embarazo y la primera infancia de Manuel habían sido muy complicados. María había recibido golpes de su pareja de entonces, padre biológico del niño, porque el hombre no quería que ella siguiera con el embarazo. Ella logró separarse y volvió con Luis, padre de su hijo mayor, quien reconoció a Manuel como propio y con quien tuvo dos hijes más. María pudo decir que ella misma dañó a Manuel en varias oportunidades: a los cuatro años le cortó la mano con una tijera y lo quemó "sin querer" con agua hirviendo, y que el resto de la familia "lo discrimina por ser el más morocho de todos y por ser hijo de otro padre". Y apareció otro dato finalmente: desde que Manuel tiene seis años le pide a Luis que eche de la casa a María.

Con el propósito de ofrecer un panorama de conjunto, delimitaremos tres tiempos en los cinco años del devenir del trabajo analítico que nos hemos dado con Manuel, y a continuación iremos puntuando lo trabajado a partir del juego en algunas entrevistas que seleccionamos por su fecundidad clínica:

I. Un primer tiempo crítico, marcado por una notable desestructuración: presencia de sintomatología positiva (alucinaciones auditivas, visuales y cenestésicas); auto y

[3] Hemos dado este nombre al niño y modificado algunos datos para resguardar la confidencialidad.

heteroagresiones; pesadillas; descoordinación motriz como efecto de severas fallas en la estructuración de una instancia que tome a su cargo la representación unificada del propio cuerpo en el espacio.

Durante este primer momento el estatuto de sus primeros dibujos (como intento de ligazón para los elementos alucinatorios), juegos (sin bordes ni frenos) y sueños (en los que se hallaba hiperpresente la temática de la muerte propia y de quienes lo rodean) requirió intervenciones que propiciasen simbolización (enlace a lo acontecido) y no deconstrucciones de sentido (interpretación del sentido oculto o fantasía inconciente, como cabría en las neurosis, donde se halla reprimido un contenido que se expresa simbólicamente en el síntoma al modo de un enlace falso). Aquí el papel de la construcción, como aquel tipo de intervención en la que el analista genera simbolización y sentido para algo que nunca lo tuvo asumió un valor importante.

II. Un segundo tiempo de inestabilidad, luego de un año y cuatro meses de tratamiento con sesiones dos veces por semana e inclusión en un dispositivo de juego grupal. Hubo una remisión parcial de la sintomatología positiva y en este tiempo se concretó la construcción de otra habitación en la vivienda como efecto de una gestión realizada conjuntamente con la trabajadora social y que asumió el valor de una intervención clínica. Se incluyó en la estrategia al operador comunitario del centro de salud del barrio para que recordara a la madre tomar la medicación para ella y su hijo. Se realizaron visitas a la escuela para trabajar con la docente el papel que cumple la transferencia. Manuel pasó de grado. Pudo hacer amigos. La madre comenzó y sostuvo un tratamiento con un psiquiatra.

III. Y, finalmente, un tercer tiempo de compensación. A dos años y medio de iniciado el proceso se retiró la medicación. Se lograron niveles de organización psíquica más estables, mayor organización del preconsciente, del yo y de las defensas, contra un pronóstico de evolución a déficit. Esto se evidenciaba tanto en el hecho de tomar la palabra y hablar en nombre propio, como en el carácter de sus producciones: en el juego dentro del consultorio y en el contexto grupal, en sus dibujos y sueños, así como también en los progresos escolares.

I. El juego en el espacio individual: intervenciones simbolizantes

En la primera entrevista con Manuel se puso de manifiesto el trabajo de figurabilidad de lo mortífero al que estuvo obligado en su primera infancia. Habló inicialmente sobre los juegos de computadora remarcando en varias oportunidades el hecho de "ser comido vivo" por los dinosaurios, o "ser quemado vivo", "aplastado o explotado". Dijo, luego, que su madre le golpeaba con un palo y que él había estado a punto de morir antes de nacer "porque a mi mamá le pegaron una piña en la panza". Este hecho que refirió Manuel formó parte de la realidad histórica y fue algo que su madre le transmitió sin mediaciones. De este modo, imprimió a los elementos que podrían formar parte de las teorías del niño sobre sus orígenes, un carácter persecutorio, de realización de un sentimiento de odio sobre su existencia intrauterina de la pareja de ella en ese tiempo. Esto hace pensar en lo que Aulagnier (2004) plantea con respecto al problema del origen:

> Diríamos que la pregunta "¿Cómo nacen los niños?" equivale a "¿Cómo nace el Yo?" y que este último espera que la respuesta proporcione el texto del primer párrafo de la historia en la que debe poder reconocerse: en efecto, solo ella puede dar algún sentido a la sucesión de todas las posiciones identificatorias que puede ocupar. (p.197)

Ante esta comunicación materna que proponía un enunciado sobre su origen ligado a la hostilidad del medio que lo recibe, con el propósito de delinear un proyecto terapéutico podríamos preguntar ¿cómo se historizaba Manuel?, ¿qué impacto produjeron estas propuestas identificatorias en el armado del Yo?, ¿qué incidencia tuvo en Manuel este discurso formador del espacio simbólico al cual advino?

En ese primer encuentro el niño refirió también que a los dos años casi se cae dentro de un pozo muy hondo. ¿No podría ser esto algo del orden de una angustia de aniquilamiento sentida terroríficamente? O para decirlo con otras palabras, la sensación de caer al vacío –tal como observara Winnicott– ¿no atestigua en les niñes una falla en el acunamiento?

Contó, también, que la noche anterior había tenido "pesadillas": a su abuela la atropellaba un auto, se despertó y no se pudo dormir más. Luego habló de la escuela: tuvo que defenderse solo de siete chicos que le pegaban y su maestra no hacía nada. Entonces, él tomó un palo y la golpeó. Por eso –dijo– lo suspendieron. Manuel empleaba correctamente los tiempos verbales y la primera persona del singular. El tono de su discurso era bajo y monocorde.

En la segunda entrevista Manuel dijo que siempre tenía "pesadillas". Esa vez había soñado que su madre era atropellada por un auto y esto lo despertó. Refirió que su madre le había contado que cuando él nació la enfermera le había apretado la cara y por este motivo él cree que tiene pesadillas.

En esto que le cuenta su madre es posible ubicar otro elemento del orden de un acto amenazante realizado sobre su cuerpo en el momento mismo del nacimiento que reforzaba en Manuel la percepción de la hostilidad del medio que lo recibió. Lo invité a jugar. Mientras jugaba con los muñecos y animales a que se mataban entre sí, dijo que por las noches se le aparecían unas caras horribles, "cabeza hueca, con ojos rojos, orejas de lobo y boca de toro" que le decían: "Manuel, vení".

En la entrevista siguiente él pidió jugar. Todos los juguetes –entre ellos, soldados y animales–, se mataban y se "acribillaban" a balazos. Le señalé su insistencia respecto de la muerte y respondió: "Yo veo las cosas que pienso, y si pienso en que se muere alguien o que se matan a tiros y hay sangre, todo eso lo veo en la pared de la pieza".

Si analizamos este fragmento de discurso, pareciera que el sistema percepción–conciencia queda perforado desde el interior, debilitando la censura entre inconsciente y preconsciente. "En la censura entre Icc y Prcc, que precisamente el sueño nos obligó a suponer, hemos reconocido y honrado entonces al guardián de nuestra salud mental" (Freud, 1998, p. 559).

Añadió, luego, que soñaba con zombis, con sangre y con que su hermana era una tortuga y que él salía a matar zombis. Después agregó que soñó "todo negro". Y más tarde relató otro sueño: "Mi mamá caminaba para atrás y mi hermano estaba muerto". Se despertó tres veces durante esa noche. Estos sueños lo asustaban mucho.

La frecuencia del fracaso de la función del sueño, en este caso, puede relacionarse con que el soñar se vincula con la realización de deseos mortíferos, que ponen en riesgo al objeto amado, o al yo. Silvia Bleichmar (2001)

afirma que "en algunos niños con perturbaciones severas, los sueños presentan un bajo nivel de distorsión de estos deseos mortíferos" (p. 169), y los trastornos del sueño y el insomnio operan "como una forma de preservarse de la angustia terrible que produce el estar sometido a movimientos deseantes inconscientes que no pueden ser controlados" (p.169).

En la cuarta sesión, comentó que el día anterior había roto una ventana de la escuela y golpeado a un compañero que lo molestaba. Refirió que su mente le decía que pegase al que lo molestaba o que encerrara a la maestra en el salón. "Ella no me quiso dar besos como a los otros chicos y tampoco me corrige nada de mi cuaderno", dijo respecto de la maestra, y agregó que lo habían llevado a la dirección donde oyó las voces de siempre: "Manuel veni…" Entonces pidió que llamaran a su papá. Resulta importante aquí retener este punto y algunos otros en los cuales el niño pidió por su padre, ya que representa un índice tomado para una serie de intervenciones en el registro de la problemática identificatoria que apuntó a ligarlo al padre, descapturándolo del veredicto materno.

Al interior de este primer tiempo crítico tuvo lugar una serie de sesiones cuyas notas más significativas transcribiremos a continuación:

Manuel trae un sueño en el que su padre "miraba para otro lado". Esta imagen lo despierta. Construye una torre con piezas de encastre (es la tercera vez que la hace) muy endeble. Lo ayudo y tratamos de relacionar esto con el hecho de que algunas veces él siente que sus pensamientos se derrumban junto con él. / En la escuela no quiso hacer nada y se puso a gatear en el aula. La escuela solicita informe del psicólogo. En diálogo telefónico, la directora de la escuela relata: "de la nada se golpea o quiere cortarse con una tijera y ha dicho a sus compañeros que quiere matarse. Arroja objetos y grita". "La madre siempre viene aquí muy desequilibrada, amenazando de muerte a todos". "Está suspendido". / Manuel dice que se siente muy triste cuando los compañeros lo insultan. "Negro loquito", le dicen. Enunciados como este se repiten también cotidianamente en el contexto familiar.

Este material nos hizo pensar en el papel que cumple el registro sociocultural y la realidad histórica tal como destaca Aulagnier (2004). Si en la escena de la realidad surge con repetida insistencia un acontecimiento "que pone en acto una puesta en escena fantaseada –¿qué se representa Manuel sobre sí mismo cuando se le proponen estos enunciados estigmatizantes?– se producirá un potenciamiento entre ambas" (p.238. el texto entre guiones es propio), un redoblamiento de un enunciado identificatorio antecedente, con el riego de quedar fijado a él. En otros términos: algo proveniente del exterior (en este caso no es sólo el rechazo manifiesto de la directora, los compañeros de escuela y algunos de sus familiares directos, sino también del conjunto social que expulsa a la pareja parental de la inscripción en el tejido social[4]) rearticula las vivencias traumáticas previas –las agresiones de las que fue objeto desde su vida intrauterina y por parte de su madre en la primera infancia– y constituye el núcleo a partir del cual lo no simbolizable deviene patógeno.

Antes de llegar a sesión vio a una persona "invisible" con ojos grandes y deformados que le habló, pero él no le entendió bien. Aunque con él estaba su padre, sólo Manuel pudo verla y nadie más. Cuenta que se cayó una vez a un pozo y que casi se ahoga. Agrega que cuando era chico su mamá le cortó la

[4] Por inscripción en el tejido social, entendemos hechos como, por ejemplo, tener un trabajo, que de no ocurrir, arrojan a las personas a vivir en condiciones de indigencia.

mano con una tijera luego de que él le recortara una revista de ella. Muestra una cicatriz considerable.

En las vivencias corporales de Manuel, volvemos a encontrar un refuerzo a su percepción de la hostilidad y la amenaza del medio, lo cual acarreará cierta dificultad para la catectización autónoma del propio cuerpo[5]. Estos hechos efectivamente vividos sostienen la pregunta sobre cómo pensamos el modo con el cual el traumatismo se inscribe en cierto momento de la estructuración psíquica y las formas posibles de simbolización que debemos producir en un análisis. ¿Cómo se interpreta algo que proviene de afuera y comienza a operar al interior del aparato psíquico? Tomaremos el planteo de Bleichmar (2001) respecto del problema de poner en palabras aquellas inscripciones que resultan de lo real externo y que se transforman en fuente excitante que empuja a la repetición. La autora se refiere a elementos de lo real que no logran reabsorción ni retranscripción y que aparecen bajo modos no metabólicos en el juego y en el discurso. Será posible advertir que son muy frecuentes las referencias al cuerpo golpeado y accidentado o agredido que Manuel trae tanto al espacio individual como, luego, al contexto grupal. Se presenta efectivamente con el cuerpo lastimado por raspones, picaduras, quemaduras o caídas.

Vuelve a decir que vio "al tipo" y este le dijo que lo iba a matar. Lo ve en cualquier momento del día y, además, lo sueña. Se intenta articular este relato de Manuel con las agresiones de las que fue objeto por parte de su propia madre. Se le pide que dibuje "al tipo".

Dice que vio al "Maldito" (le puso ahora un nombre al "tipo"), que lo tocaba y le decía: "Manuel, vení". Luego relata un sueño en el que su madre "caminaba para atrás en un cementerio" y lo llamaba con las mismas palabras que oye del "Maldito". Dibuja el sueño. "Muchas veces vos me hablás de la muerte –intervengo– y me decís que te pone mal. También escuchas a tu mamá que quiere matarse o que quiere matar y sentís miedo, y varias veces tu mamá te lastimó. A lo mejor el Maldito que vos ves pueda ser tu mamá, esa que tenés dentro de tu cabeza con la que soñaste ayer". Enseguida toma los elementos de la caja de juego y juega a que una tortuga grande se come a otra más chiquita. Quizá podamos pensar que este juego confirma la posición de sometimiento y aniquilamiento en la que queda respecto de su madre.

Se inaugura un juego que, asumiendo en el desarrollo del proceso terapéutico una organización más compleja, se repitió durante meses: el "juego de las carreras". Consiste en desembolsar sobre la mesa los animales y muñecos formando una suerte de montículo en el centro, alrededor del cual circulan velozmente muchos autos que se chocan, dan tumbos, se incrustan en el montón de animales y muñecos que ofician de público y que se encuentran en el centro de lo que aún no sería una pista en sentido estricto. El público resulta siempre lastimado y muchos mueren, al igual que los conductores.

De la escuela envían una nota en la que consta que el niño continúa agrediendo a los compañeros y que ha mordido a la maestra. Manuel expresa que el "Maldito" le dijo que la mordiera. Se dispone a jugar con piezas de encastre pero comenta que desde ayer lo viene siguiendo un fantasma, de color marrón, que se hace invisible y que lo empuja para que él lo mire. Mientras ubica unas piezas expresa: "¿Ves? Ahí está, y recién me empujó el brazo, por eso se me cayó la torre. No quiero que se me aparezca más".

[5] Será posible observar esta dificultad cuando analicemos la posición de su cuerpo en el espacio de juego grupal con pelota al aire libre.

> Menos inofensiva es la situación cuando el desplazamiento de fuerzas no es producido por la relajación nocturna del gasto de fuerzas de la censura crítica, sino por un debilitamiento patológico de esta o por un refuerzo patológico de las excitaciones inconcientes, mientras el preconciente está investido y las puertas de la motilidad están abiertas. En tales casos, el guardián es yugulado, las excitaciones inconcientes someten al Prcc, y desde ahí gobiernan nuestra habla y nuestra acción o fuerzan la regresión alucinatoria y guían el aparato, que no les está destinado, en virtud de la atracción que las percepciones ejercen sobre la distribución de nuestra energía psíquica. A este estado lo llamamos psicosis. (Freud, 1998, p. 559–60).

Manuel juega el juego de las carreras: animales y personas están dentro de un cerco fragmentado y alrededor dan vuelta unas camionetas jugando carrera. Chocan y rompen aún más el cerco, se caen de la mesa porque no llegan a frenar, dan tumbos. "Con este juego vos estás mostrando algo que le pasa a tu cabeza, que parece que a veces no tuviera un cerco firme dejando que tus pensamientos salgan afuera y se confunda lo que pensás y soñás con lo que ves cuando estás despierto", señalo. Me mira y expresa: "Vamos a armar un cerco bien fuerte". Hacia el final de la sesión, mientras guarda los juguetes dice: "Ahora mis pensamientos van a quedar adentro mi cabeza", a lo que agrego: "Para eso venís vos acá conmigo, para que yo te ayude a organizar tus pensamientos". Como vemos, acá se completa la intervención, reconduciéndola a la transferencia.

Juega a que una camioneta irrumpe contra una casa y derriba las paredes. Se aporta simbolización: lo que ingresa atravesando su cabeza son algunas palabras de la madre y los daños que ha hecho en su cuerpo. Modela con plastilina algunas personas (muy precariamente, no se sostienen erguidas y se despedazan porque son frágiles). Dice: "Antes estaban muertas y ahora las construyeron".

La madre comenta que el otro día Manuel se levantó "sonámbulo" y les preguntó si era de noche porque él había soñado que el sol explotó. Cuando ingresa Manuel cuenta espontáneamente que soñó con una mancha negra y violeta que lo agarraba todo. Se le ofrecen elementos para que dibuje. Mientras dibuja, el niño agrega que en el sueño apareció una mancha negra y él miró al sol pero este "se achicó y explotó lanzando como meteoritos" que alcanzaron a su hermanita, quien se quemó y lloraba.

Entre los indicadores fenomenológicos que se corresponden con las llamadas psicosis de la segunda infancia, se encuentran las "manifestaciones de ruptura con la realidad". Este índice, entre otros, está comentado por Bleichmar en "Psicoanálisis Extramuros" (2010). La autora lo pone en correlación con lo que denomina "fragmentación del campo de la realidad" (p.107) y sostiene que es posible rastrearlo en la conducta del niño, en su lenguaje pero también en sus producciones gráficas. "La explosión del campo de la realidad es siempre una explosión del mundo interno, y se registra también en el dibujo, que va de lo más a lo menos estructurado" (p. 107). Y agrega que podremos apreciarlo en la figura humana, en el dibujo de los objetos y también en la construcción del espacio.

Cabe mencionar brevemente en este lugar aquello que desde el psicoanálisis llamamos "examen de realidad" y que Freud trabaja, entre otros artículos, en "Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños" (1915). La prueba de realidad podría definirse como

aquello que distingue una representación fuertemente investida del objeto, de su percepción. Es decir, un dispositivo que permite realizar una discriminación entre las excitaciones externas y las excitaciones internas. El caso de Manuel nos permite inferir, teniendo en cuenta las relaciones entre la represión originaria y el principio de realidad, que las fallas en la diferenciación entre el interno–externo (sistema Icc) y el externo–exterior dificultan una organización definitiva entre el adentro y el afuera.

Resulta conveniente añadir un elemento más a los fines de analizar metapsicológicamente la producción onírica de Manuel, que tiene que ver con lo que Freud (1998) señala respecto de las fallas en la función del sueño.

> Bajo determinadas circunstancias, el sueño sólo puede imponer su propósito de manera muy incompleta o debe resignarlo del todo; la fijación inconciente a un trauma parece contarse entre los principales de esos impedimentos de la función del sueño. Al par que el durmiente se ve precisado a soñar porque el relajamiento de la represión permite que se vuelva activa la pulsión aflorante de la situación traumática, falla la operación de su trabajo del sueño, que preferiría trasmudar las huellas mnémicas del episodio traumático en un cumplimiento de deseo. En tales circunstancias acontece que uno se vuelva insomne, que renuncie a dormir por angustia frente a los fracasos de la función del sueño. Pues bien, la neurosis traumática nos muestra un caso extremo de ello, pero es preciso conceder carácter traumático también a las vivencias infantiles. (p. 27–8).

En una entrevista pedida por el padre, refiere que el grado de alcoholismo de sus abuelos es cada vez más preocupante y que los episodios de agresiones entre los adultos son muy frecuentes en la vivienda. Informa que cuentan con una sola habitación que sirve de comedor y dormitorio para seis personas, y que hay días que no tienen para comer dado que la paga como changarín es muy baja. A pesar de esta situación, el padre relata que los fines de semana lleva a Manuel a jugar con él a la pelota en un campito del barrio y nota que su hijo se pone contento. Se pauta una visita con la trabajadora social para relevar el estado de la vivienda y gestionar recursos.

II. Dispositivo clínico de juego grupal: fundamentos y criterios de inclusión

Durante el primer tramo del análisis con Manuel se instaló algo del orden de lo privado, donde a través del juego y del dibujo se pudieron trabajar los aspectos más desestructurados, ofreciendo elementos para un proceso de descualificación y recomposición de lo proveniente del lado de su madre que impacta en su psiquismo al modo de un traumatismo. Una vez constituido este espacio privado, nos preguntamos por la pertinencia de su inclusión en el dispositivo de juego grupal. Si el juego en el consultorio venía posibilitando un ordenamiento para el adentro y el afuera de su psiquismo, ¿qué riesgos tomaríamos al ofrecer jugar en un espacio abierto?, ¿el jugar en grupo posibilitaría trabajar desde otro enfoque las representaciones que Manuel tiene del cuerpo propio?, ¿estaba en condiciones para jugar con otros pares y admitir legalidades de un juego compartido?, ¿qué valor de simbolización podía tener esa experiencia para él? Además, en el transcurso del apartado anterior, destacamos algunos indicadores significativos que permitieron caracterizar la relación de Ma-

nuel con su padre. Recordemos: el niño expresa el deseo de que su padre eche de la casa a la madre; cuando escucha voces en la escuela pide que llamen al padre; juega con él a la pelota y esto lo pone contento; se despierta angustiado cuando sueña una noche que su padre "miraba para otro lado". A partir de estos índices se construyó toda una serie de intervenciones en el registro de la problemática identificatoria, que apuntó a ligarlo al padre:

> La posibilidad del yo de catectizar emblemas identificatorios que dependen del discurso del conjunto y no ya del discurso de un único otro es coextensa con la modificación de la problemática identificatoria y de la economía libidinal después de la declinación del complejo de Edipo. A partir de este momento, nuevas referencias modelarán la imagen a la que el yo espera adecuarse. (Aulagnier, 2004, p.168).

Como propuesta de asistencia a la población infantil en la institución hospitalaria, el juego en grupo estaba siendo ensayado en el momento que decidimos incluir a Manuel. Veníamos pensando lo que Volnovich ubica con respecto al fútbol como un juego que aporta a la organización de la identidad masculina, entonces probamos una oferta que pasara por reunirnos con algunos de los niños pacientes de consultorio externo a jugar en la canchita del Hospital. Volnovich (1998) afirma que el fútbol viene a cumplir una función restitutiva de la distancia que –como imperativo del patriarcado– se establece entre el cuerpo del padre y el cuerpo del hijo. Citamos:

> El patriarcado construye un abismo entre el cuerpo del padre y el cuerpo del hijo. El cuerpo inaccesible del padre marca, con una distancia insalvable, el cuerpo del niño que, a su vez, reclama –siempre reclama– la ausencia del cuerpo del varón. Tal vez, la identidad masculina tradicional que el fútbol aporta, no sea otra cosa que el grito de protesta con el que el cuerpo a cuerpo intenta rellenar un hueco, disimular ese vacío, compensar esa distancia. (p.11).

Estaríamos "abriendo la cancha" a una suerte de trabajo de filiación por la vía del valor social que los adultos –estadísticamente los padres– otorgan al juego del fútbol, trabajo que nos pareció necesario proponerle a Manuel. La referencia constante de los niños a los adultos varones significativos deviene un analizador del lazo filiatorio y terreno del juego identificatorio. La problemática de la agrupabilidad de los niños requeriría un examen que va más allá del valor del juego del fútbol como facilitador de los trabajos psíquicos propios de la asunción de la identidad masculina en tanto presta un conjunto de insignias y enunciados que mayormente identifican a los varones. Por el momento digamos que los niños que invitamos a formar parte del grupo se hallaban enfrentados a tareas psíquicas comunes de este momento de la vida, que tienen que ver con los modos singulares de resolución de las tensiones a las que expone el proceso de socialización. Y a Manuel estas tareas no le eran ajenas.

Teniendo en cuenta el derecho a la singularidad en el marco de lo colectivo[6], una de las condiciones para la inclusión al grupo era que cada niño cuente con su espacio de análisis personal. Es decir, habiéndose instalado algo del orden de lo privado con el niño donde es posible el análisis de la transferencia y de sus propios fantasmas que hallan modos privile-

[6] Carlos Schenquerman, *Perspectiva psicoanalítica de lo Grupal*, inédito.

giados de plasmación en el juego y el dibujo podría pensarse, según la singularidad del caso, su inclusión en el dispositivo de juego grupal con pelota al aire libre. Manuel cumplía este requisito.

El dispositivo consiste en que cada quince días citamos a los niños en el consultorio externo y de ahí, luego de saludarnos y de escribir en unos afiches la fecha y los nombres de los presentes, nos vamos camino a la canchita que tiene el Hospital para jugar fútbol durante una hora. Al término del partido nos sentamos en ronda para que en una suerte de asamblea de niños tenga un lugar principal la circulación de la palabra, donde cada cual hablará sobre como jugó y como jugó el otro.

Señala Volnovich (1998):

> Si un jugador no se controla suficientemente, existe la posibilidad de transgredir las reglas y, entonces, la victoria será para el equipo contrario. Si un jugador –con la mejor intención de respetar las reglas– se reprime en exceso, verá afectado su rendimiento, debilitará su impulso, limitará la frescura de su creatividad y su inventiva. (p.11).

Es decir, en el marco de esta tensión que el juego le plantea a cada niño, intervenimos desde el juego mismo, asumiendo un papel en una realidad ficcional ya sea como un jugador más o como reporteros relatores del partido. Intervenimos además desde el lugar de árbitros del juego marcando las reglas pero también interrumpiendo el partido a los fines de trabajar con un niño en particular en dirección tanto a la dinámica intrapsíquica como al registro intersubjetivo. Por ejemplo: "Si vos no te dejás ver y no salís de atrás del cuerpo del rival, resulta difícil que el otro pueda pasarte la pelota" (analizando la no separación y la posición de borramiento del cuerpo en el otro). "Para que logres hacer un gol es necesario ir al encuentro de la pelota y no quedarte siempre a recibirla" (el juego exige buscar el intercambio). "Para dar un pase muchas veces hay que frenarse y parar de correr" (apelando a una instancia que regule los movimientos). "No es lo mismo para el grupo que uno de los jugadores no participe" (la ausencia de uno de los miembros da lugar a la pregunta por la falta y lo que esta deja abierto en lo que respecta a la tarea en común que un grupo lleva adelante, es decir, el desarrollo mismo del juego).

Las intervenciones tienen diferentes estatutos, la mayoría de ellas apuntando a señalar cuestiones que hacen al registro intersubjetivo y la dinámica que se despliega en el intercambio con los otros al interior del grupo. A las ya mencionadas podríamos agregar aquellas del estilo: "Fulanito, vos le dijiste/hiciste tal cosa a Menganito… ¿cómo pensás que se sintió él cuando pasó eso?", por ejemplo en ocasión de que uno haya agredido verbal o físicamente a otro. Estas intervenciones apuntan a producir una identificación del niño con los otros, respecto a los efectos que puede tener sobre sus compañeros lo que él dice o hace. Es decir, a construir algo del orden de la noción del otro como semejante que en definitiva no es otra cosa que instalar los prerrequisitos del sujeto ético.

En síntesis, y entendiendo la necesariedad del juego en la construcción de un lugar psíquico para alojar la experiencia cultural según la serie: experiencia de satisfacción, primera posesión no–yo, espacio y fenómenos transicionales, juego, experiencia cultural, el dispositivo de juego grupal al que invitamos a Manuel se proponía como:

a– Un lugar de cuidado y ligazón amorosa al semejante, en condiciones en las que hay un adulto que cuida, que mira, que escucha, reconoce y pone legalidades.

b– Soporte identificatorio por fuera del grupo familiar. En este punto la importancia del

juego en grupo no radica sólo en que promueve lazos eróticos y opera en los niños como facilitador de los trabajos psíquicos propios de la asunción de la identidad masculina en tanto presta un conjunto de insignias y enunciados que mayormente identifican a los varones, sino que al proponerse el juego del fútbol lo hacemos reconociendo en él una actividad valorizada socialmente y que en muchos casos oficia como proyecto identificatorio deseable por cierta parte del conjunto social para los niños y jóvenes.

c– Un tiempo de creación compartida en el marco de una serie de reglas.

Al llegar a este punto podemos preguntarnos: ¿habría contraindicaciones para proponerle a Manuel el dispositivo de juego grupal? Armando Bauleo, en una entrevista realizada por A. Vainer (2002), sostenía que todo paciente es agrupable hasta que se demuestre lo contrario y que es la dinámica del grupo la que decide quién se queda y quién se va. Afirmaba también que en un grupo se dan cualidades del sujeto que no se ven en lo individual y, por lo tanto, no recomendaba hacer diagnósticos definitivos por fuera de la situación grupal. Entonces ¿sería indicado incluir en este dispositivo a un niño cuya estructuración psíquica es a dominancia psicótica? ¿Por qué? ¿Qué pretenderíamos trabajar con Manuel a partir de este juego grupal? ¿Acaso no es sabido que el estatuto de las intervenciones tiene un carácter distinto cuando se trata de una psicosis que cuando se trata de una neurosis?

Decidimos valernos del *llamado al padre* que hace Manuel como otro criterio que justificaba, en este caso singular, la inclusión al grupo[7]. De este modo, le facilitamos una ligazón al padre en tanto este tiene un deseo por el fútbol y representa para él una práctica socialmente valorizada. Por la vía del soporte grupal, que también expresa un deseo por la práctica del fútbol, generamos las condiciones para la identificación al padre, portavoz, en este caso, del conjunto social.

En los comienzos de la experiencia grupal era notable la dificultad de Manuel para ubicarse en la cancha, ubicar su cuerpo y el de los otros, frenar a tiempo para no chocar al adversario. Parecía no poder controlar sus movimientos y cuando resbalaba, rodaba indefinidamente. No miraba al otro para hacer un pase. Las intervenciones estuvieron dirigidas a establecer un borde entre su cuerpo y el espacio, a propiciar cierto control de su musculatura e instalar la presencia de los otros de modo que lograse su registro durante el partido. Además, recogimos las manifestaciones que surgían en el juego grupal para trabajarlas en el consultorio. Esto posibilitó una suerte de ampliación de la clínica *ligando lo que jugaba en la cancha con lo que jugaba al interior de su espacio individual*: "Esto que le pasa a los muñecos de plastilina, que no se pueden sostener parados y se le salen las piernas o los brazos, puede tener que ver con lo que vos sentís a veces cuando en la cancha no podés controlar tus movimientos y te chocás con los chicos, o cuando te caés y no dejás de rodar; como que las partes de tu cuerpo estuvieran separadas de vos. Vos venís acá para que te ayude a juntar las partes de tu cuerpo y así puedas frenarlo". Un día decidimos confeccionar camisetas con afiches de papel en el dispositivo grupal. Cada niño delimitaba con fibrones en la hoja el cuerpo de su compañero. Esto apuntaba a trabajar la ubicación del cuerpo en el espacio. Establecer los límites del propio cuerpo produce reconocimiento de los límites del cuerpo del otro.

Durante la asamblea, Manuel refirió constantemente historias en las que era agredido por otro (su madre o compañeros de escuela),

[7] Aunque bien puede operar como criterio en el análisis de otros niños al momento de evaluar la pertinencia de una indicación de esta instancia de trabajo grupal.

o que algo malo le pasaba, –se lastimó, o se cayó del techo, o de un banco de la plaza. Efectivamente había llegado al grupo con el cuerpo lastimado por raspones, picaduras o quemaduras, como si el límite del cuerpo le fuera dado por la experiencia de dolor. En los primeros tiempos de su participación en el grupo, los comentarios que traía a la asamblea no tenían relación con lo que el resto de los miembros del grupo ponía en común. Por ejemplo, si se venía hablando de lo bien que se había podido jugar en equipo, dando pases, etc., él comentaba sobre la decapitación de soldados en un juego de Internet que jugaba su hermano.

III. En nombre propio: el placer de tomar la palabra

Al cabo de dos años constatamos una serie de progresos psíquicos sostenidos. Por un lado, al interior del dispositivo de juego grupal: fue posicionándose en la cancha y con respecto a los otros niños del equipo de modo tal que identificaba a los demás para los pases, no se chocaba con ellos, iba a la búsqueda de la pelota midiendo sus movimientos y anticipando, a veces, una jugada que requiere precisión y cálculo. En el momento de la asamblea tomaba la palabra con placer y sus aportes no eran desgajados del contexto sino todo lo contrario. "Bueno, acá, los que venimos desde hace más tiempo, tenemos una historia más larga para contar", "nos hemos hecho amigos", ha expresado. "Para que el niño reencuentre propiamente una palabra personal, necesita antes que nada poder desprender su verdad de los deseos de muerte y de las múltiples formas de alienación en las que se perdió en la fijación con otro" (Mannoni, 1980, p.24). En muchos casos introducía el humor y su discurso estaba provisto de elementos propios de cierta experiencia cultural: explicaba a un compañero dónde se hallaba ubicado el continente africano, nombraba algunas aperturas del ajedrez, llevaba un registro de los resultados de los partidos de la liga europea y nacional, conocía qué jugadores de fútbol pertenecían a cada equipo. Su interés por el fútbol y la destreza adquirida, lo acercaron mucho a su padre.

El fútbol, como un modelo privilegiado por su papá, por el grupo y por el conjunto, se constituyó para Manuel en una nueva referencia que representaba lo que el Yo espera devenir. "Cuando yo sea grande quiero ser jugador de fútbol", fue la primera enunciación de un proyecto que manifiesta el acceso del niño a la conjugación de un tiempo futuro. Se estableció algo muy interesante entre el niño, su padre y el grupo: el padre pedía hablar con nosotros cuando, al jugar al fútbol con su hijo, notaba que no se paraba bien en la cancha o que corría sin frenos, o que, cuando buscaba la pelota iba al choque con el otro. Y atribuía la presencia de estos indicadores a sucesos en la vida familiar que pudieron afectar a su hijo, y nos lo comunicaba con la intención de colaborar en el restablecimiento del niño. El partido se transformó en una suerte de espacio analítico que permitía balizar, a partir de cómo jugaba Manuel, los momentos en que la experiencia se le sustraía a la palabra, así como también advertía el trabajo de simbolización que quedaba por propiciar.

Por otro lado, hubo progresos al interior del espacio de análisis individual: el "juego de las carreras" empezó a incluir semáforos y se delimitó con precisión una pista de carrera. Estableció un sistema de reglas con respecto al exceso de velocidad de los vehículos: si hay exceso de velocidad, el conductor puede quedar descalificado o recibir una multa. Las personas y animales que representaban al público ya no estaban amontonados e indiscriminados. Los animales erguidos se ordenaron en torno a un árbol o vegetación que servía de alimento, y los hombres ya no los mataban sino que observa-

ban atentamente la carrera, todos dentro de un cerco infranqueable que los autos podían chocar pero no romper. Las torres que construía con piezas de encastre se afirmaban al piso y no tambaleaban. La producción gráfica adquirió una complejidad notable. En cuanto a los sueños, adquirieron paulatinamente otro estatuto. La insistencia de la repetición de sueños persecutorios que revelaban en la angustia de la pesadilla el goce del Otro, dejó lugar a unos del tipo: "Soñé que era músico y dirigía una orquesta", o "Estábamos en un campo con los compañeros de la escuela comiendo un asado". Espontáneamente comunicaba asociaciones ligadas a restos diurnos de otro carácter, donde no aparecía en primer plano la muerte. Cedieron las auto y heteroagresiones, y empezó a pasar de grado con buenas notas.

El hospital pensado a través del juego

La propuesta que hemos planteado acerca de la articulación entre el espacio individual y un dispositivo grupal como estrategia clínica ha sido pospuesta en el tiempo histórico como consecuencia de la brutal represión que sufrió la grupalidad en nuestro país desde la última dictadura militar. Incluso, la desestimación de lo grupal viene reforzada desde cierto discurso psicoanalítico que legitima y alienta a que cada uno se ocupe de sus propias cosas, como criterio de salud. No debemos olvidar que llevamos más de un siglo de psicoanálisis, que en sus expresiones dominantes ha comulgado con el discurso capitalista, como por ejemplo en este punto: el de poner en el mismo estatuto cierta normalidad al individualismo como parámetro para la acción. Estas cuestiones no son objeto central de este artículo, pero estuvieron alojadas en las interrogaciones que dieron origen a la propuesta. Pensar en lo grupal en sus aspectos teóricos desde el psicoanálisis de cara a la población de niñes que atendemos, y en sus aspectos políticos de cara al conjunto de les trabajadores al interior del hospital, comporta interpelar la posición ideológica hegemónica.

La introducción y puesta en valor del jugar en la institución hospitalaria hizo posible un lugar para la niñez: para que haya infancia es imprescindible que haya juego. Pensar al juego como el vector que atraviesa las diferentes modalidades de la asistencia en salud mental de la población infantil tiene el carácter de una propuesta identificatoria primordial. Concebir el jugar como operador estructural de transformación de lo otro del mundo externo y de lo otro interior es equivalente a entenderlo como un trabajo psíquico: el niño hace un trabajo con el juego pero el juego lo trabaja a él. El grado de organización psíquica que le permitió lograr a Manuel el hecho de jugar en transferencia con otros constituye una muestra.

Esta experiencia del dispositivo clínico grupal permitió la apertura a una serie de interrogantes sobre el acceso de les niñes al juego y a la tarea de elaboración psíquica que comporta. ¿Cómo hacer accesible este derecho desde un hospital público sin patologizar los primeros tiempos de la vida? ¿Podría devenir clínico un espacio que habilite a jugar pero que no esté destinado solamente a nuestres pacientes? La transformación que produce el juego de les niñes también se produjo en les trabajadores: la institución pudo empezar a analizarse a través del jugar, lo cual nos condujo a realizar una articulación con otros sectores del hospital por los cuales circulaban niñes. La sala de espera en la guardia pediátrica, odontología, las internaciones médicas y por crisis en salud mental infanto–juvenil se constituyeron en lugares a donde llevamos el juego y donde logramos observar la serie enorme de dificultades para poder jugar que tiene la po-

blación infantil que se asiste en la institución hospitalaria, dificultades que se traducen en fracasos graves de estructuración psíquica y en sintomatología cuya fijación compromete el futuro del sujeto. En este punto se inscribe la creación de una ludoteca. Este dispositivo de juego abierto a les niñes de los barrios cercanos al hospital ofrece una serie de talleres cuyo eje común es posibilitar soportes lúdicos al acto de nombrar los afectos. Propiciar condiciones para promover procesos de simbolización en la infancia. Identificar los fracasos graves en estos procesos. Intervenir analíticamente para que la vivencia devenga experiencia subjetiva. Todo esto es analítico y político, entendido esto último como provocación de la ocasión para que alguien pueda jugar y hablar y aparecer como sujeto.

Referencias

- Aulagnier, P. (2004). *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Bleichmar, S. (2001). *Clínica Psicoanalítica y neogénesis*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- (2010). *Psicoanálisis Extramuros*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Entreideas.
- Freud, S. (1998). *La interpretación de los sueños* (1900). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores, Obras completas, Volumen 5.
- (1998). *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis* (1932), 29ª: Revisión de la doctrina de los sueños. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores, Obras completas, Volumen 22.
- Mannoni, M. (1980). Psicosis infantil. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.
- Vainer, A. (2002). Entrevista a Armando Bauleo. *Revista Vertex*. Volumen 13, (50), p. 303.
- Volnovich, J.C. (Mayo de 1998). Varones argentinos. El fútbol como organizador de la masculinidad. *Revista Actualidad psicológica*, (253), p. 5.

De un dispositivo cuya singularidad permite recuperar las posibilidades enunciativas en las infancias. El Consultorio Conjunto de Neurodesarrollo[1]

Of a device whose singularity allows to recover the enunciative possibilities in childhood. The Joint Neurodevelopment Clinic

Mariana Spina Rinaudo[2]

Resumen

El presente trabajo busca recuperar la experiencia llevada adelante en el marco de la Residencia de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria durante el período 2010–2011. La práctica fue desarrollada en Consultorio Conjunto de Neurodesarrollo, dispositivo perteneciente al programa SANAR (Seguimiento Adecuado del Niño de Alto Riesgo), de la Secretaría de Salud Púbica Municipal.

Se intentará indagar acerca de los efectos y las inscripciones que, sobre la conformación subjetiva de las infancias, pueden tener los discursos que se ponen en juego (se vehiculizan) a través de los procesos atencionales propios de los sistemas de salud. Con esto se alude a los espacios de consultas e interconsultas, en los efectores públicos de primer y segundo nivel de atención, como los centros de atención primaria de la salud y los hospitales generales.

Se buscará reflexionar acerca de los mecanismos que posibilitan u obstaculizan la emergencia de la subjetividad, en poblaciones de niños y niñas con dificultades o problemáticas en el desarrollo psíquico, físico y/o cognitivo. Para situar los modos a través de los cuales algunas prácticas en salud se pueden instituir como *lógicas totalizantes*.

Palabras claves: Dispositivo – Procesos de atención – Problemáticas en el desarrollo – Infancias – Discursos hegemónicos – Diagnósticos

Summary

The present work seeks to recover the experience carried out within the framework of the Residence of the Specialization Career in Clinical, Institutional and Community Psychology during the period 2010–2011. The practice was developed at the Joint Neurodevelopment Clinic, an institution belonging to the SANAR program (Adequate Monitoring of High–Risk Children), of the Municipal Public Health Secretariat.

An attempt will be made to inquire about the effects and inscriptions of the discours-

[1] El presente artículo fue reescrito sobre la base del Trabajo Integrador Final de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica Institucional y Comunitaria (2010–2011) de mi autoría y que fuera dirigido por la Ps. Esp. Betina Chiani

[2] Psicóloga. Especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria. Psicóloga en Equipos Interdisciplinarios de las Escuelas Especiales Públicas de la Provincia de Santa Fe. Región VI. marianaspina@hotmail.com

es conveyed along their own attentional processes. This refers to the spaces for consultations and interconsultations, in the first and second level of the public effectors, such as primary health care centers and general hospitals.

It will seek to reflect on the mechanisms that enable or hinder the emergence of subjectivity, in populations of boys and girls with difficulties or problems in psychic, physical and/or cognitive development, to locate the ways through which some health practices can be instituted as totalizing logics.

Keywords: Device – Process of attention – Problems in the developmentchildhood – Discourses hegemonic – Diagnoses

Introducción

El devenir en la constitución psíquica de los niños y niñas supone procesos y construcciones que implican la relación con los otros, las instituciones y los discursos que se ponen en juego en dichos espacios.

El recorrido que se intenta diseñar con el presente trabajo surge a partir de problematizar la articulación entre la clínica y la institución, en el abordaje de niños y niñas con problemáticas en el desarrollo.

El Consultorio Conjunto en Neurodesarrollo puede pensarse al modo de un dispositivo artesanal, como lo propone Gaston de Souza Campos (2001), que permite ubicar y problematizar el recorrido que realizan niños y niñas desde los procesos atencionales y, de esta manera, poder interpelar las marcas que producen en la construcción subjetiva aquellos discursos que aparecen instituidos a partir de estos lugares.

Juan Vasen (2011) sostiene que:

> ningún enfoque del sufrimiento infantil debería soslayar que la subjetividad se entrama centralmente, a partir de las relaciones fantasmáticas y deseantes con los otros y con las estructuras anónimas que el sistema social produce y reproduce (p. 37)

Que una consulta se disponga de manera conjunta, con la presencia de un psicoanalista posibilita un abordaje interdisciplinario, una de cuyas direccionalidades es trabajar desde un abordaje preventivo en el sentido de poder interrogase acerca de lo que le pasa a un sujeto infantil que consulta, suspendiendo juicios anticipatorios.

Vasen considera que se trataría de abandonar posiciones que tiendan a clasificar, a configurar serializaciones, siendo que para el psicoanálisis, siempre hay algo de lo humano que se escapa, que es inclasificable. "La diferencia entre clasificar y diagnosticar con respecto al saber es que la clasificación se detiene en la particularidad. El logro clasificatorio es la inclusión en una serie" (Vasen, 2011, p. 23)

En estos desarrollos el concepto de *prevención* está pensado y entendido como el abordaje temprano, oportuno e integral; en cuanto a poder despegar al sujeto de su falla real, de la patología, para dar lugar a una relación con la falta singular.

Apelar a la participación y al derecho de los sujetos en incluirse e involucrarse en los procesos de atención en salud, es dar lugar a la enunciación, al contexto en el cual emergen las problemáticas, los conflictos. Es pensarlo en un entramado histórico singular, social, cultural y político.

Un interrogante que es interesante recuperar, a la luz de estos desarrollos, remite a pensar en cuántas ocasiones el encuentro con el infantil sujeto, que padece o sufre alguna afección en su desarrollo, confronta a los profesionales con elementos desconocidos, remitiendo a tiempos propios de mayor inermidad, generando muchas veces lugares de expulsión, de rechazo, de negación.

De este modo, aquí se intentará visibilizar,

a través de las delimitaciones conceptuales y el recorrido por algunos fragmentos clínicos, ciertas modalidades que adquieren las prácticas en salud y los procesos atencionales, desde la singularidad que produce el encuentro con el infantil sujeto, dificultad que se reduplica si este niño/a presenta alguna patología orgánica o se encuentra en situación de discapacidad.

La premisa a desplegar sería que posicionamientos cerrados conllevan un debilitamiento subjetivo en el sujeto que consulta.

Historización acerca del dispositivo

El Consultorio Conjunto de Neurodesarrollo se incluye desde sus orígenes en el Programa SANAR (Seguimiento Adecuado del Niño de alto Riesgo), de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Rosario, elaborado en el año 1992. Este programa propone realizar el seguimiento y control de niños considerados de "alto riesgo", que egresan de los Servicios de Neonatología de las maternidades municipales, hasta los ocho años, con el fin de detectar precozmente posibles patologías y/o alteraciones en el desarrollo y ofrecer su correspondiente tratamiento.

El SANAR sostiene que la detección precoz de las patologías y el abordaje temprano en niños y niñas con problemáticas en su desarrollo propician la prevención de secuelas discapacitantes y, en el caso de que presenten alguna lesión orgánica, o retraso en las pautas madurativas, reduce el impacto para mejorar sus condiciones y calidad de vida. Como espacio de consulta, el Consultorio de Neurodesarrollo comparte con otras disciplinas, como neurología, pediatría, trabajo social (incluidas en el Programa de Seguimiento) la tarea de realizar el seguimiento de los niños y niñas considerados de "alto riesgo".

Desde el programa se considera niños/as de riesgo, a aquellos/as que habiendo estado internados/as en su período neonatal en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, tienen un riesgo elevado de secuelas, como aquellos con antecedentes de prematurez con bajo peso al nacer, depresión grave al nacer, asistencia respiratoria mecánica, sepsis/meningitis, incompatibilidad sanguínea (RH, ABO u otras que hayan requerido exanguinotransfusiones y/o transfusiones intrauterinas), poliglobulia sintomática y/o tratamiento con sangriatransfusión, patología neurológica (convulsiones, hemorragias intracraneanas), trastornos metabólicos graves, infecciones intrauterinas, patologías quirúrgicas complejas, malformaciones o síndromes genéticos severos y condiciones de vulnerabilidad social.

En el año 2001, luego de realizar algunos análisis acerca de la adhesión al programa y relevar una alta deserción por parte de los pacientes, se reordenan ciertos modos de funcionamiento y el programa comienza a tener otras implicancias: los equipos referenciales de los territorios se ocuparían del seguimiento periódico del niño/a, y el SANAR funcionaría como espacio de interconsulta en los hospitales.

¿Cuál es la potencialidad de dicho dispositivo?

El Consultorio Conjunto de Neurodesarrollo se ha ido diseñando a lo largo de los años de un modo artesanal, adquiriendo rasgos propios en el abordaje de las situaciones y problemáticas e instituyendo modalidades de atención a partir de las articulaciones que se han ido generando con actores y profesionales de diversos efectores de salud. Los lazos transferenciales construidos en este tiempo de trabajo con los equipos de salud territoriales, constituyeron una referencia para la interconsulta con el dispositivo, no sólo de aquellos niños/as que han atravesado una historia neonatal muy comprometida sino también de toda otra población infantil que ya sea por

manifestar dificultades o padecer algún sufrimiento pueda estar interrogando a los actores de los servicios de salud.

El malestar que niños o niñas puedan estar desplegando supone un interrogante, una pregunta, es en estas situaciones donde se van configurando escenarios posibles para la interconsulta.

No se puede dejar de señalar que el Consultorio Conjunto de Neurodesarrollo es un dispositivo que forma parte de la red de atención pública de Salud Municipal, y como tal está concernido respecto a las coordenadas que afectan los procesos atencionales en salud.

Desde nuestro entender las prácticas que sostienen los efectores públicos de primer y segundo nivel de atención pertenecientes al sistema de Salud Pública, constituyen un entramado discursivo que, en ocasiones, puede poner en cuestión la emergencia de un sujeto. Esto puede significar un atolladero aún mayor en el caso singular de niños y niñas que presentan dificultades en su desarrollo o atraviesan por alguna situación de discapacidad.

Souza Campos (2001) entiende que:

> la estructura tradicional de los servicios de salud refuerza el aislamiento profesional y reproduce la fragmentación de los procesos de trabajo, manteniendo sin cuestionar la hegemonía del poder médico.
> En general cuando interviene un especialista o profesional en un caso, lo hace de manera vertical, con acciones separadas unas de otras. Es una sumatoria de procedimientos realizados "al lado" uno de otros, con la suposición que al cumplir cada uno su parte estaría garantizada la cualidad del todo. Casi no hay integración horizontal permanente entre los distintos saberes y prácticas, y cuando las hay, le correspondería al médico compatibilizar las diferentes lógicas involucradas en el proceso de trabajo. (p. 30)

Resulta pertinente destacar la existencia de determinadas situaciones cuando, en las consultas, la especialidad o superespecialidad se expone como un único saber ante el sufrimiento de un sujeto y coagula todo otro sentido, anulando las posibilidades enunciativas de los sujetos que consultan. De este modo, se ponen en escena modelos clásicos de salud. El seguimiento sostenido desde estas lógicas genera modos alienantes y desimplicantes en las poblaciones respecto de su padecimiento.

Campos propone pensar los dispositivos[3] como facilitadores de un nuevo orden organizacional que estimulase el compromiso de los equipos con la producción de salud.

Advertidos de que el Consultorio Conjunto de Neurodesarrollo, en tanto dispositivo inserto en las redes de poder y de sentido, la inquietud gira en torno de los modos de producir una discontinuidad en este entramado discursivo.

¿Cuáles son las coordenadas que supone?

El Consultorio Conjunto está compuesto por instancias que podemos mencionar como *la consulta* propiamente dicha, y los *momentos de re–trabajos*. Está constituido por una médica pediatra neonatóloga (especialista en neurodesarrollo y responsable del consultorio), y una psicóloga que acompaña el dispositivo; al tiempo que se va conformando con la presencia de psicólogos que participan del espacio en el marco de la residencia desde la Carrera de Especialización en Psicología Clínica Institucional y Comunitaria y residentes de la Ca-

[3] Campos (2001) retoma a Baremblit en cuanto a que "dispositivo es un montaje o artificio productor de innovaciones que genera acontecimientos, actualiza potencialidades e inventa lo nuevo radical" (p. 144).

rrera de Especialización en Psicología General y Familiar que realizan sus rotaciones por el espacio.

En las instancias de re–trabajo participan psicólogas, tutoras de la residencia de la Carrera de Especialización antes citada que supervisan las situaciones.

Se propone como un dispositivo de evaluación conjunta, en cuanto intenta poner en acto un proceso diagnóstico desde la complejización de lecturas dada por la conformación de diversas praxis y campos teóricos.

Al mismo tiempo, también es un espacio de formación para los residentes de las carreras anteriormente mencionadas, dentro de la lógica de la atención primaria de la salud.

El Consultorio Conjunto intenta conformar una referencia para los equipos de salud territoriales, quienes apelan desde la interconsulta al trabajo con el dispositivo. Así mismo, es un espacio de interconsulta para las especialidades que funcionan en niveles de mayor complejidad, como los hospitales generales.

El dispositivo puede operar, en ocasiones, como apoyo matricial especializado; en otras, como un espacio para reordenar los procesos de atención, y de esta manera intentar evitar los puntos de excesiva instrumentación de los sujetos que consultan (los niños y las niñas que llegan a las consultas).

El objetivo que se proponen las prácticas en el marco del dispositivo, es ofrecer instancias para articular las derivaciones, en algunos casos y, en otros para generar cierta estabilidad y luego derivar, situando la prevención como lineamiento, como contrapartida de toda búsqueda de normativización y clasificación de la población.

Castel (1984) advierte acerca de una orientación que desarrollan ciertos dispositivos médico–psicológicos que, al permitir una disociación radical entre el diagnóstico y la asistencia, decanta la práctica en puro peritaje, convirtiéndose de este modo en instrumentos de gestión diferencial de las poblaciones.

Las vicisitudes por las que atraviesan los niños y niñas con dificultades en el desarrollo

Resulta necesario poner en tensión el concepto de *vicisitudes*, acudiendo a la pregunta por las condiciones de posibilidad para que algo del orden de un acontecer tenga lugar en la estructuración subjetiva de un niño. Es decir, para que un niño o niña con problemáticas en su desarrollo o con una historia neonatal compleja, no quede sujeto a dichas marcas, y tenga la oportunidad de transitar como una *aventura* su constitución subjetiva, pensando esto no como algo dado, sino como algo a conseguir.

Señala Jerusalinsky (2005):

> Recordemos que lo madurativo, le hace límite al sujeto pero no lo determina ni lo causa. El surgimiento del sujeto del deseo, hablante, sexual, sujeto del inconsciente, sujeto histórico, depende de la simbolización del cuerpo en los primeros tiempos de vida y de cómo se sortean los límites a dicho trabajo de simbolización, por el otro y por el niño, ya sean límites biológicos que impermeabilicen la entrada del lenguaje o límites del significante en hacer su trabajo, límites en ese otro primordial para responder al desamparo del cachorrito humano recién llegado a este mundo que se reduplican en un niño con problemas orgánicos.
>
> De este modo en el trabajo con niños que sufren alguna patología o presentan una dificultad en el desarrollo, nos enfrentamos con la pregunta por las condiciones de posibilidad para la entrada del significante y su función de forma encarnada, no anónima para el nacimiento del sujeto de deseo y los objetos en el deseo. (p. 33)

El Consultorio de Neurodesarrollo, como parte del Programa de Seguimiento desde los objetivos que le dan origen y consistencia, intenta articular operatorias para un abordaje y una mirada preventiva, generando condiciones para el acontecimiento.

Dice Bruner (2008)

> El desarrollo es la carretera que se va construyendo, organizada desde el material significante, donde tienen lugar y transcurren para el sujeto los trayectos, viajes y virajes del deseo y sus instrumentos, desde el nacimiento hasta la muerte. Este desarrollo–carretera funciona, al mismo tiempo, como límite último de dicho transcurrir. (p. 39)

Acerca de la inclusión del psicoanalista en el Consultorio Conjunto de Neurodesarrollo. La interconsulta

La presencia del psicoanalista, en el Consultorio Conjunto abre un sendero, en tanto que como señala Ginette Raimbault (1985) el sufrimiento del paciente y sus síntomas escapan a la posibilidad de conocimiento biológico del cuerpo. Los síntomas de un paciente están en relación con el hecho de que cada individuo habla en el interior de unas coordenadas, de unas significaciones, de unas posiciones bien precisas que distinguen a cada cual de todos los demás y que hacen que los síntomas sean inaccesibles a unas generalizaciones.

Como entiende esta autora el cuerpo no sólo se encuentra regulado por hechos anatómicos, fisiológicos o biológicos, sino que un cuerpo se encuentra atravesado por las dimensiones del sufrimiento y del goce.

La inclusión del psicoanalista en el dispositivo favorece la dimensión del discurso en las prácticas de atención, introduciendo de este modo la diferencia entre el cuerpo en general y tal o cual cuerpo en particular.

La participación del psicoanalista en el Consultorio Conjunto introduce la posibilidad de una intersección en relación con lo discursivo, posibilitando poner en interlocución determinados enunciados, que permitan reabrir aquellos procesos que en ocasiones corren el riesgo de quedar suturados. En ese marco, ¿cuáles son las posibilidades del psicoanalista en una consulta conjunta, que en primera instancia sostiene las coordenadas médicas, de introducir la dimensión del discurso, contemplando el planteo de Raimbault (1985) respecto de que el cuerpo se encuentra cifrado y marcado por el lenguaje, por el orden imaginario y simbólico? Tal como ella misma señala, el poder de la palabra tiene efectos sobre el cuerpo.

¿Cómo situar algo del orden de "un estar psicoanalista" (Ulloa, 1995), suspendiendo juicios a priori, en los casos que llegan al consultorio? Esta posibilidad interpela de modo significativo en aquellos casos de niños y niñas que por su historia singular requieren de la intervención de múltiples disciplinas como neurología, traumatología, genética, fisiatría, nutrición, neurocirujía, oftalmología, entre otras.

Retomando algunos planteos de Silvia Grande (2000) podemos señalar que el modo en que se piense la interconsulta refleja y/o da cuenta del modo en que se produce la institución y la clínica

Silvina Gamsie (1998) señala que el terreno de la interconsulta sigue constituyendo el campo más propicio para la interlocución entre la medicina y el psicoanálisis, ya que, según esta autora, el mismo llamado supone un sujeto: el médico que se ha interrogado por ese paciente que no responde de la manera esperada. De lo contrario, no nos llamaría.

Gamsie explica que la finalidad, lejos de agotarse en la realización de un diagnóstico diferencial, se centra en la posibilidad de operar sobre la demanda de los equipos médicos, abriendo paso a la interrogación de su males-

tar. Lo que supone una ardua tarea, en épocas en las que los pedidos suelen ser formulados de manera tal, de esquivar cualquier posibilidad de implicación por parte de quien los formula

La modalidad que el dispositivo de Consultorio Conjunto adquiere en cada situación toma forma a partir de la lectura clínica de las demandas y de cómo se ubican los profesionales en relación a los pedidos y el tipo de respuestas que se ofrecen.

De esta manera, en algunos casos, se articulan vías para las derivaciones; en otros, se crean los escenarios para generar cierta estabilidad en las situaciones que llegan a la consulta y luego derivar, en todos los casos, indagando acerca de las condiciones de posibilidad para la construcción de una interconsulta.

En tanto el dispositivo se ordena en relación con las lógicas de atención primaria de la salud en redes, promueve la participación y la inclusión de los usuarios en los procesos de atención, intentando garantizar en cierta medida estrategias de promoción y prevención en salud.

¿Cómo conformar y hacer viable un diagnóstico que permita al sujeto decir sobre lo que le acontece?

La pregunta que da título a este apartado muestra la direccionalidad de las prácticas sostenidas desde el dispositivo en tanto aparece con insistencia en aquellas ocasiones en la cuales el pedido de interconsulta connota un saber cerrado, más cercano al encargo social.

Cuando las consultas reflejan un pedido para la formulación de un diagnóstico que describa y enmarque lo que a un niño o niña le pueda estar aquejando y establezca intervenciones a seguir, reparamos que nos encontramos ante posicionamientos en los que se deslizan los discursos médicos clásicos. Estos escenarios requieren de una praxis que permita sostener las problematizaciones y la complejización.

Es interesante recuperar las elaboraciones y desarrollos propuestos por Silvia Grande[4] para situar que prácticas médicas de este orden se instauran como instituciones totalizantes, cuando se constituyen en un único sentido, coagulando el advenimiento de otros sentidos.

Grande (2010–2011) nos propone pensar que el discurso médico hegemónico hace institución allí donde pretende sostener un único saber y obtura las posibilidades de enunciación de los sujetos.

Cuando las demandas que llegan al Consultorio Conjunto provienen, como plantea Liliana Baños (2012, p 62) "no de lo que no funciona sino de *lo que se supone que debe funcionar",* en este escenario nos encontramos con el obstáculo, al modo de un "encargo social".

El encargo social toma la figura de un *diagnóstico* a la manera de una *etiqueta* que, lejos de trazar vías para posibles abordajes, obtura todo recorrido posible.

> ¿Qué haría el enfermo con un diagnóstico? El diagnóstico está destinado a *otros*. El hecho de formular un diagnóstico psiquiátrico desaloja entonces al enfermo de su posición de sujeto, lo somete a un sistema de leyes y de reglas que escapan a su comprensión e inaugura así un proceso que desembocará lógicamente en medidas de segregación" (Mannoni, 1976, p. 22).

Es pertinente considerar estas prácticas situando el obstáculo como estructural, tal como lo propone Liliana Baños (2012), aquello que facilita o impide, que permite o

[4] Clases teóricas dictadas durante lo seminarios de Abordajes Institucionales I y II en la Carrera de Especialización en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria cohorte 2010–2011

dificulta, el punto de articulación y de apertura hacia el trabajo con los otros.

Los momentos de retrabajo, en los cuales psicólogas tutoras supervisan y acompañan las prácticas, constituyen una instancia significativamente valiosa en el escenario del Consultorio Conjunto. Introducen tiempos para una reflexión compartida, para revisar las intervenciones, para reabrir a través de preguntas aquellas situaciones, cuando un sentido aparece coagulado, permitiendo conmover ciertos saberes y destotalizar lo que aparece instituido.

Otra de las instancias que se promueve desde el dispositivo es el encuentro con los profesionales de los equipos de salud, de los efectores territoriales y, así mismo, con otros actores que sostengan las intervenciones en el trabajo con las poblaciones infantiles que llegan a las consultas. Estos escenarios posibilitan la reflexión, la elaboración conjunta, la complejización de las situaciones, permitiendo una construcción colectiva en la producción de salud de los sujetos.

El oficio, la tarea sostenida con otros, habilita operatorias que permiten interpelar las instancias constatativas, cuando lo constatativo impide el paso, la articulación del sufrimiento en una queja, que favorecería una mayor movilidad y la emergencia del sujeto (Baños 2012).

Es oportuno señalar que lo que constituye el obstáculo, la dificultad en la práctica analítica, no sería la institución, sino lo institucionalizado, que en ocasiones puede instalarse en distintos discursos, como por ejemplo "estas madres no entienden", "a estos chicos les cuesta aprender".

Señala Baños (2012) que el psicoanálisis permite reabrir estos interrogantes ubicando el punto donde cada uno de estos discursos ha hecho institución, porque la institución cierra, responde renegatoriamente a la pregunta que la funda.

La posibilidad de un niño y de su madre, de constituirse en sujetos de la enunciación, pasa por habitar el lenguaje, ser soporte de la palabra (Mannoni 1972).

Recuperando algunas conceptualizaciones de Grande (2010–2011) se puede situar que–rescatar algo del orden del saber es un intento de dar sentido. La autora considera que el saber es un modo de lazo al otro. Comprender, saber, construir escenas para que algo de lo encubridor funcione. Saber es un recorte.

Apelando a las consideraciones de Vasen (2011), se trataría de mantener la enunciación como historicidad y contradicción en lugar de convertir la nominación en *nomenclatura*. El lenguaje, en tanto acto de enunciación, para él, es lugar de la verdad. Las verdades hacen acto de presencia en un espacio de prácticas donde ese sufrimiento se despliega. En contraposición, aparecen las clausuras taxonómicas.

Si retomamos la pregunta por el o los diagnósticos, sostenemos que lo esperable es que se pueda dar lugar a la historia de ese niño o niña, en una trama afectiva y social, y situada en un contexto, para pensar las inscripciones que los habitan.

Comenzar a contar–se[5]

A continuación se describirán diferentes momentos e instancias de trabajo, en cuanto a las estrategias articuladas en una situación de una niña de siete años. En el caso de esta niña, podemos referir un compromiso orgánico muy tempranamente en su vida, ya que su historia neonatal ha sido muy complicada. Se pueden mencionar algunas referencias: nacimiento prematuro extremo con bajo peso al nacer, depresión grave, diversas complicaciones en lo orgánico. Internada en sala de Neo-

[5] Se han tomado los resguardos éticos correspondientes a los fines de proteger la identidad de los concernidos.

natología durante casi tres meses, requirió de múltiples intervenciones y de cuidados intensivos en el tiempo de internación hospitalaria.

Al alta continúa los controles periódicos (cada dos o tres meses) con el espacio de Neurodesarrollo. En la historia clínica pueden leerse los elementos de la reseña, que reflejan un desarrollo esperable y dan cuenta de una buena evolución en lo cognitivo, adquisición en las pautas madurativas acordes a los tiempos cronológicos: la marcha, la motricidad, el lenguaje, la aparición del juego. La médica señala en la historia clínica que "el compromiso orgánico de su historia neonatal se encuentra superado".

En el caso de Micaela se enuncia un acontecimiento en el Consultorio Conjunto, que no había sido dicho en ninguna de las consultas, ni con la médica de referencia del centro de salud, ni en el espacio con el psicólogo, aunque era un dato que estaba escrito en la historia clínica familiar.

Consulta con Neurodesarrollo

Es en esta instancia en la cual me incluyo por primera vez. La niña viene asistiendo con periodicidad a controles con Neurodesarrollo en el marco de seguimiento desde el programa SANAR. En esta oportunidad llegan a la consulta la madre y la niña, con la referencia de la médica del Centro de Salud.

Referencia*:* "Niña de 7 años, 10 meses con antecedentes de prematurez extrema y múltiples complicaciones internada en neonatología, realiza los controles de salud regularmente, y se encuentra en tratamiento con psicología por trastornos de conducta.

La niña presenta problemas de aprendizaje y en la comunicación con sus pares, con una importante inhibición hacia lo desconocido. En el aula y en la consulta no habla ni contesta consignas. No cumplió con todos objetivos de la currícula escolar.

Dra nos interesaría su evaluación, dado que usted realiza seguimiento de la niña y ver sus avances y si cree necesario realizar algún tipo de estudio para descartar patología orgánica. A su disposición". La referencia está firmada por su médica de centro de salud.

La mamá relata que el embarazo fue gemelar y que una de ellas falleció a los pocos días de nacida. Refiere que esto no lo cuenta mucho: "Entre la familia hablamos todo, pero no contamos al resto". Agrega: "Los papás tenemos un hijo cada uno de otro matrimonio, más grandes y la gente pregunta si son mellizos".

La niña permanece en una actitud tranquila, apocada, realiza las consignas y actividades lúdico cognitivas que la doctora va proponiendo, en un tono de voz bajo, casi susurrando, pero atenta a lo que su mamá conversa.

La mamá continúa refiriendo que la consulta es porque ella no habla con el resto, y dice: "En la escuela hace las cosas pero no habla, ahora menos." Y se pregunta "¿La culpa la tendré yo por sobreprotegerla?" También si la sobreprotege porque falleció la hermana. Esto es lo que no se cuenta.

"Yo no veo el problema, para mi no tiene nada, los demás me dicen", agrega.

"Micaela pregunta por su hermana. Siempre se acuerda en los cumpleaños, pregunta si su hermana lo festejará en el cielo". En este punto la mamá comienza a llorar.

La niña está atenta, en este momento mira hacia donde hay unos peluches en la camilla y se acerca a ellos. Comienza un juego, toma el payaso y lo coloca frente a otros muñecos. Lo hace saltar, bailar, hacer piruetas. El resto de los muñecos lo miran, permanecen en una situación pasiva, meros espectadores, de las "payasadas".

En esta oportunidad nos comunicamos con el psicólogo que atiende a la niña para comentar brevemente la consulta, y comenzar un intercambio. Él refiere que asiste desde el año pasado, pero con muchas irregularidades

y señala: "No están de acuerdo", en referencia a que la madre no acuerda con que su hija realice tratamiento psicológico.

En esta primera consulta se confecciona una contrarreferencia escrita dirigida al equipo del centro de salud y se la vuelve a citar para otra consulta.

Siguiente consulta con Neurodesarrollo

La mamá refiere que Micaela comenzó bien la escuela (es fecha de inicio del año escolar). "Con la maestra nueva se está conociendo más, la saluda, le da un beso. Me sorprende. Tiene dos docentes, con la que no habla es con la docente del año pasado. Ella es quien me comunica de los problemas en la cabeza que tenía mi hija. Esto me molestó", dice y llora al recordar el episodio. y continúa: "Yo se que la quiere, estamos todo el tiempo hablando de la maestra. Es el tema de conversación. Estamos torturándola, ahora estoy entregada.Hice todo lo que está a mi alcance, ¡es demasiado! Traerla a todos los médicos, no está enferma".

Comenta que se reunieron el equipo de Salud y las docentes, y le dijeron que querían reunirse con "la doctora", (en referencia a la neurodesarrollista) para ver cómo trabajar.

"Yo vi cambios, me angustia. Yo perdí una hija, y no quería que ella tenga problemas. No tiene problemas", afirma.

Refiere también que la docente le dijo que si era una nena normal, tenía que repetir de grado pero si tenía dificultades, pasaba con adecuaciones. Asimismo, comenta que la pediatra ha hablado con el psicólogo acerca de unos cambios en los dibujos que ocurrieron posteriormente a la consulta con neurodesarrollo.

Mientras tanto, la niña ha estado jugando con diferentes objetos, ha hablado más, arma una especie de pista por la que circulan autos, luego, un auto–tren que se va de viaje, lo carga con cosas, ropa, comida. "Se preparan para un viaje", dice. Saludan a una muñeca que es la que se queda.

En esta consulta y situando la pregunta de la mamá respecto de los problemas que aquejan a la niña, la médica realiza una devolución donde despeja que no se trata de problemas neurológicos, que su historia neonatal se encuentra superada, pero que hay que atender las dificultades ya que lo que implica una inhibición en la oralidad, sea de orden emocional o subjetivo, puede generarle otras dificultades en el aprendizaje.

En las instancias de re–trabajo posteriores, se ubican puntualizaciones referidas a la situación, en cuanto a tratar de no poner sentido a lo que le pasa, sino abrir en lugar de cerrar, y trabajar en el marco de una devolución al equipo de referencia en relación a que pareciera que algo queda expulsado, que habría algo más. Se conviene realizar una reunión con el equipo que atiende a la niña, en el territorio.

En la reunión con el equipo de centro de salud en la que estaban presentes la médica generalista y el psicólogo que lleva adelante su tratamiento, se efectúan algunos intercambios en cuanto a reconstruir la historia neonatal de la niña, el seguimiento realizado, y las últimas evaluaciones con neurodesarrollo. Por otro lado, el equipo del centro de salud refiere algunos indicadores y dificultades en el trabajo con la paciente y su familia.

Se acuerda realizar una reunión conjunta con el equipo educativo de la niña y se intenta despejar con la médica que no se trataría de una afección neurológica, ya que la evaluaciones clínicas están acordes con su tiempo madurativo, sino que habría otros aspectos que se juegan en la problemática: la historia de la niña, los intercambios primarios, la fantasmática materna. En cuanto a la inhibición en el habla, se ubica como hipótesis que la niña va a oponerse a todo aquel que intente dirigirse a ella. Por su parte, el psicólogo que lleva adelante el tratamiento de la niña señala que tiene

algunas dificultades en cuanto a la asistencia y al trabajo con la familia, ya que se encuentran muy negados.

En la reunión acordada con la escuela de la niña participan el equipo del centro de salud, el equipo del dispositivo de Consultorio Conjunto de Neurodesarrollo, docente y directivos de la escuela. Allí se exponen algunas cuestiones advertidas en la consulta para intentar dar lugar a cierta historicidad, y reubicar la problemática de la niña en otro orden. Se acuerda que el equipo educativo pueda recurrir al equipo del centro de salud ante algunas inquietudes, y que se continuará desde el Consultorio de Neurodesarrollo con las consultas que sean necesarias.

¿Qué podemos reconstruir en este fragmento clínico?

En primer lugar, ubicar algunos interrogantes que nos permitan recortar la situación: ¿Qué recorridos atraviesa esta niña desde su historia neonatal, superada desde el aspecto orgánico y funcional? ¿Cómo se entrecruzan las singularidades y condiciones de nacimiento con las circunstancias de su desarrollo afectivo y subjetivo en la trama familiar?

En tanto es posible constatar que el seguimiento realizado con la niña durante sus primeros años no señalaba complicaciones significativas, ¿cuáles son los aspectos que se jugaron en el intercambio primario con su mamá, en relación con la historia de la hermana fallecida?

¿Qué es aquello que no puede contarse a otro? El fallecimiento de la hermana nunca había sido dicho, o escuchado, de tal manera que posibilitara una pregunta, que permitiera enlazar con aquello que aquejaba a la niña, y articular en una trama discursiva, en tanto aparecía solo como un dato.

¿Qué es aquello que la mamá no puede contar? ¿No puede contar a su hija fallecida como una hija más? ¿Cuáles son las implicancias de esta historia en aquello que Micaela conforma como una posible sintomatología leída en el plano escolar y del cual la médica se hace eco? La sintomatología retorna al modo de un silencio, de algo mudo, acallado, algo no puede contarse, y por tanto descontarse, en el plano fantasmático materno.

Desde el dispositivo de neurodesarrollo se ofertaron diferentes instancias para intentar construir una problemática que permitiera realizar intervenciones oportunas y de modo integral ¿Por qué la reunión con el equipo de salud? ¿Por qué participar en la reunión con las docentes?

Se fueron acompañando y sosteniendo las evaluaciones para ir conformando de manera conjunta otra mirada, que permitiera dar lugar a lo posible en los recursos subjetivos y cognitivos de la niña.

Es posible situar que ciertas intervenciones promovidas desde el dispositivo de Neurodesarrollo permitieron movimientos para comenzar a trabajar de otra manera con la niña e interpelar la necesidad de un diagnóstico cerrado, esto que intenta impulsar la institución educativa, y de la cual se hace eco el equipo del centro de salud, situando las manifestaciones de la niña en otro orden diferente al orgánico, para enlazarlas con su historia singular.

Recorte de algunos casos derivados por un mismo efector de salud y las instancias que fueron propuestas para el abordaje de los mismos[6]

En este apartado el interés es recuperar las instancias y las estrategias construidas en el abordaje de algunas situaciones, para visibilizar las modalidades que fue asumiendo el dispositivo en el trabajo con los otros.

En los momentos de re–trabajo nos dis-

[6] Se han tomado los resguardos éticos correspondientes a los fines de preservar la identidad de los concernidos

pusimos a reconstruir las lecturas acerca de las referencias escritas enviadas por los médicos que recurrían al dispositivo. Algunas consideraciones sobre los informes aludían al modo en que estaban narrados esos escritos, en los cuales se recortaban aspectos aislados o fragmentados de las situaciones. Pesquisamos que había una inquietud en que se evaluara y constatara, desde el dispositivo, el grado de afectación orgánica y/o cognitiva que determinara la necesidad de gestionar o tramitar certificados, becas, pases.

Frente a estas solicitudes, surge la inquietud por proponer un escenario de trabajo conjunto con los profesionales del equipo, que permitiera devolver al modo de preguntas, elementos en las historias de los niños y niñas que intentaban quedar por fuera de la problematización, apelando a la reflexión conjunta.

Ofrecer oportunidades de encuentro con los profesionales del equipo, previos a la llegada a la consulta del niño o niña que iban a derivar, posibilitó introducir otros tiempos, comenzar a conformar conjuntamente las problemáticas y diseñar las estrategias de manera articulada.

En este escenario, recurrir al trabajo con los otros, a partir de convocarnos en encuentros con los profesionales de los equipo de salud que sostenían el seguimiento y los tratamientos, posibilitó introducir elementos propios de la interconsulta, entendida como campo de entrecruzamiento de discursos y problemáticas.

Escenas de trabajo con Axel

En el marco de un encuentro entre las participantes del dispositivo de Neurodesarrollo y profesionales del Centro de Salud se presenta la situación previamente a la llegada del paciente a la consulta. La médica y la psicóloga que comenzaba a trabajar recientemente con el niño refieren algunos aspectos: la médica ha notado una facie particular con algún fenotipo y se interroga por este rasgo en el sentido de que pudiera haber afectación cognitiva. Señalan que se trata de una derivación realizada por la escuela, que pone a la familia la condición de un tratamiento. La escuela indica en una nota enviada a su médica de referencia: "presenta apatía, le cuesta retener conceptos".

Las profesionales refieren que la familia asiste de manera irregular a las consultas con salud, excepto cuando la escuela lo pide como condición. La mamá solicita turnos y luego, no concurre.

Por otra parte comentan que la mamá ocultaría quien es el padre real del niño, ya que de joven tuvo otra pareja. Actualmente convive con una pareja con la cual tuvo dos hijos más. Se queja de que el papá de los chicos hace diferencia entre ellos ya que se lleva a los otros dos hijos y no a Axel.

Las profesionales señalan que madre e hijo están pegados, que el niño es feliz cuando no concurre a la escuela, porque se queda con la mamá.

En la escuela pega, aunque dice no querer hacerlo, pero que no podría hacer otra cosa. Pega porque insultan a su mamá.

Luego refieren que la abuela del niño habría dicho en el centro de salud, de modo impulsivo, que la madre de Axel sería producto de una violación. Además, comentan que la mamá del niño se corta, y todo la desborda.

La pregunta del equipo se orienta hacia las posibilidades madurativas y cognitivas del niño, para despejar posibles síndromes o disfunciones.

Consulta con Neurodesarrollo

El niño tiene 9 años y asiste a la consulta con su mamá. Realiza las actividades y consignas que la médica le va sugiriendo.

Al comenzar a hablar, la mamá puede ubicar ciertas referencias en cuanto a lo que le

pasa a su hijo: "El problema es la conducta, empezó cuando él quería saber por su apellido, sus hermanos tienen otro apellido" (El niño lleva el apellido materno). "Está todo mezclado. Yo también a los 12 años me preguntaba por mi apellido. Mis hermanos tenían otro. Supe, después, que fui criada por mi abuelo y su pareja. Mi mamá era mi hermana, me traía regalos, yo no lo podía creer. Después tuve una buena relación".

En la evaluación la médica pudo establecer que en el área de las matemáticas el niño se encuentra bien, acorde a su edad. La dificultad aparece en lengua, donde escribe todo pegado. Sugiere realizar actividades, fútbol, relacionarse con amigos.

El niño se muestra interesado por unas cartas de DragonBall.

En esta consulta fue posible pesquisar que el niño se encuentra atravesado por una problemática familiar que lo aqueja, y esto genera obstáculos a la hora de realizar producciones propias. Si bien se encuentran afectadas algunas funciones cognitivas, esto podría estar anudado a determinados malestares y sufrimientos psíquicos. En la consulta no se puede establecer una discapacidad, sino cierta dificultad adquirida que se entrama desde su historia y sus vivencias.

En esta oportunidad, el dispositivo permitió orientar la escucha, como señala Ginette Raimbault (1985), para articular una escucha descentrada en relación con la demanda.

Escenas de trabajo con Mateo

En esta situación, la inquietud formulada por el equipo era despejar cierto grado de afectación cognitiva, y señalar las causas posibles de las problemáticas del niño.

Mateo tiene 12 años y asiste a la consulta acompañado por su mamá, derivado por su médica de referencia. También realiza tratamiento psicológico.

Mientras el niño resuelve las actividades que propone la médica, algunas con dificultades, la mamá realiza algunos relatos: "mi primogénita nace muerta". "Yo no quise esperar para tener otro bebé, y mi marido sí, entonces nos separamos. Yo quedo embarazada enseguida de otro hombre".

Respecto del niño, comenta: "En casa hace todo: lava, hace la comida cambia a la hermana más pequeña. En la escuela no aprende. Fue a la fonoaudióloga, pero yo le dije que no adelantaba. Fuimos con el neurólogo quien nos sugiere la necesidad de una medicación, yo veía que no avanzaba".

Mateo tiene dos hermanos, uno de 10 años y una hermana de cinco.

El niño habla muy rápido durante la consulta, el lenguaje es prácticamente ininteligible en el contexto de una conversación, pero si tiene que nombrar objetos, o nombres propios de la familia, se detiene y es más claro.

A partir de la evaluación en esta consulta, consideramos necesario volver a convocarlos para continuar con las evaluaciones y desplegar lo que aparece de la historia en el relato de la mamá. De esta manera ofrecemos un espacio particular y recortado para la entrevista con ella, y otro tiempo para el trabajo con el hijo. Pueden tomar esta oferta.

En la siguiente entrevista a solas, la madre refiere que su hijo se ha quedado enganchado con uno de los juegos propuestos en el dispositivo. El juego consiste en presentar objetos ocultos a la mirada. El niño tiene que adivinar de qué se trata a través del tacto y la manipulación. "Cuando nació la hermana más chica, él quería cambiarle los pañales, la cambia para ir al jardín. Con el otro hermano no se llevan bien, lo molesta y no reacciona, para que lo haga tiene que sacarle la paciencia", continúa.

Sobre la historia temprana del niño, responde: "De bebé no lloraba, dormía mucho, lo despertaba yo mojándole la cara para darle la teta". "Cuando empezó a comer, yo lo dejaba que se ensuciara. En el corralito se trepa-

ba. No lo puse más, rompió dos andadores". "Caminaba, pero se cayó, se asustó y no caminó más".

A continuación relata de manera desordenada, la relación que ha mantenido con los padres de sus hijos. Según describe, el papá de la primera niña, quien fallece, es también el papá de sus dos hijos más pequeños. En el relato aparecen elementos fragmentados, en cuanto a poder ubicar tiempos y fechas. Lo que sí se puede situar es algo del orden de una inestabilidad con sus parejas. Menciona: "Siempre tuve a mis hijos sola, llamaba a mi pareja cuando eran los partos".

Refiere: "El padre no soportaba la muerte, no vivíamos juntos, le avisaba en los partos". A Mateo su padre lo conoce cuando tenía un año. El niño llama papá a ambos hombres.

Al final puede comentar que Mateo repitió preescolar, y que cuando comenzó a escribir lo hacía con rayitas, circulitos, y ceros.

En esta situación, crear las condiciones para el despliegue de un relato, dando lugar a los significantes que anudan esta historia, fue permitiendo reabrir algunos circuitos que estaban suturados bajo la pregunta por la "discapacidad o la afectación cognitiva". El trabajo se direccionó a devolver algo de lo que no se pudo escuchar en los procesos de atención.

Liliana Baños (2012) sostiene que la marginalidad, producto de la segregación, atenta contra la eficacia del Nombre del Padre, es decir, rompe los lazos filiatorios. Visualizamos en los fragmentos clínicos desarrollados cierto lineamiento que se recorta respecto de la filiación y sus dificultades.

El lugar del Padre como habilitante, como interdicción, favoreciendo y poniendo en acto la legalidad se encuentra en cuestionamiento en estas situaciones. Se trata de padres inciertos, padres que no han podido poner el apellido, padres suplantados o titubeantes.

Los avatares en los modos de asumir las funciones parentales, producen marcas en la estructuración subjetiva de los infantiles sujetos, anudando elementos fantasmáticos, que en determinadas circunstancias obstaculizan las posibilidades de trasmisión de la ley y de sostén desde una herencia simbólica.

Las devoluciones en ocasiones han sido retomar esto que intentaba quedar por fuera, para incluirlo en el proceso de trabajo y en la construcción de las problemáticas.

Momento de concluir

La posibilidad del Consultorio Conjunto de Neurodesarrollo de restituir y devolver aquello que en algunas circunstancias puede quedar expulsado de los procesos de atención de niños y niñas con problemáticas en su desarrollo, es una pregunta que atraviesa cada una de las instancias que lo componen.

El interés de este desarrollo ha sido situar los modos en que el dispositivo promueve el trabajo en el marco de la atención primaria, entendiendo a ésta como una estrategia que privilegia la participación de los sujetos en su producción de salud, que interpela las condiciones materiales y simbólicas de existencia de los sujetos que consultan, haciendo prevalecer una mirada que prioriza los derechos de los pacientes.

Se analizaron los mecanismos a través de los cuales el Consultorio Conjunto configura un cierto espacio de ruptura frente a discursos hegemónicos, donde intenta introducir una discontinuidad y generar lugares de visibilización, suspendiendo todo "a priori".

Si desde un dispositivo conjunto, ha sido posible restituir eso que desborda, es una pregunta que retorna en cada una de las situaciones que han generado demandas en el consultorio, y las implicancias desde las que cada actor se ha ido involucrando, proponiendo lecturas compartidas, el rearmado de las situaciones de manera conjunta y las reuniones y devoluciones a los equipos.

> Lo que se llama producción de subjetividad es del orden de lo político e histórico. Tiene que ver con el modo con el cual cada sociedad define aquellos criterios que hacen a la posibilidad de construcción de sujetos capaces de ser integrados a una cultura de pertenencia (Bleichmar, 2010, p.33)

En tanto de lo que se trata es de la pregunta por las condiciones para la integración y la inclusión de los sujetos infantiles que presentan alguna discapacidad o padecen por algún sufrimiento psíquico, del orden de lo físico o lo psíquico a la cultura de la que forman parte.

"La producción de subjetividad hace al modo en el cual las sociedades determinan las formas con las cuales se constituyen sujetos plausibles de integrarse a sistemas que le otorguen un lugar" (Bleichmar, 2010, p 54).

El interés por religar estas producciones teóricas nos convoca a una apuesta, la de continuar sosteniendo y profundizando dispositivos clínicos y comunitarios, que permitan recuperar lo que queda rechazado, habilitando y apuntalando aquellos espacios e instituciones en la sociedad que favorecen la emergencia del sujeto, que cuestionen fuertemente las lógicas que procuran encerrar la subjetividad de las infancias en parámetros normativizantes.

Bibliografia

- Baños, L., Steimberg, I. (2012). *Dificultades de la práctica del psicoanálisis* Rosario: Homo sapiens
- Bleichmar, S. (2010). *El desmantelamiento de la subjetividad. Estallido del yo*. Buenos Airess: Topía
- Bruner, N. (2008). *Duelos en juego*. Buenos Aires: Letra Viva
- Campos, G. (2001). *Gestión en Salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar
- Castel, R. (1984). *La gestión de los riesgos: de la antipsiquiatría al post–análisis*. Barcelona: Anagrama
- Flesler, A. (2008). *El niño en análisis y el lugar de los padres*. Buenos Aires: Paidos
- Foucault, M. (1993). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira
- Freud, S. (1996). *El malestar en la Cultura*. Buenos Aires: Amorrortu
- Galende, E. (1993). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós
- Gamsie, S. (1998). *Responsabilidad e Interconsulta. Una clínica de la Intersección*. Revista Psicoanálisis y el Hospital Nº 14, Año 7
- Grande, S. (2000) *Clínica e Institución*. (Material de circulación interna. UNR, Facultad de Psicología))
- Jerusalinsky, A. (2005). *Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Lacan, J. *"Psicoanálisis y Medicina"* (mesa redonda realizada en el Colegio de Medicina, febrero de 1966)
- Mannoni, M. (1976). *El Psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Mannoni, M. (1972). *El estallido de las Instituciones (1972)*. Buenos Aires: Cuadernos de Sigmund Freud 2/3
- Mannoni, M. (1987). *El niño retardado y su madre*. Buenos Aires: Paidos
- Raimbault, G. *(1985)*."*El Psicoanálisis y las fronteras de la medicina. Clínica de lo real*. Barcelona: Ariel
- Vasen, J. (2011). *Una nueva epidemia de nombres impropios. El DSM–V invade la infancia en la clínica y las aulas*. Buenos Aires: Noveduc
- Ulloa, F. (1995). *Novela Clínica Psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós

Paciente, sujeto, usuario
La palabra de la ley en la constitución del campo de la Salud Mental[1]

Patient, subject, user
The word of the law in the constitution of the field of Mental Health

Tatiana Moreno[2]

Las palabras no tienen origen, tienen historia.
Se escuchan historias en las palabras no reduciéndolas al uso y significado habitual.
Los diccionarios imponen condiciones no siempre confiables, pero pueden avivar la imaginación.
No se trata de constatar qué significan las palabras, sino de pensarlas.
Hablar en contra de la inercia que dice sin pensar lo que se está diciendo.
Los sentidos de una palabra flotan en el aire desprendiendo vapores.
En cada vocablo llaman multitudes de bocas que suenan en lenguas diferentes.
La palabra se mira y se escucha deseándola, aunque no se vea ni oiga nada.
La palabra se piensa leyendo a sus amantes.
Marcelo Percia (2014)

Resumen

El presente trabajo se propone indagar los modos en que distintas leyes de salud mental constituyen el campo al que hacen referencia. Partimos de suponer el carácter performativo de toda ley, en tanto el lenguaje constituye "lo real" al nombrarlo, para luego analizar en particular algunos aspectos de cada una de las tres leyes seleccionadas, dos de carácter provincial (provincia de San Juan, ley Nº 6976 y provincia de Santa Fe, ley N° 10772) y la ley

[1] Este artículo está escrito a partir del Trabajo Integrador Final de la Carrera de Posgrado en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria, del que soy autora y fue dirigido por la Mag. Fernanda Fignoni. El TIF fue elaborado en plena coyuntura por la aprobación y luego reglamentación de la ley N° 26657 (período 2010–12). Esa coyuntura generó un movimiento amplio de discusión en todos los sectores de salud mental que problematizó los modos instituidos de abordaje del padecimiento subjetivo. Quizás, diez años después de ese "clima de ebullición", la lectura de este artículo haya perdido cierto atractivo.

[2] Psicóloga, Psicoanalista, Especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria. Universidad Nacional de Rosario. Integrante de uno de los equipos interdisciplinarios en sala de tránsito de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros. Docente de la cátedra Lingüística y Discursividad Social. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario. Integrante del Consejo Consultivo Honorario de Salud Mental y Adicciones. tatianamoreno965@gmail.com

Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26657. En un tercer momento se presenta un breve recorrido que nos permite poner en cuestión a "la locura" como objeto natural para abordarla, en cambio, como una categoría construida por discursos atravesados por la historia y la cultura.
Palabras claves: Ley – Salud mental – Carácter performativo.

Abstract

The aim of this paper is to investigate the ways in which different mental health laws constitute the field they refer to. Firstly, we begin by regarding the formative character in every law, as long as language consisting of 'the real' when naming it, so as to then analyze in particular some aspects of each of the three selected laws, two of them corresponding to provincial laws (San Juan province, Law N° 10772) and the National Mental Health and Addiction Law N° 26657. Thirdly, a brief overview is presented that allows us to call into question what is considered 'madness' as a natural object to be understood as a category which is built by discourses that have been traversed by history and culture.
Keywords: Law – Mental health – Formative character.

Introducción

El campo de la Salud Mental se encuentra inserto en un marco jurídico cuyas leyes no sólo lo organizan, sino que, al mismo tiempo, lo constituyen. A través de su letra toda ley construye un modo de pensar el campo al que hace referencia, en este caso el de la salud mental. En este punto podemos ubicar cierto carácter performativo[3] de la ley en tanto crea *lo real* al nombrarlo. De este modo deviene un acto fundador del campo que define y regula. Benveniste ([1976] 2004), al referirse al enunciado performativo, establece, entre otras características, que este tiene la propiedad de ser sui–referencial, es decir de referirse a una realidad que él mismo constituye.

El objeto de este trabajo es indagar, a partir de los textos de tres leyes de salud mental, los modos en que la palabra de cada una de ellas diseña, en algún aspecto, el campo al que hace referencia. El lenguaje opera sobre el mundo de modo performativo, construyendo distintas categorías que lo "ordenan". Estas categorías dan cuenta de la figuración de los sujetos que intervienen en el campo de la salud mental, el tipo de vínculo posible entre ellos y las formas autorizadas de intervención.

Para este propósito, en primer lugar, se plantearán las categorías lingüísticas que nos permiten analizar el decir de esas leyes.

Todo enunciado[4] se realiza desde un nombre propio y por lo tanto remite a una posición singular, pero también coinciden en él un sinfín de voces que ubican a dicho enunciado en un campo espacial e ideacional particular, asumiendo una posición política, ideológica, histórica y cultural, no siempre reconocida por el sujeto que lo enuncia.

Por su parte, Bajtin (1982) plantea que un enunciado es un fenómeno complejo al que no se puede analizar de forma aislada. No es

[3] El carácter performativo del lenguaje es trabajado, entre otros, por el punto de vista pragmático con Austin y Searle como referentes, quienes sostienen que "decir es hacer". También es abordado desde una perspectiva sociológica –Bourdieu (1982)– para desarrollar las condiciones sociales del discurso ritual.
[4] En nuestro caso, tomando el título del trabajo, podemos reconocer como enunciados: sujeto de derechos, paciente psiquiátrico, usuario de salud mental.

una instancia armónica, sino que se constituye en arena de lucha. Las voces que allí aparecen de algún modo responden a otros enunciados anteriores, ajenos. A su vez, Voloshinov (1999), en consonancia con el punto de vista bajtiano y desde el marco de la filosofía del lenguaje, propone, que para comprender un enunciado será necesario reconocer no sólo la parte realizada en palabras sino también la situación extraverbal, aquello que no está dicho, pero es determinante: la parte presupuesta. Por lo tanto, se torna necesario preguntarnos ¿qué decimos cuando decimos paciente psiquiátrico o persona con padecimiento subjetivo? ¿Qué efectos produce nombrar de un modo o el otro?

En un segundo momento se abordan los textos de las leyes de salud mental de la Nación y la provincia de Santa Fe, a partir de la focalización de algunos artículos específicos de cada una. En Argentina existen leyes de salud mental a nivel provincial, aunque no todas las provincias del territorio nacional disponen de esta regulación específica. En este caso, se analizarán las leyes de la provincia de Santa Fe –ley Nº 10772, aprobada en el año 1991– y de la provincia de San Juan –ley Nº 6976 sancionada en el año 1999. Además, en el año 2010 se aprueba la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26657[5]. Dicha ley es de orden público[6], lo cual implica que debe ser cumplida en todas las jurisdicciones sin requerir adhesión específica de cada provincia.

La selección de estas leyes responde al siguiente criterio: la ley nacional de salud mental es una ley de promulgación reciente (2010) y actualmente se encuentra en implementación. Su lectura y análisis son pertinentes en tanto la legislación es de jurisdicción nacional y se ubica por sobre las leyes provinciales. En cuanto a la ley de Santa Fe, se vuelve material necesario de discusión en tanto regula el campo de acción concreto donde los psicólogos y psicólogas de esta provincia participamos. La ley de San Juan expresa cierto sesgo conservador, no sólo a partir de los términos utilizados, sino también atendiendo a ciertos artículos específicos. Esta característica resulta más contrastante cuando se la compara a las dos leyes anteriores, en donde hay una clara crítica a la atención psiquiátrica clásica, tomando como marco la defensa de los derechos humanos (DDHH).

Por último, se aborda, estableciendo algunos ejes de análisis, aquello que se entiende por "la locura" para revisar autores y conceptualizaciones que permiten determinar su carácter de entidad histórica y cultural.

En cuanto a la decisión de analizar el carácter performativo del lenguaje, puntualizando en algunas leyes de salud mental, se torna indispensable aclarar que en lo que respecta a la aplicación de una ley, sabemos que se inaugura otra dimensión distinta a la que este trabajo apunta a considerar. Es decir, ya no se tratará de la constitución discursiva de un campo disciplinar sino de la aplicación concreta de una ley. En dicha dimensión se vuelven a editar cuestiones relativas a intereses políticos y económicos, pero sobre todo depende de decisiones concretas en cuanto a la elaboración de políticas públicas acordes, destino de presupuesto, creación de cargos, entre otros. Ahora bien, estos aspectos, su descripción y análisis exceden ampliamente el objetivo de este trabajo.

[5] Los documentos completos de estas leyes se encuentran disponibles en las siguientes páginas web: ley 10772: www.santafe.gov.ar; ley 6976: www.legsanjuan.gov.ar; ley 26657: www.msal.gov.ar.

[6] Las leyes de orden público son aquellas que receptan los principios sociales, políticos, económicos, morales y religiosos cardinales de una comunidad jurídica cuya existencia prima sobre los intereses individuales o sectoriales.

Las palabras y el mundo

Benveniste ([1976] 2004) sostiene que un enunciado es performativo cuando en el momento del acto, se realiza la acción que expresa. Formular semejante enunciado es efectuar la acción. "Esto conduce a reconocer al performativo una propiedad, la de ser sui–referencial, de referirse a una realidad que él mismo constituye" (Benveniste, 2004, p.195)

La creación de *lo real* se produce en tanto la ley determina qué sujetos participan en dicho campo, el vínculo entre los mismos, qué estrategias de intervención son válidas, estableciendo relaciones y lugares de poder. Es decir, ofrece representaciones que existen en un universo simbólico. Dichas construcciones discursivas son efecto de recursos o procedimientos que implican, sobre todo, la elección de ciertas categorías específicas, priorizando un modo de nombrar sobre otro.

Asumimos que el lenguaje no es transparente, no refleja al mundo tal cual es, sino que se ofrece como mediador entre el sujeto que habla y el mundo al que hace referencia. El modo de aprehender *lo real* será sólo a través del lenguaje, ya que lo real es lo que el lenguaje nombra como tal. En este punto el concepto de *verdad* se pone en tensión, verdad en tanto axioma ahistórico e imperturbable. De este modo es necesario ponderar para el análisis de una categoría discursiva, como *salud mental,* aquello que, para determinado grupo social, en cierto momento histórico, en relación a un campo de conocimiento, se considera verdadero.

Bajtín (1982) sostiene que la palabra es neutra en tanto unidad de la lengua, pero en tanto palabra dicha inmediatamente se orienta en un contexto particular constituyéndose como enunciado y solo así adquiere la plenitud de sentido. Esta orientación imprime en esa palabra significaciones que no pueden reducirse al significado que la lengua fija. La propuesta teórica del círculo Bajtin – Voloshinov presta especial atención a la dimensión social de lo dicho (y lo no–dicho) en el enunciado. En este sentido, Voloshinov afirma que toda forma lingüística se presenta para el hablante en un contexto ideológico específico:

> Nunca decimos u oímos palabras, sino lo que es verdadero o falso, bueno o malo, importante o intrascendente, agradable, desagradable, etcétera. Las palabras siempre están llenas de contenido y de significado tomados de la conducta o de la ideología. (Voloshinov, 1976, p. 89).

El enunciado es un fenómeno complejo y no se lo puede analizar de forma aislada. No es una instancia armónica, sino que se constituye en arena de lucha. Las voces que allí aparecen de algún modo responden a otros enunciados anteriores, ajenos. Para comprender un enunciado será necesario reconocer no sólo la parte realizada en palabras, sino también la situación extraverbal, aquello que no está dicho, pero es determinante: la parte presupuesta.

De este modo, aquellos términos que conforman la ley (por ejemplo: *persona con padecimiento mental*, *usuario*, etc.) en tanto enunciados deben ser analizados teniendo en cuenta su carácter de productos históricos. En este sentido

> [En cuanto a la mediación entre el sujeto y el mundo basada en la lógica de la no identidad.]… los términos, los conceptos, son puntuales e históricos y significan en una red de significaciones específicas, entendidas como instituciones verbales que organizan los modos de decir, los modos de narrar, los modos de argumentar. Organizan

> entonces los decible y lo pensable en un momento histórico particular para un grupo particular. (Pérez y Rogieri, 2012, p. 19)

Entonces, ¿qué decimos cuando decimos *persona con padecimiento mental*?, ¿qué voces aparecen allí?, ¿a qué enunciados responde?, ¿cuáles son los presupuestos en juego? Vasconcelos (2000) sostiene que "es necesario cuestionar los términos utilizados para referirse a ellos (enfermedad, paciente, etc.) porque reconocemos que el lenguaje tiene la capacidad de mantener o cambiar las relaciones de poder" (p. 73).

Sobre la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones Nº 26.657

En cuanto a lo que se refiere a la legislación nacional en Argentina, durante el año 2010, y luego de varios años de discusión, fue aprobada la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones (LNSMyA), impulsada por una oleada de cambios que llevaban más de dos décadas en el campo de la salud mental, bajo la bandera de la lucha antimanicomial. Dicha ley propone un cambio de paradigma, ya que cuestiona ciertos criterios y principios que vienen determinando el campo específico de la salud mental, como el modo de abordaje centrado en la internación, y la figura del psiquiatra como única voz autorizada. Este movimiento cobra fuerza en un campo social más extenso, el de los DDHH, que ha permitido, a partir de la discusión de determinados temas, alcanzar conquistas sociales inéditas como el matrimonio igualitario, la Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual Nº 26522, el reinicio de los juicios a las juntas militares, entre otros. Este contexto contribuyó para la creación de un escenario fortalecedor del proceso de reforma psiquiátrica, apuntando a la sustitución del paradigma asilar por un paradigma centrado en la comunidad. En este sentido, la LNSMyA en su primer artículo plantea:

> La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Ley N° 26.657, 2010, p.10).

A lo largo de la ley se encuentra una marcada defensa de los derechos humanos. En este marco, se considera, entonces, a toda persona con padecimiento mental, no ya como objeto de tutela o asistencia, sino como *sujeto de derecho*.

De este modo, la ley Nº 26657 figura al sujeto a quien están dirigidas las prácticas en salud mental como *persona con padecimiento mental*. ¿Nos referimos al mismo sujeto cuando nombramos a alguien como *enfermo mental* o *persona con padecimiento mental*?[7] Podemos advertir que en el primer caso se hace referencia a la cuestión del ser, lo cual determina la existencia de alguien por lo que es y no por lo que padece. Esto conlleva efectos en la constitución subjetiva (*ser* esquizofrénico, *ser* bipolar, por ejemplo). En cambio, concebir a las personas por su padecimiento, mental o cualquier otro,

[7] Se recomienda la lectura de la Ley 6976 (1999) de la provincia de San Juan disponible en www.legsanjuan.gov.ar. Algunos artículos de dicha ley serán analizados en este trabajo.

sugiere que ese puede ser un momento particular en el que alguien necesite de atención y tratamiento específico, sin que eso implique una definición en la lógica del ser.

Desde la lógica de este par *ser/tener* podemos hacer alusión a la opresión que se ejerce sobre un sujeto en tanto se determina su *ser*. En cuanto al *tener*, su contrario es *no tener*, pero si la existencia de un sujeto se dirime en tanto al *ser*, allí aparece su opuesto, el *no ser*. Esto puede volverse intolerable: mejor ser enfermo a no ser nada. Emiliano Galende (1994) analiza el caso de un paciente que ingresa por primera vez a un hospital psiquiátrico y al que atiende por unos meses. Lo reencuentra luego de quince años en una colonia del interior del país: "Finalmente, Santiago mismo ha encontrado en su condición de loco institucionalizado una identidad que lo exime de un tormento que ya no soportaba. Su solución es patológica, sin dudas" (Galende,1994, p.32).

Ahora bien, la situación de "Santiago" refleja cierta tensión con la que debemos trabajar en el campo de la salud mental: el par *ley/clínica*. Es importante destacar que la ley es un recurso que debe constituirse en un marco de las intervenciones, es de carácter universal y su principal objetivo es garantizar prácticas respetuosas con perspectiva en DDHH. Ahora bien, debemos estar advertidos que la especificidad de nuestra intervención dependerá del abordaje singular de cada situación, es decir la apuesta clínica surgirá del encuentro con cada sujeto. De este modo es en la tensión *universal/singular* donde se desarrollan nuestras prácticas, entendida como tensión a sostener.

En el artículo Nº 43 se señala otro cambio que propone la ley en relación a la lógica *estar/ser*. En dicho artículo se establece como criterio para decidir una internación involuntaria el *riesgo* (estar en riesgo) y no ya la *peligrosidad* (ser peligroso):

> Art. 43. – Sustitúyase el artículo 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera:
> Artículo 482: No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de *riesgo cierto e inminente para sí o para terceros*, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial.
> Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros… (Ley Nº 26657, 2010, p.47. El subrayado es nuestro.)

En la consideración de este par (ser peligroso/estar en riesgo) la ley propone revisar, como en el caso anterior (ser enfermo/tener un padecimiento), aquellas prácticas que tienden a estigmatizar a quien sufre y constituir como irreversible el padecimiento mental. A partir de esta ley lo que debe ser evaluado por el Equipo Interdisciplinario (y no ya por el juez a través del médico forense) para indicar una internación es si ese sujeto se encuentra en riesgo para sí o para terceros y ya no si es peligroso. Si se opera con la categoría de peligrosidad, la presunción remite inmediatamente al campo de la delincuencia y lo jurídico. De este modo la internación se constituye como encierro para controlar el peligro y garantizar, sobre todo, la seguridad de los otros. Por lo tanto, se desdibuja lo que debería ser el objetivo principal de una internación: el cuidado y la asistencia de un sujeto que padece.

En el marco de la defensa de los DDHH, la ley considera, entonces, a toda persona con

padecimiento mental no ya como *objeto de tutela* o asistencia, sino como *sujeto de derecho*. Se supone, desde el comienzo, capacidad a estas personas, y por lo tanto una participación activa del *usuario* de los servicios de salud mental en cuanto a su atención y tratamiento. En el artículo Nº 16, inciso c, la ley expresa la necesidad de un consentimiento informado, que debe ser firmado por el usuario o su representante, en lo que respecta a internación y tratamiento. Gorbacz[8] (2011) refiere que en el escenario de promulgación de esta ley los usuarios de salud mental tuvieron un papel fundamental en la escritura de la norma para la que fueron consultadas las asociaciones y asambleas por ellos constituidas.

El término usuario (Vasconcelos, 2000) proviene de un movimiento que tuvo su inicio en las décadas del '60 y '70 en varios países de Europa y América del Norte, en el auge de emergencia de varios movimientos sociales. Los usuarios se constituyen como actores sociales que intentan diferenciar su voz de la de los profesionales y familiares, marcando la importancia de hablar en nombre propio. De este modo, se cuestionan las relaciones de poder instituidas y aquellos puntos de vista reconocidos como de "autoridad" en el campo de la salud mental que han profundizado una cultura paternalista por parte de profesionales y el Estado. En general, en los países latinoamericanos, los profesionales de salud mental tienden a sostener una cultura terapéutica muy acentuada, que enfatiza el papel del profesional en el proceso de tratamiento y cura, en detrimento de dispositivos de cuidado más horizontales, centrados en la perspectiva de empoderamiento, ciudadanía, autogestión y soporte mutuo.

La determinación de otorgarle un lugar preponderante a aquel sujeto con padecimiento subjetivo se encuentra claramente manifestada en la ley y es un rasgo político que hace a su columna vertebral:

> Capítulo V
> Modalidad de abordaje
> Art. 10. – Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley.
> Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión. (Ley Nº 26657, 2010, p.10)

Enmarcada en un enfoque de DDHH, la ley Nº 26657 propone un cambio de paradigma en salud mental en tanto cuestiona ciertos criterios y principios que vienen determinando este campo específico. En este punto la ley se constituye como escenario discursivo que define sus categorías y alcance en clara oposición con el modelo psiquiátrico, en particular con el modo de abordaje centrado en la internación y la figura del psiquiatra como única voz autorizada.

> En la actualidad se hace evidente la coexistencia de los dos paradigmas en salud mental: a) El asilar, centrado en la visión de las personas con padecimiento mental como objetos pasivos de tratamiento y del hospital psiquiátrico como su espacio de atención; b) El sustitutivo, centrado en el reconocimiento de las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho y de la organización del proceso de atención a través de la Red de Servicios basado en la comunidad. (Ministerio de Salud de la Nación, 2013, p. 9)

[8] Diputado de la Nación Argentina durante el período 2005–2009, psicólogo y autor del proyecto de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

En cuanto a la conceptualización de salud mental presentada en la ley se evidencia la intención de reflejar la complejidad que este campo implica en tanto se lo define como proceso influenciado por múltiples y diversos factores. De este modo queda argumentada la necesidad de incluir distintos actores y profesionales en la configuración del mismo. Esto genera, inevitablemente, cierto cuestionamiento al discurso de la psiquiatría como discurso hegemónico, otorgándole, también, participación a otros discursos en relación a la salud. La ley insiste en la necesidad de la interdisciplina, incluyendo como disciplinas competentes no sólo la psiquiatría y la psicología (si bien las ubica como necesarias para el diagnóstico, evaluación, etc.), sino también el trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras. De este modo, en el Art. 3 se expresa:

> En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio–económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. (Ley N° 26.657, 2010, p.12).

Ley de Salud Mental Nº 10772/91 de la provincia de Santa Fe

La ley Nº 10772 que rige en el territorio santafesino es promulgada en el año 1991. Dicha sanción podría leerse en el marco del proceso de reforma psiquiátrica que se inicia, en América latina, con la Declaración de Caracas en 1990. La OMS y la OPS impulsan esta reestructuración a partir de la situación en que se encontraba el campo de la salud mental, ubicando que la atención psiquiátrica convencional y, por consiguiente, el hospital psiquiátrico, como modalidad asistencial, no permitían el logro de objetivos considerados fundamentales para la atención comunitaria, integral y preventiva. Allí aparece la Atención Primaria de la Salud como estrategia principal. Dicho proceso formaba parte del entusiasmo por la reconstrucción democrática que se atravesó a partir de los '80 en algunos países de América latina, pero se refería también a la influencia del pensamiento y la práctica de Franco Basaglia, desde los últimos años de la década del `70 y al empeño militante de la lucha antimanicomial.

El artículo Nº 1 comienza estableciendo la configuración de aquel a quien están dirigidas las prácticas en Salud Mental:

> Derecho al tratamiento. Condiciones. – Toda *persona que padeciera sufrimiento* por, o en su salud mental tiene derecho a solicitar y recibir tratamiento. El mismo deberá ser prescripto y conducido por profesionales de la salud mental legamente habilitados, y estará orientado hacia la curación, la recuperación y rehabilitación. (Ley Nº 10772, 1991, p.1. El subrayado es nuestro)

Esta referencia instala una distinción respecto de lo que implica nombrar a las personas como *enfermos mentales*, en tanto al hacerlo de este modo se pondera cierta lógica del ser en oposición al tener, es decir se hace referencia a la existencia de un sujeto por lo que es y no por lo que padece. Aquí se presenta un tratamiento similar al que fue desarrollado anteriormente respecto a la diferencia entre *ser peligroso* y *estar en riesgo* (cierto e inminente).

Por lo tanto, concebir a las *personas con padecimiento mental* sugiere que la situación que afecta a una persona en su salud mental podría tratarse de un momento particular en donde se necesite de la asistencia y tratamiento, remarcando cierto carácter transitorio sin que eso implique una definición en cuanto a su ser como estado inalterable.

Por otro lado, definir el padecimiento en relación a la salud mental implica toda una posición teórica/ideológica en cuanto se debe establecer qué se considera enfermedad y, por lo tanto, qué profesionales están autorizados a intervenir. La OMS[9] destaca en la definición de salud: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" ([1946] 2006, p 1). Si bien es una definición controversial, en tanto deberíamos interrogar qué implica *completo bienestar,* es interesante remarcar, sobre todo, aquello que se introduce en cuanto al padecimiento, dado que no se define a través de una sola dimensión. Alicia Stolkiner (2003) analiza esta definición de la OMS y sostiene que es importante para comprender el alcance, contextualizar su surgimiento en el marco de posguerra. Dicha definición no se constituye como un aporte teórico o científico, sino que su fuerza radica en el aspecto político que introduce –salud como estado de bienestar–, haciendo referencia a un modelo del Estado socialista.

Retomando, la alteración en la salud mental de una persona implica complejidad y la necesidad de abordaje desde distintas disciplinas. Este punto está especialmente subrayado en el decreto reglamentario que refiere al artículo primero de dicha ley:

> En los establecimientos de salud mental, están habilitados para disponer las estrategias de intervención clínica y su direccionalidad, los equipos interdisciplinarios que se constituyan a este efecto en conformidad con este reglamento. Los mismos estarán integrados por enfermeros, psicólogos, psiquiatras, abogados, trabajadores sociales, médicos generalistas, psicopedagogos, terapistas ocupacionales, pediatras, estimuladores temprano, sin perjuicio de la participación activa de otras profesiones vinculadas a la producción de salud. (Ley Nº 10772, 1991, p. 1)

Ley de Salud Mental Nº 6976, provincia de San Juan

La ley Nº 6976, sancionada en el año 1999 en la provincia de San Juan, posee una impronta más conservadora que la ley santafesina N° 10772. El artículo primero, en el que se expresa la finalidad de la ley, hace referencia al *paciente psiquiátrico*.

> CAPITULO PRIMERO
> "GENERALIDADES"
> ARTICULO 1º.– Esta Ley tiene por finalidad promover el bienestar de la Salud Mental de la población y prevenir los trastornos en la psiquis de las personas, defender la dignidad, el respeto de la vida del *paciente psiquiátrico* y promover su rehabilitación psicosocial. (Ley Nº 6976, 1999, p.1. El subrayado es nuestro)

El término *paciente* proviene del latín *patĭens* (padecer**,** sufrir). Hace referencia a quien tiene paciencia (la capacidad de soportar o padecer algo, de hacer cosas minuciosas o de

[9] Este documento se encuentra disponible en https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.

saber esperar). Entonces, la categoría *paciente psiquiátrico* no sólo alude a cierto estado pasivo, padecer algo, estar a la espera de algo, sino que además esa existencia es definida por un tipo de padecimiento: el psiquiátrico.

El apartado "Título Segundo" hace referencia a los hospitales y clínicas psiquiátricas públicas y privadas:

> Capítulo único
> Artículo 33º.– "Se entiende por Hospital y/o Clínica Psiquiátrica a los establecimientos nosocomiales destinados al tratamiento de alteraciones mentales, que tienen como fin primordial la prevención, asistencia, rehabilitación y reinserción al medio con la debida observancia de los derechos individuales". (Ley Nº 6976, 1999, p. 9)

Nuevamente se presenta *lo psiquiátrico* como adjetivo único. ¿Es lo mismo un hospital psiquiátrico que un centro regional de salud mental?

En otro de los artículos también se expresa cierto *privilegio* del discurso psiquiátrico sobre otros discursos: "Artículo 40º.– El Director del Establecimiento Psiquiátrico, sea de gestión pública o privada, deberá ser médico psiquiatra especializado" (Ley Nº 6976, 1999, p. 9).

Dicha ley sugiere cierta posición más conservadora que aquella que refleja la ley nacional, ya que privilegia el discurso psiquiátrico sobre otros. A lo largo del texto se encuentran modos de nombrar donde lo psiquiátrico se utiliza como ordenador privilegiado: *paciente psiquiátrico, hospital psiquiátrico.* Si nos dirigimos entonces a aquel sujeto cuyas prácticas en salud mental están orientadas a su asistencia, como un paciente psiquiátrico, lo que se impone es que la psiquiatría es el discurso/saber que se encuentra autorizado para intervenir.

La *locura* como categoría ¿somos locos o nos hacemos?

El carácter social e histórico de las categorías relacionadas con la locura ha sido examinado por Michel Foucault ([1964] 2006), quien realiza un recorrido exhaustivo sobre los distintos modos de abordar la misma y el establecimiento de las formas legítimas de figurarla en cada época (alienación, enajenación, enfermedad mental, entre otras). Foucault se propone revisar los discursos que han constituido las condiciones de posibilidad de las diferentes formas de subjetividad desde las que se ha entendido al *loco*.

En la actualidad, el campo del padecimiento mental se encuentra determinado por el discurso de la Institución Psiquiátrica, discurso socialmente autorizado para delimitar allí las categorías que lo organizan. Es a partir del siglo XIX que la psiquiatría se constituye como práctica médica especializada cuyo imperativo es el control y ordenamiento de los sujetos. Foucault (2006) subraya que la intervención del médico psiquiatra no se produce a partir de su saber científico o poder medicinal, sino como garantía jurídica y moral. El personaje médico puede aislar la locura, no porque la conozca, sino porque la domina. Es el médico asilar, figura de la psiquiatría, el primer médico que cuenta entre sus funciones con un poder civil. Las cualidades que le deparan este lugar se refieren a una superioridad de discernimiento, de una educación distinguida y de la dignidad en el tono y de las maneras. En ese momento, el movimiento que se genera en relación al modo de conceptualizar/constituir el fenómeno de la locura obedece a una mirada científica, se produce el pasaje de una visión trágica del loco (Edad Clásica) hacia una visión crítica del mismo:

> Dicho movimiento está marcado por la constitución de la medicina mental como campo de saber teórico/práctico. A partir del siglo XIX se da la producción de una percepción dirigida por la mirada científica sobre el fenómeno de la locura y su transformación en objeto de conocimiento: la enfermedad mental. En el dispositivo de la medicalización y terapeutización, la marca histórica de constitución de la práctica médica psiquiátrica. (Amarante, 2006, p. 20)

Desde comienzos del siglo XIX, aparece una mirada científica que opera sobre el fenómeno de la locura para constituirlo en un objeto delimitado y posible de abordar: la enfermedad mental. En este movimiento se introduce la medicalización como tratamiento. La exigencia que se le demanda a la psiquiatría, como especialidad médica, es que se ocupe (control) de esos locos ya encerrados, pues el encierro no conlleva desde el inicio la idea de patologización y, por lo tanto, de práctica terapéutica.

Por lo tanto, la psiquiatría como discurso ordenador de la locura es una construcción moderna. Es a partir del siglo XIX que se constituye la práctica médica psiquiátrica junto con la medicalización y la terapeutización de la locura. Si en ese momento nace la enfermedad mental, ¿antes, no existían los enfermos mentales? Estamos en condiciones de afirmar que la locura se representaba de modo diverso. En la época clásica, el loco era considerado como alguien marginal (como así también leprosos, prostitutas, ladrones) y se lo encerraba ya que constituía una amenaza a la ley y el orden social. El encierro no poseía hasta el momento ningún objetivo terapéutico, el criterio que marcaba la exclusión es la sinrazón. La psiquiatría de la segunda mitad del siglo XIX, así como otros saberes del campo social, pasa a ser un imperativo de ordenamiento de los sujetos. "Seguirá la orientación de las demás ciencias naturales… un modelo centrado en la medicina biológica, que se limita a observar y describir los disturbios nerviosos" (Amarante, 2006, p. 23).

Durante el siglo XX desde algunos sectores críticos a la psiquiatría, se comienza a objetar el lugar que ha tenido en tanto discurso hegemónico. En este contexto surge la categoría de *salud mental* como intento de proponer un nuevo abordaje del padecimiento mental, que diera cuenta de la complejidad del campo y, a su vez, permitiera la participación de otros discursos en su definición.

Galende y Kraut (2006) describen, en este sentido, que teniendo como escenario la posguerra, se comienza a denunciar la similitud entre los modos de funcionamiento de los asilos y los campos de concentración del nazismo. Esto generó distintos pronunciamientos que intentaron modificar estas instituciones y permitió que, en 1953, por primera vez en la historia, un Organismo de Naciones Unidas –la Asamblea de Organización Mundial de la Salud, OMS– propusiera un giro de los servicios psiquiátricos hacia lo que desde entonces denominaron Política de Salud Mental.

El hecho de que la crítica estuviera centrada en la denuncia de las condiciones inhumanas en los hospitales psiquiátricos, ha obstaculizado, según plantea Galende, el sostenimiento de una crítica aún más abarcadora y profunda que analice los fundamentos epistemológicos y metodológicos de la disciplina, paso necesario para establecer los fundamentos de las prácticas en salud mental.

La psiquiatría logró ser considerada naturalmente como legalidad del pensamiento sobre lo psíquico anormal a la vez que se aceptó la nominación *enfermedad mental* para el padecimiento mental. La psiquiatría se ha

conducido a lo largo de décadas amparando la idea –¿ingenua?– según la cual el concepto da cuenta de la naturaleza de objeto, suponiendo que el concepto no construye la realidad, sino que solo descubre la norma contenida en ella. Respecto del lugar de la psiquiatría, Galende (2008) afirma:

> Cada época y cada cultura han construido los significados, valores y sentidos de la conducta y el pensamiento normal y sus desviaciones, la psiquiatría no es una excepción a esto, de allí que su entendimiento y su proceder sean análogos a los de la razón moderna, este pensamiento propio del hombre moderno y de la psiquiatría, se hayan pensado a sí mismos como fuera de los tiempos históricos y a la vez universales. (p. 32)

Esta especie de exigencia de universalidad es lo que en definitiva otorga carácter de autoridad al discurso médico en general. Desde una concepción positivista del hecho, la intervención en psiquiatría, la utilización del fármaco se orienta a partir de construcciones del saber científico. Intervención que produce objetivación, en tanto parte de esta como premisa. En este punto Juan Taborda (2014) propone, desde el lugar de la psiquiatría, que una práctica alternativa a la objetivación científica implica un constante movimiento de sustracción al saber científico, una resta, operación que posibilita la apertura a otros saberes, un vaciamiento que permita delimitar bordes.

Es evidente la insuficiencia de la psiquiatría como disciplina para el abordaje del complejo campo que implica la salud mental, como lo sería cualquier otra disciplina que aisladamente se proponga semejante tarea. Conmover el lugar de la psiquiatría como discurso hegemónico no será un acto sencillo, ya que no es solo su lugar como saber científico lo que la sostiene allí, sino, sobre todo, la representación de autoridad única que ha constituido y que se le ha demandado (y aún hoy se demanda) a ocupar, a lo largo de la historia de la locura. Habrá que dejar lugar para que un trabajo de duelo, como pérdida de ese lugar hegemónico "tranquilizador", se produzca, para todos los que formamos parte del amplio y diverso campo de la salud mental.

A modo de conclusión

Es mala ventura para el pensamiento contentarse con enunciados logrados.
Marcelo Percia (2014)

A partir de la lectura de algunas de las leyes que reglamentan el campo de la salud mental en la Argentina y partiendo de considerar el carácter performativo del lenguaje, es posible analizar cómo, a partir de su texto y en especial de ciertas palabras que allí se emplean, se configura el campo al que hacen referencia. Estas nominaciones constituyen de diverso modo a los sujetos que participan, determinando el tipo de vínculo posible entre ellos y los discursos *autorizados* para intervenir en dicho campo.

Algunas de las leyes de salud mental muestran de manera evidente distintas versiones a partir de diferentes modos de nombrar. Por ejemplo, ¿quién es objeto de las prácticas en salud mental: un paciente psiquiátrico, un usuario de salud mental, una persona con padecimiento subjetivo. Estamos en condiciones de afirmar que los efectos no son los mismos de acuerdo a cómo se nombre al otro.

Entendemos, por otro lado, que la ley ubica un *para todos*, un universal necesario como marco de intervención que permanece en un plano abstracto ya que sólo se lleva adelante a través de intervenciones concretas. Allí aparece la clí-

nica, el caso por caso. De este modo se instala una tensión universal/singular que se constituye como interrogante a sostener y probablemente pueda ser objeto para un trabajo futuro.

Dentro de la legislación argentina, en lo que se refiere al campo de la salud mental, no todas las provincias cuentan con una ley específica propia en ese campo. Santa Fe es una de las provincias que desde el año 1991 cuenta con la ley Nº 10772/91 y desde el 2007 con su reglamentación. La formulación de esta ley puede leerse como efecto de la Declaración de Caracas, conferencia de reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, llevada a cabo en 1990. Allí se pone de manifiesto la necesidad de revisar ciertas prácticas *tradicionales* (modelo psiquiátrico clásico y el hospital psiquiátrico como figura central de este modelo). Dicho espíritu, de carácter progresista, se encuentra reflejado en la ley y su reglamentación, sobre todo en la utilización de determinadas categorías como persona *que padeciera sufrimiento mental,* en lugar de enfermo mental o paciente psiquiátrico. A su vez, se plantea la necesidad de orientar las prácticas desde una perspectiva interdisciplinaria.

Por otro lado, la provincia de San Juan se encuentra regulada por la Ley Nº 6976 (1999), cuya letra sugiere cierta posición más conservadora, al privilegiar el discurso psiquiátrico por sobre otros. A lo largo del cuerpo de dicha ley aparecen modos de nombrar donde lo *psiquiátrico* se utiliza como modo ordenador privilegiado: *paciente psiquiátrico, hospital psiquiátrico* y específicamente se hace alusión a que la Dirección de hospitales o clínicas deben estar a cargo de un médico especialista en psiquiatría. En el año 2010 se aprueba la ley nacional de salud mental Nº 26657, lo cual unifica la reglamentación en salud mental para todo el territorio nacional. El marco de aprobación de dicha ley se encuentra determinado por una política de defensa de los DDHH, la igualdad, y la democracia que excede al campo específico de la salud mental (Ley de Matrimonio Igualitario, Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual Nº 26522, entre otros). Se apunta a producir un cambio de paradigma en salud mental de un paradigma asilar a uno cuyo eje sea la comunidad. De este modo las nominaciones que se presentan a lo largo de la ley como *sujeto de derecho y usuario* (a diferencia de *objeto de tutela*) dan cuenta del espíritu de la misma cuyo objetivo, entre otros, es dar prioridad a aquello que ese sujeto con padecimiento puede/tiene para decir en nombre propio.

Por otro lado, este recorrido nos permitió poner en cuestión aquello que se figura como *la locura*, en tanto debe ser entendida como constructo discursivo con determinantes históricos y culturales, y no como objeto natural a descubrir, en una dimensión atemporal e ingenua.

En la problematización de la relación de las palabras, los enunciados y el mundo a que hacen referencia, se presenta otro aspecto a tener en cuenta que, en todo caso, podrá quedar ubicado como interrogante. Nos referimos a aquella situación producida a partir de cierto giro en relación a los conceptos, que provoca un vaciamiento de sentido y un uso perverso, cuando aquello que se dice *suena bien*, pero es un velo que esconde otras intenciones, en muchos casos, lo contrario.

Ahora bien, en tanto actores del campo de la salud mental debemos estar advertidos sobre el efecto instituyente del lenguaje y, por lo tanto, sobre los efectos de los modos de nombrar. Estos efectos no sólo inciden sobre el sujeto al que se nomina, sino que también implican al sujeto que nomina, lo cual remite a la posición ética en relación a la práctica.

Galende (1994) propone, situando como punto de partida el compromiso con la práctica, la necesidad de que el psicólogo recupere el lugar de ejercer posición de intelectual, poner en movimiento su capacidad intelectual

para disponerse a la lectura crítica de las situaciones que deben ser abordadas desde cierta primacía del pensar como actividad fundadora de la práctica. En este sentido la advertencia de Marcelo Percia (2014) se vuelve un horizonte imprescindible: No nos conformemos con enunciados logrados.

Referencias bibliográficas

- Amarante, P. (2006). *Locos por la vida. La trayectoria de la reforma psiquiátrica*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Bajtin, M. (1982). "Los problemas de los géneros discursivos" en *Estética de la creación verbal*. México: Siglo XXI.
- Benveniste, E. ([1976] 2004). "La filosofía analítica y el lenguaje" en *Problemas de lingüística general*, Tomo I. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. ([1964] 2006). *Historia de la locura en la época clásica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Galende, E. (1994). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (2008) *Psicofármacos y Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar.
- —— y Kraut, A. (2006) *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar.
- Gorbacz, L. (2011). "Ley 26.657: El desmontaje del sistema represivo en salud mental". En *Salud Mental y Comunidad*. Año 1, Nº 1 54–58.
- Percia, M. (2014). *Sujeto fabulado I. Notas*. Buenos Aires: La Cebra.
- Pérez, L. y Rogieri, P. (dirs.). (2012). *Retóricas del decir*. Rosario: FHUMYAR.
- Stolkiner, A. (2003). "El concepto de salud de la OMS". En *Cátedra II Salud pública/salud mental*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires disponible en http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/stolkiner_teorico_4_concepto_salud_oms.pdf.
- Taborda, J. (2014). Sobre la relación entre Kusch y el psicoanálisis. Trabajo presentado en *Jornadas Anuales del Programa Interdisciplinario de Investigación sobre Salud Mental en Extensión Universitaria*. CEI–UNR 2013–2014. Rosario, Anexo Sede de Gobierno de la UNR, 8 de noviembre. Inédito.
- Vasconcelos, E. (2000). *Saùde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. Sao Paulo: Cortez.
- Voloshinov, V. (1976). *El signo ideológico y la filosofía del lenguaje*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Voloshinov, V. (1999). *Freudismo. Un bosquejo crítico*. Buenos Aires: Paidós.

Documentos

- Ley de Salud Mental Nº6976. Cámara de Diputados de la Provincia de San Juan, San Juan, 11 de noviembre de 1999.
- Ley de Salud Mental Nº 10772. Registro General de leyes de la Provincia de Santa Fe, Santa Fe, 26 de diciembre de 1991.
- Ley Nacional de Salud Mental Nº 26657. Boletín oficial Nº 32041 de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.
- Ministerio de Salud de la Nación (2013) *Recomendaciones para el tratamiento de temas de salud mental en los medios*. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Buenos Aires.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Constitución de la OMS. ([1946] 2006) Suplemento de la 45a edición.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de Caracas – Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, Caracas, Venezuela, 14 de noviembre de 1990.

La ley de Salud Mental y Adicciones Posibilidades de su implementación en un hospital de mediana complejidad de la Provincia de Santa Fe[1]

The Mental Health and Addictions Law Possibilities of its implementation in a medium complexity hospital of the Province of Santa Fe

María Noelia Bonino[2]

Resumen

El presente artículo se propone visibilizar el entrecruzamiento de las propuestas enunciadas en la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones (2010) con situaciones singulares de las prácticas clínicas, indagando las posibilidades y dificultades para implementar los lineamientos establecidos en las normativas nacional y provincial en un hospital de mediana complejidad de la provincia de Santa Fe, en el periodo comprendido entre 2015–2016. El estudio pretendió describir y comprender el modo de trabajo de los profesionales de salud mental, las intervenciones y las prácticas realizadas en la institución escogida. Comprendió a un conjunto de actores, que permitieron dar visibilidad a la heterogeneidad de perspectivas sobre la implementación de las normativas vigentes en los procesos de cuidado de las problemáticas de salud mental. Se implementaron distintas modalidades de elaboración y análisis de los datos. En el análisis de los datos se registró un proceso de avances y de cambios respecto a la inclusión y alojamientos en las internaciones de pacientes afectados por padecimientos de salud mental en el hospital general, pero también la emergencia de tensiones resultado de la persistencia de ciertas lógicas excluyentes y manicomiales.

Palabras Clave: Salud Mental – Legislación – Prácticas de cuidado – Hospital General

Abstract

This article aims to make visible the intersection between what is stated by the Mental Health and Addictions National Law (2010) and the particular situations of clinical practices, investigating the possibilities and difficulties to implement the guidelines established in the national and provincial regulations in a medium complexity hospital located in the province of Santa Fe, in the period between 2015–2016. The study aimed

[1] El presente artículo está basado en el Trabajo Integrador Final (TIF) de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica Institucional y Comunitaria, titulado *La ley de Salud Mental. Posibilidades de su implementación en un hospital de mediana complejidad de la Provincia* de Santa Fe. Dirigido por Mgtr. Sandra Gerlero**,** Psicóloga. Especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria. Universidad Nacional de Rosario.

[2] Psicóloga. Especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria. Universidad Nacional de Rosario. Trabaja en un dispositivo de sustitución de lógicas manicomiales (Di.S.E.R), en la dirección de Salud Mental de la provincia de Santa Fe.

to describe and understand the working ways of mental health professionals, the interventions and practices carried out in the chosen institution. It involved different actors, who allowed to give visibility to the heterogeneity of perspectives on the implementation of current regulations in the processes of care for mental health problems. Different methods of data preparation and analysis were implemented. The data analysis showed a process of progress and changes regarding the inclusion and accommodation in the hospitalizations of mental health patients conditions in the general hospital, but also the emergence of tensions as a result of the persistence of certain exclusionary and madhouse logics.

Key Words: Mental Health – Legislation – Care Practices – General Hospital

Introducción

El presente artículo se propone visibilizar y explorar el entrecruzamiento de las propuestas enunciadas en la Ley N° 26.657 de Salud Mental y Adicciones con situaciones singulares de las prácticas clínicas, examinando las posibilidades y dificultades para implementar los lineamientos establecidos en la normativa nacional en un hospital de mediana complejidad en el periodo comprendido entre los años 2015–2016.

En busca de ese objetivo procuramos aquí describir el modo de trabajo, las intervenciones y las prácticas realizadas por los profesionales de salud mental en relación a las leyes nacionales y provinciales existentes en la materia.

Las prácticas de cuidados sobre las problemáticas de padecimientos subjetivos y la organización de los servicios de salud mental plantea nuevas dimensiones y preguntas que responder, nuevos retos para el conocimiento a partir de la Ley Nacional Nº 26.657 y de la Ley Provincial Nº10.772. En tal sentido este trabajo pretende indagar y poner en tensión como se materializan en el Sur de la provincia de Santa Fe los paradigmas sanitarios vigentes y los procesos de atención específicos. Las categorías conceptuales abordadas para el análisis del trabajo fueron: los avances legislativos en el campo de la salud mental como derecho humano, los problemas y los principales desafíos que instala la nueva Ley de Salud Mental, las nociones y conceptualizaciones sobre los modelos de atención, las demandas sobre los problemas de salud mental y los proyectos terapéuticos e intervenciones para su abordaje.

Salud Mental: interrogantes, principios y marco normativo vigente

La salud mental ha sido y sigue siendo un campo polémico donde se ponen en disputa lineamientos teóricos, metodológicos, éticos y políticos, los cuales han sido ampliamente desarrollados por numerosos autores clásicos referentes como Foucault (1964), Basaglia (1962–1968–1978), Pichón Riviere (1971). Asimismo, se ha discutido acerca de sus definiciones, sus formas de abordaje, de tratamiento y resolución.

A los fines de contribuir al análisis en relación con el objeto del presente trabajo nos hacemos los siguientes interrogantes: ¿cómo devienen y se presentan las consultas e interconsultas de atención en salud mental?, ¿cómo fueron los modos de ingreso de los pacientes, qué actores de salud intervinieron?, ¿cuál fue el tratamiento propuesto y los proyectos terapéuticos?, ¿qué padecimientos atravesaban los pacientes que se alojaron en internación?, ¿cuáles fueron las estrategias durante la internación?. El diseño metodológico responde a una orientación flexible y emergente, con un

enfoque cualitativo de carácter descriptivo y exploratorio. Para ello el estudio comprendió un conjunto de actores clave, (profesionales, jefes de servicios) y se implementaron distintas modalidades de elaboración y análisis de los datos, se realizaron entrevistas individuales y semi–estructuradas. Conjuntamente se relevó información primaria de los registros elaborados a partir de la participación en reuniones de equipo, intrahospitalarias y extrahospitalarias, y como fuente de información secundaria se relevó información de las historias clínicas.

En Argentina, el 10 de diciembre de 2010 –y luego de varios años de disputas– se sancionó por unanimidad la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N°26657 basada en una perspectiva de derechos humanos y en la sustitución del paradigma manicomial.

En el contexto nacional y regional la Ley Nacional Nº 26.657 de Salud Mental, su decreto reglamentario Nº 603/2013, y la Ley Provincial Nº 10.772/1997, 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.

Tanto la norma nacional como la provincial bregan, en consonancia con la Declaración de Caracas (1990), por regular la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental y se presentan como una innovadora legislación en materia de política en salud mental. Ambas encuentran su fundamento en los estándares internacionales de derechos humanos, plantean un paradigma diferente al existente, que permita el pasaje de un modelo centrado en la exclusión a otro que se fundamenta en la integración, resguardo y restitución de derechos, reconocen la importancia de asegurar una atención de salud de buena calidad en la comunidad, y constituyen la principal inspiración a mejorar la salud mental de las poblaciones.

Sobre esa base y considerando los interrogantes planteados, el marco normativo existente y los principios sobre los cuales se sustenta, pasamos concretamente a abordar las respuestas que se brindan en un hospital de mediana complejidad.

El equipo de salud mental del hospital analizado. Demandas, prácticas, abordajes y trabajo clínico

El hospital seleccionado se encuentra en una localidad del sur de la provincia, es de mediana complejidad y depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Posee servicios de medicina general, atención ambulatoria, internación, diagnóstico y tratamiento, con camas de internación destinadas a la población adulta e infantil.

El equipo de salud mental se conformó en el año 2012 integrado por una profesional psicóloga, una trabajadora social, y una psiquiatra. Aborda las consultas espontáneas y los pedidos de interconsultas del hospital así como también brinda respuestas a las demandas de los juzgados (penales y civiles) de la localidad. Recibe solicitudes de internación por problemas de salud mental, y se le adicionan los pedidos de certificaciones de discapacidad y las demandas espontáneas, las provenientes del Juzgado Penal –para la atención y acompañamiento por situaciones de abuso sexual y tratamientos por adicción para personas detenidas– y del Juzgado Civil –con pedidos para abordar situaciones vinculadas a violencia de género y maltrato.

Ocasionalmente en las reuniones de equipo se registran demandas efectuadas por parte de docentes, profesionales externos a la

institución hospitalaria o profesionales de la misma institución. Estas demandas quedan inscriptas bajo el modo de interconsulta[3].

Tanto en las entrevistas y en las participaciones llevadas a cabo en la reuniones de equipo como al indagar las modalidades de abordajes institucionales desarrolladas por los profesionales de salud mental de la institución hospitalaria, se desprende que las formas de cuidado incluyen prácticas individuales y en equipo.

Asimismo, estas modalidades de asistencia atraviesan variaciones según el momento y las necesidades de cada paciente. Al respecto, podemos mencionar la modalidad de atención interdisciplinaria –prácticas en las cuales en la entrevista y/o abordajes con el paciente están involucrados al menos dos profesionales de distintas disciplinas del equipo, ya sea en consultorio, domicilio o en internación–, y la modalidad de atención individual, entre un profesional y un paciente, pero supervisada en las reuniones de equipo.

El trabajo clínico de los equipos de salud mental está constituido por el conjunto de *intervenciones y estrategias* que permiten conocer, pensar y orientar prácticas de abordaje en cada caso, identificando las necesidades de cada individuo, generando *estrategias terapéuticas*. Para este artículo se entiende como *trabajo clínico a* aquel proceso de producción colectiva, que implicaría una admisión y alojamiento del paciente atravesado o afectado por una problemática, y en el cual el trabajo apuntaría a realizar un diagnóstico a partir de una aproximación entre paciente, familia y el equipo de profesionales, y que requiere la institución de prácticas individuales, de grupo y también colectivas.

[3] Las interconsultas son los pedidos o derivaciones desde otros servicios del mismo hospital, siendo el servicio de pediatría y de internación los que realizaron más cantidad de solicitudes de interconsultas.

El hospital analizado, su equipo de salud mental y el cambio de paradigma

El cambio de paradigma no sólo se expresa en los discursos o debates conceptuales, sino que también se manifiesta en las nuevas prácticas y se acentuará aún más a medida que las prácticas innovadoras vayan pudiendo establecer respuestas superadoras que permitan a las personas elegir.

Los principios protectores sobre los derechos humanos que vertebran las leyes no son principios abstractos sino la posibilidad de que las personas puedan elegir, y si solo existe el hospital psiquiátrico o la calle no hay posibilidad de elección. Aunque haya leyes que lo promuevan, no hay ejercicio del derecho para esas personas.

Según lo relatado por los profesionales consultados, es en los momentos de abordaje de situaciones complejas –por ejemplo: padecimientos subjetivos por consumos, problemáticas que atraviesan la niñez, pacientes que corren riesgo para sí y para terceros– que aparece un vacío de servicios sustitutivos, registrándose la ausencia de una red de atención o instituciones sustitutivas que aborden, contengan y alojen diferentes dimensiones para que sea posible el derecho a recibir tratamiento.

En una de las reuniones de equipo intersectorial emergieron al menos dos casos de pacientes afectados por problemáticas con el consumo de sustancias, agotándose los abordajes locales y evidenciándose una vacancia/carencia de instituciones, alojamientos, contención, entre otros.

Respecto al trabajo y abordaje en salud mental en el interior de la institución, en las reuniones de equipo plantean que se viene dando un proceso de transformación, pero que el trabajo y abordaje queda a cargo únicamente de los trabajadores del servicio de

salud mental (psicóloga, psiquiatra, médico clínico, asistente social). Las principales tensiones y quejas las localizan en el servicio de internación dirigidas a los profesionales de ese sector.

Para dar respuestas a las demandas sobre el sufrimiento psíquico, la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones exige cambios y reformas estructurales en las instituciones públicas y privadas que prestan servicios en el campo de la salud mental.

Según lo mencionado en las reuniones de equipo en esta localidad, únicamente en el hospital seleccionado se realizan y se registran internaciones de pacientes afectados con alguna problemática de salud mental.

Las principales disposiciones de la Ley de Salud Mental apelan a desestimar concepciones tradicionales de la psiquiatría, problematizando el uso de los diagnósticos médicos como formas de discriminación velada e invalidación o incapacitación social. Por eso, como se puede leer en los testimonios de los profesionales entrevistados, las lógicas no sólo se reducen a los muros del hospital monovalente o neuropsiquiátrico, sino que aparecen tensiones a la hora de alojar y atender a los pacientes afectados en su salud mental.

Las internaciones

En el período analizado, según la *Planilla estadística de hospitalización*, 67 pacientes requirieron de tratamientos de salud mental con internación.

La mayoría de los diagnósticos presuntivos denotaron situaciones de crisis y requerimiento de contención terapéutica. Cabe destacar el peso que implican las situaciones vinculadas al uso problemático de drogas que concentran el 39%, aproximadamente, de la totalidad de las internaciones realizadas.

Las internaciones se efectivizan a través de decisiones conjuntas y evaluaciones interdisciplinarias que toman los profesionales del equipo de salud mental pero, no rara vez, las mismas generan resistencias y malestares. Se inscriben como propuestas terapéuticas junto con el paciente y no como decisiones impuestas, aunque en algunos casos son necesarias, debiendo judicializarse.

Para los procesos de internación en algunas oportunidades se cuenta con la figura del acompañante terapéutico. Estos profesionales son provistos principalmente por la Dirección de Salud Mental de la provincia, y comenzó a implementarse como práctica en salud mental posteriormente a la Ley Nacional. Cabe destacar que dicha intervención ha facilitado el proceso de internación de muchos pacientes, oficiando de acompañante no sólo al paciente, también al personal de la institución hospitalaria. A partir de la presencia del acompañante, diversos actores del hospital comenzaron a aceptar las internaciones sin tanta resistencia.

En las reuniones de equipo se relatan tensiones que dan cuenta de que, si bien la ley está presente y es una herramienta, también hay fuertes resistencias que reflejan que no están dadas las condiciones para realizar algunas internaciones en el hospital general. La mayoría de los trabajadores del hospital consideraron "*peligrosos*" a los pacientes de salud mental, principalmente a aquellos que tienen alguna problemática de consumo. Se los identifica más como delincuentes que como pacientes o personas afectadas por una problemática de salud. Desde la oficina de enfermería se piensa que el equipo de salud mental debería hacerse cargo de estos pacientes, cuestionando que no se deriven a instituciones especializadas.

Por otro lado, un aspecto crítico hallado en torno a las internaciones por crisis subjetivas refiere a la prescripción de psicofármacos. Según lo expresado por los profesionales en-

trevistados, se puede concluir que es necesario delinear un trabajo sobre la especificidad de dichas prescripciones, así como debatir sobre el modelo de asistencia centrado en el fármaco exclusivamente, escindiendo la problemática de los pacientes, del contexto y del proceso de asistencia. Siendo una práctica que por sí misma evidencia la subsistencia de lógicas manicomiales, y una franca desasistencia. Así como también se visibiliza en lo planteado por la jefa de enfermeras al apuntar que el paciente de salud mental suele ser el último en atenderse.

En lo relativo a las internaciones/alojamientos de los pacientes asignados como *casos sociales*, es decir, aquellos que más allá de una problemática de salud mental no tienen contención familiar ni recursos económicos, los profesionales relataban que permanecen internados a la deriva, sin atención médica ni de enfermería y sin ser registrados como pacientes, carentes de respuestas a las necesidades de atención que tal vez requieren.

Las entrevistas muestran la complejidad que asume un proceso de transformación institucional en las modalidades de atención y en los diversos actores intervinientes.

Existen modificaciones en la reorganización de la atención que dan cuenta de un cambio que se viene dando y que se registra posteriormente a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones. Los trabajadores del servicio de salud mental señalaron modificaciones que comenzaron a emerger, principalmente, a través de los pedidos de los juzgados en las solicitudes de abordaje o informes interdisciplinarios, que citan en los mismos oficios artículos de la Ley Nacional de Salud Mental y/o requirieren intervenciones de carácter interdisciplinario a implementar con determinados pacientes.

Interdisciplina e intersectorialidad, dos componentes claves y actuales para el abordaje en salud mental. Su aplicación en el hospital

Modificar el modelo de atención tradicional con su lógica de atención manicomial implica que se lleven adelante otras formas de atención.

Alicia Stolkiner (1999–2001–2005) se aboca en diversas publicaciones a conceptualizar y desarrollar la importancia de la *interdisciplina* para los procesos de atención en salud y para la reforma en salud mental.

Dada la complejidad de las dimensiones a afrontar, cuando se trata del sufrimiento subjetivo, se requiere aceptar que desde el ámbito de salud –y mucho más aún desde una única disciplina– esa complejidad es inabarcable. Por tanto, es preciso elaborar y enfrentar el desafío de abordajes interdisciplinarios e intersectoriales tal como se resalta en los artículos 8, 9, 11, 13 y 15 de la Ley Nº 26.657.

Señala Alicia Stolkiner (1999) que la interdisciplina nace de la incontrolable disciplina de los problemas que se nos presentan, de la dificultad para encasillarlos. Esto se debe a que los mismos no se muestran como objetos demarcados, sino como demandas complejas, difusas, las cuales dan lugar a prácticas llenas de contradicciones.

La interdisciplina se muestra hoy más allá de lo legislativo como una práctica de necesidad insoslayable. El punto de partida es el reconocimiento de la existencia de problemáticas o situaciones complejas determinadas por la confluencia de múltiples factores que interactúan de tal manera que no son aislados y que, por consiguiente, no pueden ser descritos, explicados, abordados desde una simple sumatoria de enfoques parciales de distintos profesionales que trabajan independientemente.

Al ser un campo no hegemonizado por una única disciplina –ya que se define como conjunto complejo, abierto, con diversidad de saberes, teorías y coexistencia de prácticas–, la salud mental invita a los profesionales actuantes a pensar y fundar una práctica que no paralice o reduzca la complejidad del fenómeno que enfrenta y a trabajar la interdisciplina como interacción de saberes. El saber es limitado y los procesos de atención son complejos y dinámicos (Galende, 2008).

En lo que hace al objeto de este trabajo, la psicóloga del equipo de salud mental expresó que se registran ciertas dificultades en el trabajo interdisciplinario, dado que la interconsulta deviene una simple derivación, así como también, en algunas ocasiones, los profesionales que no integran el equipo otorgan el alta del paciente sin avisar ni consultar, de manera que dichos pacientes se van sin atención, sin turno, sin oferta ambulatoria.

En una de las reuniones, y problematizando acerca del trabajo conjunto, se señaló que no es lo mismo "*equipo*" que "*servicio*", ya que "*servicio*" da cuenta de una especificidad de una disciplina y no del trabajo con los servicios de otra disciplina. La concepción de "*equipo*" se sustenta en que no se trata de sumar saberes –esto solo aumenta la fragmentación–, sino en problematizar las perspectivas profesionales aún con la tensión que eso produce en un esfuerzo de articular lógicas disciplinares diferentes.

El marco conceptual e ideológico en el cual se inscribe la Ley de Salud Mental parte de una definición de la salud comprendida tanto desde una perspectiva sanitaria como social. Desde este enfoque, la salud remite a un concepto abarcativo e integral, implica un punto de vista más amplio que el de la enfermedad mental y su tratamiento, dado que se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo emocional, intelectual, laboral, con la capacidad de integración al medio social y cultural. Se busca, así, romper con las clásicas antinomias: individuo/sociedad; psíquico/físico; salud/enfermedad; salud mental/salud somática. La salud, entendida como una construcción social, requiere de la participación de los individuos y comunidades. Desde este marco, la definición de salud mental también contiene aspectos sociales y culturales en una perspectiva histórica, rescatando tanto los determinantes singulares como los sociales. Conforme a ello, se necesitan equipos de profesionales que puedan identificar las necesidades de cada paciente en su momento vital y gestionar las acciones necesarias para lograr la concreción de las respuestas acordes y posibles.

Resulta importante destacar que en "La Salud Mental en Argentina. Avances, Tensiones y Desafíos", Gerlero y Augsburger (2010) mencionan que:

> La salud mental no se asocia con una disciplina en particular, varias de ellas están, o pueden estar, implicadas en sus prácticas dependiendo del contexto del que se hable –la enfermería, la psicología, la psiquiatría, la medicina general, la terapia ocupacional, la musicoterapia, el arte terapia, el trabajo social, etc.–; es necesario remarcar una vez más que no se trata de una especialidad de la medicina como lo es la psiquiatría, con quien comparte la conformación del complejo campo disciplinar que la configura, tampoco es solo cuestión de profesionales y técnicos, sino que es un conjunto de problemáticas en las que tienen injerencia los distintos sectores del estado, variados espacios de la sociedad civil y, desde ya, las personas que requieren atención (Cohen 1999). Integra en su

> comprensión los diferentes niveles de la expresión de la vida del hombre, comenzando por sus gradientes biológicos, psicológicos, psicosociales, institucionales y comunitarios, que aportan, a través de complejos procesos, a la constitución de la noción de subjetividad (Galende, 2008), (pp. 63–64).

El componente *intersectorial* implica uno de los lineamientos destacados en la ley nacional para trabajar en salud mental: se refiere a las acciones conjuntas de los diferentes sectores vinculados a los proyectos del bienestar social de la población. La acción no se limita a los dispositivos de salud, sino que se encuentran comprometidos en el campo otros sectores de la vida social/institucional: la educación, la vivienda, el trabajo, la justicia, etc. Desde esta perspectiva, consideramos interesante articular las estrategias intersectoriales con el concepto de red, que alude a los vínculos que se establecen entre personas, grupos y/o instituciones que, teniendo cada uno sus propias características y particularidades, reconocen la necesidad básica de crear lazos y aunar esfuerzos para el cumplimiento de objetivos comunes, compartiendo un espacio de igualdad, donde las relaciones son horizontales y se reconocen los distintos saberes y aportes (Rovere, 1999).

La red de servicios surge a partir de un nuevo modelo de atención que traslada el eje desde la estructura física de un establecimiento determinado (consultorio, hospital), a las prestaciones o actos clínicos entregados por un conjunto de establecimientos, programas, equipos de salud, profesionales y técnicos, y organizaciones de autoayuda y civiles (usuarios y familiares), los cuales pueden tener, incluso, distintas dependencias administrativas y/o financieras, públicas o privadas. Los distintos componentes de la red deben articularse coherentemente de modo de asegurar la diversidad e intensidad de las atenciones requeridas por el paciente y su familia, la continuidad de los cuidados, la existencia de distintos niveles de resolución, y el acceso a medidas de promoción y protección de la salud.

Esta red de servicios de salud mental debe ser parte de la red de salud en general. Para el cuidado de la salud mental a nivel personal y/o grupal y, especialmente durante el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por problemas mentales, se incentivará la participación familiar y comunitaria. Los trabajadores de la red definirán, discutirán, y acordarán con los pacientes las acciones clínicas y administrativas necesarias para garantizar el derecho de cada usuario a recibir una atención oportuna y de alta calidad en cualquier componente de su organización y en cualquier momento del proceso de su sufrimiento.

En este trabajo se tomó el concepto de *intersectorialidad* como el conjunto de intervenciones coordinadas entre instituciones de más de un sector social, en acciones destinadas a comprender y abordar situaciones relacionadas con el bienestar y la calidad de vida. Estas intervenciones deben proveer a las personas los recursos que necesitan y que no pueden aun proveerse por sus propios medios (casa, comida, capacitación en oficios, trabajo), para una efectiva inclusión social y una rehabilitación duradera. Solo a través de procesos de dignificación de las personas, podrán recuperar su vida activa en la comunidad. A través del trabajo intersectorial se posibilita la vida en la comunidad de personas que padecen. Según las reflexiones de una de las trabajadoras sociales entrevistadas, existen fuertes críticas respecto de la trama general que involucra a la salud mental de las poblaciones. Aparecen serias dificultades en alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria,

descentralizada, participativa, integral, continua, preventiva. Hay carencia de actividades barriales, o vecinales, no hay decisiones políticas para la creación de propuestas culturales, deportivas y recreativas.

Ejes de reflexión: a manera de cierre y nuevas aperturas

Las modalidades de atención en salud mental históricamente han sido patrimonio exclusivo del médico psiquiatra y con un lugar reservado en los hospitales monovalentes, siempre por fuera de la comunidad y de los circuitos sociales. Pero más allá de ubicar este modelo, el trabajo de revertir lo manicomial excede al encierro, sobrepasa al cierre de estos establecimientos e interpela al sistema de salud en su conjunto y la capacidad inclusiva de la sociedad (Stolkiner y Garbus 2010).

La Atención Primaria de Salud (APS) se expresa con objetivos como los de accesibilidad, integralidad, interdisciplina, intersectorialidad, participación, equidad, trabajo comunitario, por mencionar los más destacados y tienden a la promoción y prevención.

En el campo de la salud mental, surgió la necesidad de extender estos principios iniciados en Alma Ata a partir del acuerdo sellado internacionalmente en la "Declaración de Caracas" (1990), en la que se establecieron lineamientos para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe.

Como fuera planteado, la salud mental implica un campo complejo y heterogéneo, tanto en lo que respecta a sus problemáticas como en lo referente a sus actores sociales e institucionales. Está conformado por ideologías (sanitarias y sociales), disciplinas, escuelas, cuerpos teóricos, propuestas diversas, técnicas, planes, programas, instituciones asistenciales, formativas, profesionales, administrativas, prácticas curativas, represivas, disciplinadoras, preventivas, rehabilitadoras, que coexisten. Además, lo compone el amplio conjunto de profesionales, técnicos, agentes de salud y otros trabajadores para dar respuestas a las problemáticas ligadas a la cotidianeidad y a los procesos de subjetivación de los diversos sectores de la población (Galende, 2008).

Lo mencionado muestra que, a las legislaciones específicas es requisito la elaboración de diseños de políticas que permitan inscribir trabajos *en* salud mental y *para* la salud mental.

Según lo analizado e investigado por diversos autores, el diseño de una política con pretensión de alcance nacional debe revisar los modos de abordaje y reforzar el perfil de los trabajadores, de modo que el cumplimiento de la ley resulta posible en tanto haya actores que puedan apropiársela, comprenderla, conocerla para implementar una dialogicidad interdisciplinar, un trabajo en red e intervenciones integrales que incluyan acciones basadas en enfoques colectivos (Peirano en Escalada, 2016). Esto conlleva que los trabajadores sean protagonistas activos de los cambios que implica el campo normativo, debido a que por más que haya legislaciones vigentes, las acciones en este campo no van a desencadenarse de modo mágico. Así, en cada uno de los contextos en los que se producen transformaciones en las prácticas de salud mental, las leyes, las políticas y los actores toman una dinámica particular.

Los diversos actores del hospital remarcan en reiteradas oportunidades que pese a que la provincia inició un proceso de reforma e implementación de recursos en la atención en salud mental, y la creación de dispositivos, resulta importante señalar que se hacen necesarios la creación de otros en el interior de la provincia. De manera que aun existiendo una ley provincial y una nacional así como un

plan escrito acordes a la política de reforma, al momento, no ha sido posible su traducción en transformaciones concretas que recorran la amplitud del territorio provincial.

Al interior de la institución y del equipo se reconoce que, de manera paulatina, se viene dando un proceso de transformación. Sin embargo, el abordaje queda a cargo únicamente de los trabajadores del servicio de salud mental (psicóloga, psiquiatra, médico clínico, asistente social), aunque identifican el trabajo con enfermería como una deuda pendiente, especialmente en las situaciones de requerimiento de cuidado durante las internaciones.

Los hallazgos permiten deducir que con la ley comenzó a plantearse, no sin conflictos y tensiones, un proceso de trabajo diferente en la atención en el hospital de la localidad, que implicó condiciones de alojamiento de pacientes con problemáticas de salud mental.

Podemos sostener que, frente a un cúmulo de situaciones que antes se medicaban, restringían y derivaban, hoy se "*alojan*", a partir del trabajo del equipo de salud mental. Es de gran valor la recepción por parte del sistema y sus agentes, aun debiendo sortear tensiones institucionales internas.

También se desprende de los datos recogidos que la interdisciplina no se da en todos los casos ni exenta de dificultades, pero si se puede pensar en ciertos efectos de interdisciplinariedad y de intercambio disciplinar, ya sea dentro de la institución como por fuera. Del discurso de los entrevistados se desprende que los casos que están trabajando exceden el trabajo individual y en consultorio, convocan a salirse del muro de la institución y a buscar otros actores que participen en los abordajes.

En líneas generales, según la interpretación a la que se puede arribar a través de las entrevistas y de las reuniones de equipo intrahospitalarias e intersectoriales, se observa desconocimiento sobre la normativa, así como también aparecen representaciones de exclusión, discriminación, segregación y encierro para los pacientes con problemáticas de salud mental.

Las políticas en salud mental que requieren ser implementadas enfrentan actualmente obstáculos, desafíos. Uno de ellos es la desarticulación entre las necesidades y lo que se requiere socialmente en cada comunidad. Otro es la formación profesional, la capacitación, la producción de lineamientos para la mejora de la atención, servicios, dispositivos, ofertas alternativas, sustitutivas.

De todo lo recorrido se puede apreciar y concluir que en el campo de la salud mental y respecto de la ley, en el hospital seleccionado, las prácticas funcionan de un modo binario, disociado, en un contexto de lucha. Los principios que la ley establece no son de cumplimiento directo. Las principales dificultades en el proceso de atención surgen en el interior del hospital, y pensar en una reforma en salud mental necesariamente implica una transformación de la atención en salud en términos generales. Pensar las prácticas o los abordajes escindidamente, implicaría cometer el mismo error –teórico, técnico y conceptual– por el que la salud mental ha tenido y todavía tiene que reivindicar su lugar en los procesos de salud–enfermedad–cuidado, y en la red de salud en general. Dichas reformas no serán ni se darán sin los propios trabajadores de la salud y de la salud mental. Y podría decirse que hacia el exterior la dificultad se localiza en la escasez de dispositivos alternativos, de trabajo comunitario y de APS, en la articulación con otros niveles, en la carencia de profesionales que puedan problematizar y tengan un compromiso laboral, ético y social. La ausencia de ofertas terapéuticas alternativas a la hospitalocéntrica, de dispositivos lúdicos, culturales vuelve al hospital la única posibilidad de atención en el campo de la salud mental con

un equipo interdisciplinario armado recientemente. Queda así evidenciada la necesidad de un trabajo comunitario. La posibilidad de la reforma se ve seriamente comprometida si no se dispone del compromiso de profesionales, comunidad y poder político. Por tanto resulta fundamental avanzar con la participación y apertura de la comunidad en las cuestiones referentes a la salud mental.

Referencias

- Basaglia, F. (2013). *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*. Buenos Aires: Topia.
- Escalada, R. (comp.). (2016) *Ley Nacional de Salud Mental. De la letra a su implementación*. Rosario: Laborde.
- DECLARACION DE ALMA–ATA (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma–Ata, URSS, 6–12 de septiembre de 1978
- Declaración de Caracas. (1990). Conferencia Reestructuración De la Atención Psiquiátrica en América Latina Caracas, Venezuela 11–14 de noviembre de 1990
- Foucault, M. (1964). Historia de la Locura en la época clásica. Editorial Innisfree
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires. Paidós.
- (2008). *Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser. Introducción. La política en Salud Mental: efecto en la subjetividad de la nueva cultura*. Buenos Aires: Lugar.
- Gerlero, S. y Augsburger, C. (comp). (2012). *La salud mental en argentina: avances, tensiones y desafíos*. Rosario: Laborde Libros.
- Ley Nacional N° 26.657/2013 Decreto Reglamentario 603/2013. Argentina. Boletín Oficial N° 32649 el 29 de mayo de 2013.
- Ley Nacional N°26.657 de Salud Mental. Argentina. Boletín oficial 03 de Diciembre de 2010.
- Ley Provincia de Santa Fe. N°10.772/2007 Decreto Reglamentario 2155/2007, boletín oficial el 28 de septiembre de 2007.
- Ley Provincial 6312/67. SAMCo – "Servicio para la Atención Médica de la Comunidad" boletín oficial de Santa Fe, 12 de Marzo de 1967.
- Ley Provincial N°10.772. Salud Mental. Santa Fe, 26 de diciembre de 1991.
- Menéndez, E. (1987). Modelo Medico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451–464.
- Onocko Campos, R; Massuda, A; Valle, I; Castaño, G; Pellegri ni, O. (2008). Salud Colectiva y Psicoanálisis: Entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes. En *Salud colectiva*, Vol.4 N°2. Lanús, mayo/agosto.
- Pichón Rivière, E. (1971). *Del Psicoanálisis a la Psicología Social*. Tomos I. Buenos Aires: Galerna.
- Rovere, M. (1999). Redes En *Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*, Rosario: Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.
- Stolkiner, A. (2001). Subjetividades de época y prácticas en salud mental. En *Actualidad Psicológica*, Año XXVI. N° 239.
- (2005). Interdisciplina y salud mental. IX Jornadas Nacionales de salud mental, I Jornadas Provinciales de psicología, salud mental y mundialización: estrategias posibles en la Argentina de hoy. Argentina.
- (2012). Nuevos actores del campo de la salud mental. En *Intersecciones Psi. Revista Virtual de la Facultad de Psicología de la UBA*. Año 2, número 4. Septiembre. http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasde-

grado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad2/subunidad_2_3/stolkiner_nuevos_actores_del_campo.pdf

- y Garbus, P. (2009). Ética y prácticas en Salud mental. En Fridman, P. y Fantin, JC. (comps.) *Bioética, salud mental y psicoanálisis*. Buenos Aires: Polemos.
- y Gómez, S. A. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericana. En *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, (en prensa). Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/stolkiner_ardila_conceptualizando_la_salud_mental.pdf
- y Solitario, R. (2007) Atención Primaria de la salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad2/subunidad_2_3/stolkiner_solitario_aps_y_salud_mental.pdf

Autonomía en salud mental: recuperación de relatos y experiencias en prácticas sustitutivas[1]

Autonomy in mental health: recovery of stories and experiences in alternative practices

Magalí Claros Garay[2]

Resumen

Este trabajo analiza los sentidos sobre la autonomía, que se construyen en prácticas sustitutivas, a partir del encuentro con sus trabajadores. Asimismo, recoge algunas referencias teóricas que abonan al sentido que adquiere el término para el campo de la salud mental.

La inquietud fundamental se orienta a conocer y analizar a qué se hace referencia cuando se habla de autonomía en salud mental y cuáles son los indicadores que se construyen al interior del campo.

Por la naturaleza del tema se utiliza un abordaje cualitativo y se realizan entrevistas semidirigidas a informantes clave, de las cuales se extraen los ejes de sentido que son analizados. Los mismos implican un deslizamiento de la definición al sentido, pasando por la idealización de la categoría y su relación con la noción de independencia. A partir de los relatos y las experiencias clínicas brindadas se ubica el valor subjetivante que supone la autonomía en relación a la capacidad de decisión y la construcción de lazos sociales en la comunidad.

En suma, este trabajo posibilita recuperar la dimensión de la autonomía como un elemento nodal para las prácticas sustitutivas, teniendo en cuenta que sus trabajadores elaboran una forma particular de comprenderla y operar con ella. De este modo, se confecciona una acepción del término que hace a la especificidad de un campo, y toma elementos de la perspectiva psicoanalítica.

Palabras clave: Autonomía – Independencia – Toma de decisiones – Vínculos sociales – Perspectiva psicoanalítica

Summary

This paper analyzes the different senses about autonomy which are built up in alternative practices. It also includes some theoretical references that support the sense that the term acquires for the field of mental health and among their workers. Due to the nature of the topic, a qualitative approach is used and semi–addressed interviews are conducted to key informants, from which the axes of meaning

[1] El presente artículo fue escrito sobre la base del Trabajo Final Integrador (TIF) de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica Institucional y Comunitaria (UNR) del que soy autora y que fue dirigido por Mariana Chidichimo.

[2] Psicóloga. Especialista en Psicología clínica, institucional y comunitaria. Universidad Nacional de Rosario. Actualmente trabaja en el consultorio particular y desempeña tareas como acompañante terapéutica en efectores públicos de la provincia de Santa Fe. Dirección provincial de Salud Mental. Correo electrónico: maguiclaros@hotmail.com

that are analyzed are extracted. They slide from the idealization of the category to its relation with the notion of independence. Based on the stories and clinical experiences provided, the subjective value of autonomy in relation to decision–making and the construction of social bonds in the community is located. In short, this work makes it possible to recover the dimension of autonomy as a nodal element for alternative practices, taking into account that its workers elaborate a particular way of understanding and operating with it. In this way, an understanding of the term is created and makes the specificity of a field taking elements from the psychoanalytic perspective.
Keywords: Autonomy – Independence – Decision making – Social bonds – Psychoanalytic perspective

Introducción

El presente artículo se construye como una reescritura del Trabajo Integrador Final (TIF) de la carrera de Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria. En dicho TIF se aborda la noción de autonomía para el campo de la salud mental, utilizando como técnica de recolección de datos entrevistas a trabajadores de dispositivos sustitutivos. El abordaje a la temática aquí desarrollada es parcial y debe ser situada en el momento histórico en que es producido, es decir, 2015–2019.

Para el arribo a la problemática es necesario mencionar dos experiencias significativas que funcionaron como incubadora de inquietudes: por un lado, la experiencia realizada en un hospital monovalente y las preguntas que allí aparecieron en el trabajo con personas con muchos años de internación e intentos de externación; y por otro, los dispositivos públicos de asistencia que se plantean como espacios sustitutivos al manicomio y la articulación con ellos.

Dado que la Ley de Salud Mental y Adicciones (N°26.657) estipula la internación como el último recurso al cual apelar, la pregunta por cómo asistir al padecimiento subjetivo en la comunidad, incluyendo a la población que aloja y produce el manicomio, resulta una preocupación. Así, generar estructuras y prácticas sustitutivas acordes a la ley vigente no solo implica reducir las internaciones y promover los tratamientos ambulatorios, sino también pensar las externaciones, las condiciones de vida y de inclusión a la trama social de una población que aún hoy es denominada crónica[3].

A lo largo de las experiencias mencionadas, la pregunta sobre la autonomía de los pacientes se presentó de modo recurrente. En los equipos de trabajo este interrogante se formulaba, fundamentalmente, en relación a los procesos de externación y, también, ante la posible incorporación del usuario a un dispositivo sustitutivo. Entonces ¿A qué se hace referencia cuando se habla del grado de autonomía de alguien? ¿Qué indicios o indicadores se construyen en torno a la autonomía en salud mental?

Hay que considerar que generar autonomía es uno de los objetivos de la Reglamentación Ministerial (2015) de los dispositivos sustitutivos de la provincia de Santa Fe –expediente N° 00501–0142655–7/ Reglamentación: 0006,0007– y además encontramos referencias a esta categoría en las leyes vigentes en materia de salud mental. La resolución ministerial N° 0007 refiere: "que entre los objetivos se encuentran: la producción de salud a partir del lazo social […], fomentar la

[3] Gran parte de la población denominada crónica cursa internaciones prologadas en instituciones de carácter asilar. Estas internaciones tienen efecto en las subjetividades de quienes las cursan, siendo sujetos con un gran arrasamiento subjetivo, tendiente a la institucionalización y con pérdidas significativas de prácticas, hábitos y costumbres cotidianas por fuera de la lógica manicomial.

máxima autonomía posible para cada uno, teniendo en cuenta que se trata de personas con trayectorias de vida atravesadas por la institucionalización, por el aislamiento y historias de desafiliación" (Ministerio de salud, 2015, p 1).

En virtud del marco regulatorio y las inquietudes aquí planteadas se exploran los sentidos que los trabajadores construyen en relación con la noción de autonomía, a partir de entrevistas a informantes clave respecto de prácticas sustitutivas. Estos sentidos son comprendidos a partir de las conceptualizaciones de Rockwell (2005 y 2009) y Achilli (2010) quienes retoman a Gramsci. Desde esta perspectiva, las construcciones de sentidos suponen concepciones heterogéneas, disgregadas y contradictorias que derivan de una multitud de situaciones y experiencias. Así, lejos de buscar sentidos unívocos y construcciones lineales, se bucea en las contradicciones y ambivalencias que estos implican, comprendiendo que la palabra está investida de sentidos dependientes del contexto espacio–temporal, las circunstancias enunciativas, la esfera de comunicación, y la orientación hacia el interlocutor, dichos sentidos son únicos cada vez (Rogieri, 2011). De este modo, se establece que en cuanto a la autonomía, no se construye una definición unívoca del término sino redes de sentidos polisémicos que los trabajadores van construyendo en sus prácticas.

En cuando a los ejes de sentido se puede establecer que existe una relación y contraposición a la idea de independencia –en vinculación a la autonomía– que atraviesa todas las entrevistas. Al mismo tiempo, la idealización se construye como un eje de sentido que los trabajadores ponen de manifiesto para poder reflexionar al respecto, así como también se expresa el valor subjetivante que implica la autonomía si se la entiende como la capacidad de decisión, sostenida en el lazo social en la comunidad.

1. Relatos sobre la autonomía: de la definición al sentido

1.1 De la independencia a una construcción en la experiencia

Para comenzar, quisiéramos evidenciar dos líneas de sentido que pueden reconstruirse a partir de los relatos de los trabajadores. Por un lado se da cuenta de una forma de entender la autonomía, ligada fundamentalmente al ejercicio de independencia de alguien, relacionado a gestos o acciones del orden del cotidiano como son "tomarse un colectivo", "prender una hornalla", "hacer uso del dinero". Puede observarse que esta comprensión es homóloga a la definición de diccionario, de donde se extrae que autonomía es la facultad para gobernar las propias acciones sin depender de otro y es sinónimo de independencia y libertad (Moliner, 1967).

Por otro lado, se propone que la autonomía no tiene que ver con un "hacer en soledad" –o con la ejecución de acciones como las anteriormente mencionadas–, sino con una operatoria singular que se construye en el lazo con el otro[4].

A partir de estas dos coordenadas se esgrime el sentido propio para el campo de la salud mental, al que llega este trabajo. Las experiencias clínicas relatadas nos sugieren evidenciar que estos dos núcleos de entendimiento no viajan por caminos paralelos, sino que componen una red de sentido.

La autonomía como categoría compartida socialmente, vinculada a la definición del diccionario, no es inocua para las prácticas sustitutivas, sino, por el contrario, deja sus marcas. Como dijimos, estos sentidos son recuperados –por los entrevistados– para ser resignifi-

[4] La relación entre lazo social y autonomía será desarrollada en el apartado siguiente.

cados, a la luz del trabajo con una población específica, en un momento histórico signado por el modelo desmanicomial[5].

Siguiendo esta línea argumentativa, resulta fundamental comprender a la autonomía como un término complejo y polisémico que, simultáneamente, proviene del campo del derecho y de la filosofía; y que, además, preexiste al campo de la salud mental. En relación a esto, un entrevistado menciona que "en cuanto al término, tiene todo un peso específico, una carga conceptual que se construye al interior de lo que denominamos un campo. Es algo que toma consistencia en la práctica pero también a partir de ciertas construcciones teóricas y esto de la autonomía no es algo que sea propio, históricamente, del campo de la salud mental".

Cornelius Castoriadis (1984) en una entrevista que realiza en Grecia refiere que la palabra autonomía ha sido prostituida como tantas otras y que el hombre autónomo no es alguien que simplemente cumple sus deseos sin freno ni control. Lejos está el hecho de que alguien haga simplemente lo que quiera, sino que implica darse una ley pero de forma reflexiva, después de haberla debatido, es decir, puesta en tensión con otros. Así, permitiéndonos el extravío al que muchas veces las palabras nos invitan, es preciso retomar la pregunta que orienta la deriva: ¿a qué hacen referencia los trabajadores de salud mental cuando se preguntan por el grado de autonomía de alguien?

"Lo que para alguien puede ser alcanzar un nivel mayor de autonomía, para otros es la base de su subjetividad. Me parece que es cada vez", formula una trabajadora del campo. La autonomía se presenta como una construcción en la experiencia que no se plantea ni como punto de llegada ni como punto de partida, sino como una elaboración singular y acompañada.

En este sentido, Piera Aulagnier (1993) destaca la idea de autonomía como una condición no presente desde el inicio de la vida, sino que supone trabajo psíquico y un singular recorrido atravesado por el marco de facilitación/sofocación que aporta el otro, en vinculación a los tiempos de organización de la psique.

A continuación una viñeta clínica: en una oportunidad una trabajadora relata una experiencia en la que se acompaña a usuarios/as a la pileta durante el verano. Si bien en esa experiencia les enseñaban como llegar, es decir, como tramitar el certificado médico, que colectivos podían tomarse, donde esperarlo, que insumos eran necesarios para la jornada etc.; también y fundamentalmente se generó una grupalidad que dio lugar a que puedan seguir yendo, en otro momento, sin personal institucional. En el relato, el acento no está en la dificultad de no saber llegar, sino en dificultades de otro orden, que dan cuenta de condiciones subjetivas que requieren un soporte. Dichos acompañamiento y sostén fueron necesarios durante un tiempo hasta que los usuarios contaron con la antecedencia de haberlo realizado con ayuda y se apropiaron de esa experiencia. En consecuencia, esta práctica de carácter sustitutivo se distancia de la idea de autonomía entendida como independencia, por el contrario, se orienta a visibilizar los soportes necesarios para el ejercicio de la misma.

En suma, el recorrido precedente nos permite iluminar uno de los aspectos que conquista en su polisemia el término autonomía, es

[5] Los procesos de desmanicomialización, término que hunde sus raíces en Argentina y se desarrolla fuertemente en la provincia de Río Negro, acompañan a las iniciativas de desinstitucionalización y apuntan a deconstruir al manicomio como aparato que va más allá y excede la institución hospitalaria. Se dirige a cuestionar el saber que sustentan las prácticas tradicionales y a los modos en los que opera dicho saber, cómo lógica que trasciende el muro de la institución (Barraco, 2007).

decir, el lugar que le da al otro en el desarrollo de la misma. El camino hacia la construcción de sujetos cada vez más autónomos no es sin apuntalamiento, presencia y referencia. Tampoco se presenta como algo gradual, ascendente y sin dificultad, sino que resulta una pretensión del trabajo clínico artesanal a partir de las posibilidades de cada quien. De este modo, no busca acciones preestablecidas de antemano aunque estas expectativas tienen un lugar no negado, sino, más bien, problematizado.

1.2 Autonomía como ideal. Procesos de subjetivación en la búsqueda de indicadores de autonomía

La autonomía también se presenta como un ideal a trabajar, en una doble dimensión. Por un lado, como ideal de los trabajadores a la hora de diseñar las estrategias clínicas, y por el otro, como ideales o expectativas sociales para quien tiene algún padecimiento subjetivo y sus entornos. Si bien el ideal profesional aparece con mayor jerarquía e importancia, los trabajadores, como sujetos inmersos en la cultura, son permeables a las expectativas que la sociedad supone. No es sin estos influjos de ideales que la clínica ubica su norte al comando de la escucha singular.

Del material recolectado, se extrae que tanto los ideales profesionales como las expectativas sociales dificultan la posibilidad de generar autonomía. Ahora bien, ¿de qué modo? Hay quienes sostienen que la exigencia de autonomía puede provocar que las personas se queden solas con lo que les pasa. Esto se produce cuando –en virtud de estos ideales– hay una retirada de las apoyaturas necesarias que requiere un usuario para su vida, quedándose sin la posibilidad de trabajar con otros sus dificultades y posibilidades.

Entonces, ¿de qué manera apuntalar un proyecto de autonomía que escuche los deseos y las posibilidades de cada quien pero que, además, no desestime los influjos y pretensiones culturales ejercidas sobre ellos? Parecería que la exigencia de autonomía se funde con la expectativa de "normalidad", es decir, la pretensión de sujetos independientes que puedan llevar la vida con la menor necesidad de la otredad, como si eso fuera criterio de normalidad. Hay quienes afirman que bajo estas expectativas se velan principios liberales y que quienes trabajan con el sufrimiento subjetivo deben estar advertidos. Asimismo, se sostiene que no porque alguien necesite mucha ayuda o presencia eso implica "desautonomizarlo" y "desubjetivarlo".

También se plantea que la idealización de la autonomía es una obturación en los procesos subjetivantes, en la medida en que, cuando se presenta su idealización, predomina lo "estético" o la apariencia, lo que puede ser observado desde el entorno y no lo clínico como capacidad de escucha de lo singular. En este sentido, se presentan a modo de ejemplos situaciones en donde los sujetos parecerían autónomos, es decir, demandan poco y pueden resolver solos gran parte de su existencia. Sin embargo, esto no da cuenta de su autonomía, dado que no es una categoría observable al modo de un fenómeno perceptible a la mirada, sino que es necesaria una escucha específica y sensible a las particularidades de cada situación. Sin caer en generalidades, a partir de este trabajo se recogen relatos de situaciones de usuarios en situación de calle que pueden resolver complejas dificultades de la vida en soledad y, sin embargo, no se puede decir que son autónomos ya que algo del desamparo[6] les sucede.

[6] Aquí se utiliza la palabra desamparo en sentido corriente, no dando cuenta de la categoría conceptual que desarrolla Donald Winnicott.

En las entrevistas realizadas hay quienes afirman: "Que se lo vea autónomo o tenga semblante del ciudadano común no necesariamente da cuenta de su autonomía, tal como intentamos entenderla en el dispositivo". Entonces, ¿cómo construir lecturas de indicadores que den cuenta de la autonomía y no de cierta apariencia que tendería a normalizar la diferencia?

Se puede aproximar que no es si alguien puede o no ejecutar ciertos actos que suponen autonomía sino cómo se implica en estos actos. "La autonomía implica entenderse como un sujeto que juega un rol en su vida", dice una trabajadora al concluir la entrevista. Asimismo, otra entrevistada comenta: "Una apuesta subjetivante tendría que ver con hacerse sujeto de ese hacer".

De este modo, entre la producción de autonomía y los procesos de subjetivación, aparece la posibilidad de decisión como un indicador importante a la hora de pensar la categoría. "La institución (el manicomio) arrasa con muchos de los elementos de vida cotidiana y los procesos que se intentaron armar en la lógica de la sustitución buscan ofrecer la posibilidad de elegir", afirma una entrevistada. La capacidad de decisión se configura como una pista sobre la autonomía. Esto permite a los trabajadores tomar distancia de la mirada que observa y/o evalúa el grado de autonomía del usuario, acorde a parámetros sociales, e invita al ejercicio de la clínica como capacidad de escucha.

2. Aislamiento social, sufrimiento subjetivo e internaciones prolongadas en la construcción de autonomía a partir del lazo social

A continuación se ubican algunas de las dificultades relevadas en la producción de lazos sociales en los usuarios de salud mental:

- Los entrevistados refieren situaciones en que por los años de hospitalización se ha deteriorado el lazo con la comunidad y el grupo de pares. En estos casos se relatan los efectos cronificantes de las instituciones asilares y la institucionalización como dificultad.
- Se afirma que en algunos casos el padecer subjetivo implica una dificultad para el lazo con el otro. Aquí se menciona la estructura y el sufrimiento psíquico como obstáculo.
- Se destaca cómo actitudes segregatorias hacen que ciertas personas no se sientan cómodas en espacios comunes. Esto dificulta su participación y, por consiguiente, la construcción de lazos sociales. Aquí aparecen relatos de discriminación, falta de entornos inclusivos y aislamiento por sobreprotección.

Comenzaremos por la dificultad que prevalece en las reiteraciones discursivas, entendiendo que esta recurrencia orienta las preocupaciones actuales del campo. Así, se sostiene que las prácticas instituidas en el hospital monovalente generan pérdida de autonomía, lo cual se relaciona con el hecho que cuando alguien transita una internación todo su cotidiano está regulado, procurado y administrado por otro. "Las internaciones en el monovalente es todo lo mismo para todos. El circuito diario está absolutamente definido por otro y esto arrasa con la autonomía, arrasa con el sujeto en sí mismo", comenta una entrevistada.

La organización hospitalaria genera dependencia y pérdida de autonomía en gestos tales como comer lo mismo a la misma hora, no poder cocinar por sí mismos, despertar y acostarse todos juntos, entre los argumentos más mencionados. La administración y regulación del tiempo ajeno se ubica como una

restricción[7] en las capacidades de quien transita una internación prolongada.

Podemos visualizar que, en muchos casos, se da una respuesta generalizada y homogenizante a situaciones diversas y singulares. Pero también se presentan situaciones e intervenciones que van a contrapelo de la lógica imperante y que intentan desandar la inercia manicomial, teniendo como horizonte la producción de otro tipo de subjetividad, efecto de prácticas sustitutivas.

En consecuencia, si la autonomía implica poder darse la propia ley pero de forma reflexiva, tomando las palabras de Castoriadis (1998), la imposición y el lugar signado por la pasividad que se les da a los/as usuarios/as en este tipo de instituciones irían en detrimento de poder hacerse sujetos autónomos.

Pero además, nos encontramos con relatos de situaciones en que sin haber transitado internaciones en hospitales psiquiátricos, los sujetos encuentran dificultades para el desempeño de su autonomía. Si bien las internaciones tienen efectos complejos para quienes están transitando algún padecimiento subjetivo, la autonomía, en su perspectiva deficitaria, se vincula al aislamiento y cuidado excesivo por parte de los familiares de los usuarios de los dispositivos sustitutivos. De esta manera, se describen prácticas intrafamiliares que reproducen la lógica manicomial y limitan la posibilidad de establecer vínculos entre pares. En ocasiones, el entorno de quien tiene algún padecimiento subjetivo posee una mirada descalificante que le supone una imposibilidad para el desarrollo de las actividades cotidianas. Esto pone en evidencia como el tutelaje paternalista se hace presente intra y extramuros.

Es prudente considerar que más allá de las particularidades de las situaciones, la sociedad en su conjunto es reproductora del estigma social. De esta forma, refiere una entrevistada: "Muchos de los usuarios no tienen la práctica de hacer sus propias cosas, lo básico. Siempre dependiendo de otros. Esto tiene que ver con otras cosas más allá de la estructura. La mirada de la familia, la dificultad en el lazo, los entornos excluyentes imposibilitan más a esa persona que lo que en realidad, por su padecimiento, puede o no puede hacer. Hay mucha gente que hace tratamiento ambulatorio que solo interactúa con su núcleo familia, no tiene lazos por fuera, no asiste a espacios sociales de otras características". Entonces, podemos afirmar que la construcción de sujetos cada vez más autónomos implica desarraigar las prácticas tutelares, no para quitar las apoyaturas y presencia significativas, sino para que las mismas funcionen como sostenes de cuidados.

3. Referencias al lazo social en la construcción de autonomía

Tal como introdujimos en un apartado anterior, en los relatos analizados se observa un deslizamiento argumentativo o asociación entre la producción de autonomía y la posibilidad de "restablecer los lazos sociales", y la idea de "fortalecimiento de los vínculos". De este modo, es necesario indagar qué relaciones se establece, en el campo de la salud mental, entre lazo social y producción de autonomía.

En su libro *Pensar sin Estado,* Ignacio Lewkowicz (2004) trabaja el concepto de lazo social definiéndolo como una ficción eficaz de discurso que hace que un conjunto de individuos constituyan una sociedad. Es el lazo que establece la forma de ser hombres, que no depende de una voluntad individual, sino de

[7] Se enfatiza que la organización hospitalaria con su "para todos lo mismo, del mismo modo" genera restricción de ciertas capacidades que la organización social brindaría y el manicomio dificultaría.

una situación sociocultural que instituye una sociedad y una manera de ser hombres acordes a esa sociedad.

En sintonía con dicha definición, hay trabajadores que entienden a la autonomía como una herramienta para permanecer en el marco de las convenciones sociales. La posibilidad de establecer acuerdos de convivencia a partir del lazo con otros se configura como un posible indicador de autonomía.

En torno a la relación entre producción de autonomía y lazo social una entrevistada refiere: "La convivencia ofrece el territorio para armar una trama social y así se configura la chance para el lazo con el otro. En el lazo social, el sujeto se recorta por diferenciación. Este es el modo que tenemos para pensar la configuración subjetiva, es decir, en la diferencia. La autonomía es el resultado de una apuesta, es una construcción que surge de la diferencia con el otro en la cuestión del lazo social".

Al mismo tiempo, en las entrevistas se destaca la importancia que se le otorga al hecho de que los usuarios puedan establecer relaciones interpersonales y con el afuera de las instituciones. Pero ¿de qué afuera se trata? Cuando se habla de afuera se hace mención a situaciones de internaciones prolongadas donde se busca restablecer el lazo con la comunidad o bien establecer cierto circuito de pertenencia y referencia extramuros para restituir algo que el encierro obturó. Este afuera no solo se presenta como una exterioridad de las instituciones, sino también una relación con la otredad y la comunidad que brinda posibilidades para el lazo social.

En suma, las reiteraciones discursivas enfatizan la importancia de los vínculos entre individuos, con otras instituciones y con la comunidad. Dado que las internaciones prolongadas generan lo que se denomina institucionalización, lleva tiempo, trabajo clínico y psíquico restablecer elementos de la vida cotidiana. Es necesario contar con experiencias nuevas que brinden la posibilidad de ir construyendo un modo de estar en el vínculo con otros, dado que no es sin el intercambio, el condicionamiento y el reconocimiento de la mirada del otro semejante que el yo se constituye o reconstituye.

Para volver más vivido lo desarrollado hasta el momento, se escoge un relato de experiencia de una trabajadora en prácticas sustitutivas:

> "Hay algunas personas que están alojadas en el hospital (monovalente) desde hace muchos años […]. Por ejemplo, Z. Es una paciente de muchísimos años de hospitalización, desde el '54, desde niña que está internada y se la suele ver tirada en el patio desnuda o semidesnuda. Ella transitaba por los espacios tal cual estaba en el pabellón y no era una posibilidad estar acá (dispositivo sustitutivo) así, dado que había quienes registraban que así no se puede estar. Para poder venir al dispositivo el equipo convocó a un acompañante para que pueda trabajar la cuestión de la vestimenta entre otras".

Entonces, ¿qué valor tiene la mirada del otro, en este caso, institución / acompañante terapéutico y compañeros en la situación de Z? Si la autonomía implica una trabajo psíquico, individual pero también social podemos reflexionar en lo posibilitador del registro del otro para el registro de sí misma y del entorno. Esta apreciación de que "allí no se podía estar de cualquier modo" establece una legalidad construida y compartida que otorga condiciones para habitar no solo el dispositivo sino la sociedad en general y al mismo tiempo posibilita poner a trabajar algo de su lugar

como sujeto y su relación con la producción de autonomía.

El trabajo de quienes acompañan procesos de subjetivación se orienta a posibilitar elecciones para las cuales son fundamentales los interlocutores. Según de los relatos de experiencias clínicas suministradas, no siempre son elecciones donde alguien dice lo que quiere, sino que pueden ser construcciones que prescinden de la enunciación pero sin embargo permite un proceso de trabajo conjunto, a partir de los intereses, necesidades y posibilidades de cada usuario/a, sobre todo los más arrasados subjetivamente por la lógica manicomial como es el caso de Z.

Algunas reflexiones finales

A partir de los fragmentos de entrevistas seleccionados se intenta visualizar contrapuntos, tensiones y reiteraciones discursivas en torno a la noción de autonomía en el terrero de la salud mental. En su conjunto, los relatos establecen un todo coherente que esgrimen su posicionamiento en torno a qué es autonomía desde la mirada de sus trabajadores. De esta forma, se entiende a la autonomía como un término polisémico y en su multiplicidad de sentidos se sitúan preguntas, reflexiones y algunas afirmaciones que se elaboran en el encuentro de la experiencia clínica con el bagaje conceptual del campo y de su época.

Al concluir una trabajadora manifiesta que la pregunta por la autonomía le presenta más inquietudes e interpelaciones que otra cosa. Dichos interrogantes pueden ser un terreno fértil para pensar y construir prácticas creativas y potentes a la hora de pensar la autonomía desde la lógica de lo sustitutivo. Si bien para los actores entrevistados la idea de autonomía no resulta novedosa y, además, posee una acumulación de sentidos que los preexisten, podemos escuchar que prevalecen resignificaciones que los trabajadores van elaborando en sus prácticas.

En los relatos recolectados los dispositivos sustitutivos brindan asistencia a sujetos atravesados por la lógica manicomial y muchos de los elementos que recuperan para pensar la autonomía tienen que ver con acompañar en la restitución de derechos y capacidades a personas que están marcadas por la cronificación, la objetalización, el tutelaje manicomial y paternalista, la infantilización y la vulnerabilidad de derechos en tanto ciudadanos.

En su diferenciación la noción de autonomía se encuentra con lo observable y las construcciones sociales: no es ni el "semblante de ciudadano común", ni la apariencia, lo que se establece como una pista que nos marca el terreno de nuestra especificidad, sino la "clínica como capacidad de escucha"

Siguiendo las coordenadas de Castoriadis (1997), el proyecto de autonomía no se presenta como un estado acabado del ser que se ejecuta en una acción, ni un ideal a alcanzar de una vez y para siempre, sino una elaboración singular que se construye en interacción con el mundo social.

Si bien la autonomía se puede poner a jugar en acciones y gestos que sean observables, no es eso lo que el campo de la salud mental elabora como sus indicadores. La acción, escindida de la implicancia subjetiva o del valor que tiene para cada quien, puede ser una ortopedia pedagógica o un anhelo de normalización y no un proyecto de autonomía. En consonancia, para Manonni (1998), una dirección hacia la autonomía se da a partir de la asunción de la palabra propia y en este sentido la posibilidad de decisión, como expresión de lo singular, tiene un valor subjetivante.

Asimismo, los entrevistados se confrontan con la idealización del concepto, ubicando allí una dificultad. Intentan tomar distancia

del ideal de que alguien autónomo es quien puede hacer solo. Estos ideales no son solo profesionales sino que también se enuncian como expectativas sociales para los usuarios en salud mental.

Es importante destacar, a partir de los relatos de los trabajadores, la fuerte marca de los efectos del manicomio. Si bien resulta insistente el intento de testimoniar la complejidad que reviste la institución total para la producción de autonomía, también se formulan otras situaciones que dificultan el desarrollo de la misma. De este modo, no se circunscribe el déficit en la producción de autonomía al encierro, ya que se manifiestan reproducciones de lógicas manicomiales en otros ámbitos, como son el familiar y el social. Si bien el manicomio es el lugar construido y signado para la cristalización de la lógica manicomial, se expresan con preocupación otras modalidades que reproducen la segregación y aislamiento en la cultura.

Es importante establecer que, al hablar de autonomía, los trabajadores lo hacen desde una acumulación histórica que ubica a lo sustitutivo como un modo de respuesta a los efectos de la lógica manicomial sobre la subjetividad.

La referencia al lazo social se expresa en todas las entrevistas deslizando hacia un sentido específico que adquiere el término para ellos. La autonomía en salud mental dista de la definición corriente que se encuentra en los diccionarios y se constituye a partir de la referencia a un otro, en una operatoria continua y acompañada que abona a los procesos de subjetivación. Se plantea como una operatoria singular que no se circunscribe a determinado tiempo de la vida sino que se va poniendo en juego a partir de experiencias e intercambios con el mundo social.

En conclusión, este trabajo se propone recuperar las resignificaciones y conceptualizaciones que vienen elaborando los trabajadores en torno a la noción de autonomía y posicionarla como un elemento central para las prácticas sustitutivas en salud mental.

Referencias

- Achilli, E. (2010). *Escuela, familia y desigualdad social. Una antropología en tiempos neoliberales*. Rosario: Laborde
- Aulagnier, P. (1980). *El sentido perdido*. Buenos Aires: Trieb. Aulagnier, P. (1993). *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico.* Madrid: Taurus.
- Castoriadis, C. (2008). *Un mundo fragmentado*. Buenos Aires: Altamira.
- Castoriadis, C. (1997). *El imaginario social instituyente*. París: Biblioteca Omegalfa.
- Lewkowicz, I. (2004). *Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez*. Buenos Aires: Paidós.
- Mannoni, M. (1986). *Un saber que no se sabe*. Buenos Aires: Gedisa.
- Mannoni, M. (1998). *Lo que falta en la verdad para ser dicha*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Moliner, M. (1992). *Diccionario del uso del Español*. Madrid: Gredos
- Rockwell, E. (2009). *La experiencia etnográfica*. Buenos Aires: Paidos.

Abordajes de la salud mental en Atención Primaria de la Salud. Aportes desde una práctica de apoyo matricial[1]

Approaches to Mental Health in Primary Health Care. Contributions from a Practice of Matrices Support

Florencia Orpinell[2]

Resumen

Este artículo se propone realizar una lectura respecto a las prácticas matriciales de salud mental en al ámbito de la atención primaria de la salud en la ciudad de Rosario, recuperando información obtenida en una investigación realizada en el período 2016–2017.

Partiendo del análisis y descripción de un dispositivo puntual que realiza este tipo de abordajes nos propusimos conocer acerca del apoyo matricial en el campo de la salud mental en nuestra ciudad y analizar cómo lo matricial nos permite enlazar los abordajes en salud mental de la atención primaria de la salud con diferentes instituciones y organizaciones, fortaleciendo las redes de salud y sus necesarias articulaciones intersectoriales.

Se hallaron diversos modos organizacionales de los equipos que componen el dispositivo, referido– por sus protagonistas – a diseños poco claros en la planificación de este dispositivo como parte de estrategias de políticas en Salud Mental.

Sin embargo, en la heterogeneidad de las prácticas registradas se pudieron hallar puntos de encuentro: 1) Incidir en los modelos de atención institucional promoviendo espacios interdisciplinarios de revisión de estrategias de atención con los equipos de los centros de salud, 2) pensar y promover otras posibilidades de alojar las problemáticas en salud mental abriendo espacios hacia y con la comunidad, 3) la articulación intersectorial y, 4) interrogar las diferencias entre un modelo clínico asistencialista que solo atiende al síntoma desde dispositivos convencionales, reduciendo al sujeto a una práctica biomédica y la atención comunitaria que toma la demanda específica como oportunidad para realizar una lectura poblacional y crear estrategias de abordaje territorial y colectiva apostando a la clínica de la subjetividad y a la salud mental colectiva desde una perspectiva en derechos humanos.

Palabras claves: Apoyo matricial – Atención Primaria de la salud – Salud comunitaria – Sustitución de lógicas manicomiales

[1] El presente artículo fue reescrito sobre la base del Trabajo Final Integrador de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria "Alcances, límites y desafíos de la implementación de la práctica matricial de Salud Mental en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud, en la ciudad de Rosario" del que soy autora y que fue dirigido por la Ps. Ana Cecilia Augsburger.

[2] Especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria. Psicóloga del Dispositivo Territorial de Salud Mental zona sudeste de Rosario. Dirección Provincial de Salud Mental. Ministerio de Salud. Provincia de Santa Fe. Militante en DDHH y Salud Mental. florenciaorpinell@gmail.com

Summary

This article proposes a reading regarding the matrices practices of mental health in the field of primary health care in the city of Rosario. We have recuperated information obtained in a research carried out in the period 2016–2017. Based on the analysis and description of a specific device that performs this type of approaches we try to know about the matrix support in the field of mental health in our city and to analyze how it could allow us to link the mental health approaches of the primary health care with different institutions and organizations, strengthening health networks and their necessary intersectoral linkages. Various organizational modes of the teams that make up the device were found referred –as their protagonists tell us–, to unclear designs in the planning of this device as part of policy strategies in Mental Health. However, in the heterogeneity of the registered practices, it was possible to find meeting points: 1) impact on institutional care models by promoting interdisciplinary spaces for the review of care strategies with the teams of health centres, 2) think about and promote other possibilities to accommodate mental health problems by opening spaces to and with the community, 3) intersectoral coordination and, 4) question the differences between a clinical care model that only deals with the symptom from conventional devices, –reducing the subject to a biomedical practice–, and the community care which, on the contrary, considers the specific demand as an opportunity to carry out a population reading which can create strategies of territorial and collective approach betting on the clinic of subjectivity and collective mental health from a human rights perspective.

Keywords: Matrices practices – Primary Health Care – Mental Health – Organizational modes

Introducción

A partir de este escrito nos proponemos indagar sobre la práctica de apoyo matricial en salud mental que realiza un dispositivo matricial dependiente de la Dirección Provincial de Salud Mental (DPSM) en los centros de salud de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe.

¿Qué es el apoyo matricial? ¿De qué manera se implementa en la ciudad de Rosario? ¿Cuál es la formación que disponen las trabajadoras y los trabajadores de los dispositivos respecto a esta práctica? ¿Cuál es su grado de inclusión dentro de la red de salud? Estos son algunos de los interrogantes que nos han permitido realizar esta investigación en la que se interpretó lo matricial, desde las concepciones elaboradas por las experiencias de la reforma psiquiátrica brasilera; y tomando como referencia las elaboraciones teóricas de Gastón Sousa Campos (2001).

Para definir el apoyo matricial fueron esclarecedores los aportes del artículo *Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental* donde se lo ubica como "un arreglo organizacional que tiene por objetivo proveer soporte técnico especializado a equipos de salud de la atención básica" (Ballarin et al., 2012, p. 768). Desde esta perspectiva y retomando reflexiones de Gastón Sousa Campo (2001), ubicamos que esta modalidad se propone romper con el modelo de asistencia centrado en el médico, como única herramienta de evaluación diagnóstica, incluyendo la construcción interdisciplinaria y la conformación de equipos de referencia. De esta forma, el apoyo matricial, según estos autores:

> estimula la producción de espacios que promuevan, en el interior de las U.B.S (Unidades Básicas de Salud), discusiones y prácticas clínicas que tracen nuevos sentidos para las intervenciones en salud, actualizando modos de cuidar que rompan con la lógica de deriva-

> ción a especialistas, o sea, crear otras posibilidades de atención, más allá de los CAPS y hospitales, diversificando y ampliando las alternativas de acogimiento a las necesidades de usuarios con trastornos mentales (Pena, 2009) (Ballarin et al., 2012, p. 768)

El apoyo matricial es entendido, entonces, como un modelo organizacional que se conforma en equipos dispuestos a complementarse con los equipos de referencia de los centros de salud para trabajar determinados casos o situaciones problemáticas de la población.

> El *apoyador* matricial es un especialista (…) que puede agregar recursos de saber y aún contribuir con intervenciones que aumenten la capacidad de resolver problemas de salud del equipo primariamente responsable por el caso. El apoyo matricial busca construir y activar espacios para la comunicación activa y para la circulación de conocimientos entre profesionales de referencia y apoyadores (Campos, Domitti, 2006, p.1549)

Consideramos de gran relevancia poder abordar y sistematizar esta problemática ya que existen escasas producciones escritas en torno a las prácticas de salud mental en la Atención Primaria de la Salud de dependencia provincial en la ciudad de Rosario. Creemos, además, que quienes trabajamos en la salud pública necesitamos producir registros e investigaciones que den cuentan de nuestras prácticas porque es, quizás, a través de estas elaboraciones que vamos capitalizando las experiencias del campo y, a su vez, vamos comprendiendo mediante la escritura, nuestro propio hacer. Hacer que muchas veces se encuentra interpelado o desorientado cuando se trata de aportar a una salud colectiva, comunitaria, que no se agota en la asistencia directa dentro de un consultorio.

Por otro lado, en el contexto actual se hace necesario pensar y construir nuevas alternativas a la lógica manicomial y medicalizante de tratar con el sufrimiento psíquico cuando emerge y nuevos abordajes para acompañar la locura de la vida cotidiana, impidiendo así que no caiga bajo las lógicas de la segregación, discriminación y encierro.

Ante la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26657 basada en un paradigma de Derechos Humanos, que interpela la supuesta idea de normalidad, y transforma radicalmente los modos de abordaje y cuidado; ante plazos casi vencidos para lograr la sustitución y cierre de las instituciones manicomiales que, en nombre de la salud, vulneran todo tipo de derechos; ante las demoradas aperturas de redes y servicios alternativos que no logran implementarse es impostergable que las y los protagonistas del campo de la salud mental aportemos estrategias y propuestas para lograr una salud mental integral y colectiva, basada en el respeto, la inclusión y el cuidado.

El enfoque metodológico que se implementó en este trabajo se orientó hacia la construcción de un estudio evaluativo; se pesquisaron las valoraciones respecto al análisis de estructuras, procesos, resultados, así como también la participación y visión de los sujetos involucrados en la creación, organización e implementación de intervenciones sanitarias; incluyendo el análisis de contexto y el contenido de las políticas de salud mental. Con el fin de conocer las evaluaciones mencionadas, se adoptó una perspectiva cualitativa permitiendo una mejor comprensión e interpretación de las diversas miradas entrecruzadas que expresan las entrevistadas y los entrevistados. Mediante la realización de entrevistas abiertas a agentes clave del dispositivo investigado, personal directivo de la DPSM; entrevistas grupales a equipos de centros de salud; análisis de documentos y

registros de campo se ha logrado elaborar algunos avances en torno al esclarecimiento de estas prácticas, describir sus diferentes modalidades, así como también obtener las valoraciones que le otorgan a la práctica matricial sus protagonistas y los aciertos o dificultades de su implementación.

Atención Primaria de la Salud y Salud Mental. Encuentros y desencuentros.

Las tensiones y escisiones de estrategias entre quienes planifican las políticas para salud en general y quienes planifican las políticas de salud mental, así como la desarticulación con otros sectores ministeriales han sido y siguen siendo problemáticas cuyos efectos se hacen sentir tanto en la población usuaria de estos servicios como en los relatos de las trabajadoras y los trabajadores o personal directivo a quienes hemos entrevistado.

El primer nivel de atención desde la estrategia de APS, por ser muchas veces el primer lugar donde se reciben problemáticas sociales y subjetivas, ocupa un lugar esencial de contención, elaboración de estrategias y articulación con otras instituciones. Sin embargo, al decir de las trabajadoras entrevistadas y los trabajadores entrevistados cuentan con escasas herramientas para abordar las complejidades de las demandas y para articular con otros servicios que complementen y enriquezcan la atención y respuesta. Así, las derivaciones desde y hacia hospitales generales, las externaciones de monovalentes, las articulaciones con entidades que abordan problemáticas de las infancias o seguridad social como trabajo, vivienda, cultura, discapacidad, sistema judicial, el lazo con dispositivos sustitutivos o con instituciones que alojen situaciones de consumo problemático, se realizan con mucha dificultad. Articulaciones institucionales sostenidas por redes artesanales que las trabajadoras y los trabajadores generan, ligado más bien a lazos de afectividad que a sistemas formales para la referencia y contrareferencia o derivación entre instituciones y servicios.

En nuestra región, la atención primaria para la salud (APS) es una herramienta sanitaria que se desplegó con mucha fuerza hace 30 años, cuando el municipio decidió crear la Dirección de Atención Primaria, como política para el desarrollo del Sistema de Salud de la ciudad; política que, con diferentes características, se venía ya desarrollando en la provincia de Santa Fe. Si bien ha tenido avances y retrocesos según cada gestión de gobierno, se puede destacar que en cada barrio de la ciudad conviven, con más o menos articulación entre sí, centros de salud tanto de dependencia municipal como de dependencia provincial; ofreciendo un sistema de atención de cercanía y gran alcance para la población usuaria del sistema público de salud.

Para el momento de la investigación, la atención primaria de la salud a nivel provincial estaba integrada por 34 centros de salud distribuidos en seis distritos de la ciudad de Rosario. La estructura edilicia y la conformación administrativa de los equipos de cada centro eran muy diversas entre ellas. Edificios nuevos y amplios convivían con viejas casas alquiladas desde la época en que comenzaban a conformarse como vecinales o salitas de primeros auxilios. Sin embargo, en su mayoría se contaba con equipos interdisciplinarios, compuestos por administrativas, administrativos, enfermeras, enfermeros, agentes sanitarios, personal de limpieza, diferentes especialidades médicas y disciplinas como pediatría, ginecología, medicina general, psicología y trabajo social.

Comprendemos la atención primaria de la salud como:

> el eslabón inicial de la cadena de atención, donde se resuelven los problemas de menor dificultad técnica –diagnóstica y terapéutica– y se orientan

> los restantes a los niveles sucesivos de la cadena. Ello implica una red de establecimientos interconectados por claros procedimientos de referencia y transmisión de la información pertinente que ordenan la circulación interna de los pacientes en el sistema; también implica un ordenamiento territorial regionalizado y un comportamiento social que sigue, más o menos disciplinadamente, las normas de ingreso y circulación. El tipo de atención que se presta en esos establecimientos no implica una disminución de la calidad de la atención, por el contrario, debe tener la calidad necesaria para poder realizar la distribución señalada; de lo contrario, puede aumentar el riesgo de errores diagnósticos y terapéuticas extemporáneas. (Testa, 2009, p.162)

Sin embargo, Stolkiner (2011) muestra cómo APS quedó afectada por las políticas económicas desiguales que la desproveyó de recursos y le impidió cumplir sus objetivos.

> En el marco de la crisis y de la deslegitimación de los discursos de reforma promercado de finales del siglo X X, se revitalizó la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Si bien nunca dejó de estar en los enunciados de las políticas gubernamentales, su implementación en los países de América Latina había adquirido formas que la distanciaron de sus objetivos originales. Dentro de sus distintas interpretaciones posibles, tendió a privilegiarse la APS selectivas reduciéndolas a programas focalizados (Stolkiner, 2011, p. 2808)

Estas políticas atentaban contra la accesibilidad (Augsburger et al.,2012) de la salud que es uno de los objetivos más importantes para abordar la salud en general y, sobre todo, para profundizar un proceso de inclusión de las problemáticas en salud mental.

Ante estas barreras de acceso a la salud mental de la población y ante los escasos recursos para la atención y continuidad del cuidado de personas en sufrimiento psíquico fue que años después de la creación de la Dirección Provincial de Salud Mental en 2005, se crearon dos dispositivos matriciales para realizar una apoyatura a la demanda proveniente de los centros de salud de la ciudad: uno para las infancias y otro para población adulta.

Si bien había diferencias entre ellos, ambos se habían diseñado con el objetivo de cumplimentar la Ley Provincial de Salud Mental Nº 10772, años previos a la sanción de la Ley Nacional N° 26656 y con la intensión de fortalecer la salud mental dentro de la atención primaria de la salud; reafirmando la lógica matricial como modalidad de trabajo. La figura de operadores comunitarios y talleristas era característica distintiva de estos dispositivos que ofrecían nuevas modalidades de acercamiento con las usuarias, usuarios y familiares de la salud mental.

En el año 2012 con nuevas autoridades en el Ministerio de Salud y en la Dirección Provincial de Salud Mental, desde el Nodo Rosario (dependencia del Ministerio de salud en la ciudad de Rosario) se propuso hacer una fusión entre los dos dispositivos matriciales aludiendo a una salud integral y a la necesidad de realizar una planificación conjunta para superar las distancias que venían sucediendo entre APS y los dispositivos de Salud Mental. Las autoridades hablaban de integrar *"la isla"* haciendo referencia a la DPSM con el resto de las dependencias ministeriales.

Conforme a los relatos obtenidos en las entrevistas realizadas se destacó que fueron muchas las resistencias en los equipos de APS al momento de abrir las puertas a estos nuevos equipos. Esas resistencias tenían orígenes diversos: o bien el hecho de no ser un recurso

estable del centro de salud, o bien debido a que el ingreso no se había planificado en conjunto con los equipos de atención primaria, sin consultar las demandas y procesos de trabajos de los equipos, o bien porque la lógica matricial no se lograba comprender o, incluso, por cierto temor a que estos equipos externos se volvieran un mecanismo de control de las prácticas en salud mental de los equipos de salud.

A su vez, los equipos del dispositivo matricial relataban cierta desconexión entre los trabajadores y sus coordinaciones, un desconocimiento de los equipos de cada zona respecto a las prácticas y composición de los otros equipos; así como también se apreciaba un repetitivo relato de malestar hacia los equipos de APS por "no comprender la función del dispositivo", por "rechazar las situaciones de salud mental", porque "solo demandan a psiquiatras y a la medicación" o porque no quedaba clara la función de las psicólogas y los psicólogos".

Y así, entre encuentros y desencuentros del dispositivo de apoyo matricial y los centros de salud se fueron tejiendo los relatos de las personas entrevistadas para esta investigación. Esos relatos insisten en expresar preocupación por la escasa planificación conjunta entre el campo de la salud mental, los proyectos y planes que necesita para cumplimentar la Ley y los diferentes niveles de atención en salud que parecieran desentenderse de la elaboración estratégica integral que se requiere.

Acerca del Dispositivo matricial

Hasta el momento de la investigación, este el dispositivo estaba conformado por cinco equipos compuestos, cada uno por psicólogas/os, psiquiatras, enfermeras/os, talleristas y operadoras/es comunitarios; distribuidos en cinco distritos de la ciudad con la tarea de abordar situaciones de alta complejidad subjetiva, derivadas de los centros de salud provinciales de sus respectivas zonas.

Se observó que los equipos interdisciplinarios mostraban diversa constitución tanto en la cantidad de integrantes como en las disciplinas y funciones de cada uno; sin justificaciones, ni información respecto de los criterios con que se armó y definió cada equipo, en términos de características institucionales, mayores demandas de salud de las poblaciones o criterios de planificación en salud mental. Las variables cantidad de trabajadores y funciones dieron como resultado equipos heterogéneos, tanto en su conformación como en sus modalidades de trabajo[3].

Las coordinaciones han variado reiteradas veces sin lograr establecer una dinámica con los equipos. Tal como fue reiterado en todas las entrevistas individuales realizadas a los integrantes del dispositivo*: "es una coordinación que está más en un lugar de paridad y muchas veces, si uno no resuelve algo, nadie lo resuelve, no es posible agendar situaciones".* A su vez, se destacaba la falta de acompañamiento de parte de directivos, la poca formación para trabajar de manera comunitaria y hacerles lugar a las prácticas matriciales, la insistente pregunta por las funciones y tareas de psicología, operadores comunitarios y talleristas que no quedaban claras; o el malestar por la sola demanda de los centros de salud a las y los psiquiatras del dispositivo.

Estas tensiones no encontraron algún espacio de puesta en común ya que desde la conformación del dispositivo las propuestas de encuentro de parte de la coordinación han

[3] Es importante destacar que en la actualidad esta característica se ha profundizado, conforme lo relevado en contactos con trabajadoras y trabajadores del dispositivo. Se brindó de ejemplo la desproporción entre las cargas horarias y la cantidad de efectores entre dos equipos del mismo dispositivo donde un equipo cuenta con una psicóloga y un psiquiatra para siete centros de salud de referencia mientras otro equipo de otra zona tiene dos psicólogas y tres psiquiatras para cinco centros de salud.

sido muy pocas y las convocatorias realizadas por algunas trabajadoras y trabajadores por no lograr contar con la participación e interés de todos los equipos, fallidas.

En la entrevista realizada a una autoridad de la DPSM se observa que no se halla establecida una dinámica de reuniones o articulación entre los diferentes dispositivos o coordinadores:

> *La verdad que lo veníamos haciendo, pero ahora hace un tiempo atrás no lo venimos haciendo, pero la idea que todos los que estamos en este otro nivel nos reunamos y podamos discutir lo que está pasando. De todas maneras, yo me reúno constantemente con cada uno. (…) Al estar yo acá tengo contacto con todos ellos; y eso hizo poder tener una visión global de lo que está sucediendo en todos los dispositivos. (entrevista realizada como parte de la investigación[4]).*

Estas expresiones podrían dar cuenta de una lógica de trabajo que no prevé espacios para el diseño o planificación de las políticas según análisis de datos o relevamiento de problemáticas. Pareciera no contar con alguna formalidad, sino, más bien, con la lógica de lo espontáneo, donde todo recae sobre la figura de estas autoridades.

Resulta relevante destacar que ningún entrevistado o entrevistada nombra al dispositivo de la misma manera y que si bien se elaboró un documento con los lineamientos básicos del dispositivo no ha aparecido en los relatos como fundamento para las prácticas. Diferentes versiones del documento, pocas reuniones para su revisión o el enojo de parte de las psicólogas y psicólogos de los centros de salud por no haber sido consultados en la elaboración y diseño de estos dispositivos fueron algunas respuestas que se pudieron estimar.

En el documento elaborado en 2012 se encuentra una definición precisa del dispositivo, que encuadra su metodología de trabajo dentro de las políticas sustitutivas al manicomio. Asimismo, es suficientemente clara la delimitación de las tareas de cada integrante del equipo y se destaca el acompañamiento a los equipos de centros de salud en el enlace con otras instituciones, la construcción de diagnósticos clínicos, o comunitarios, consultorios conjuntos, visitas domiciliarias, coordinación de espacios grupales y comunitarios, construcción de espacios de retrabajo clínico, y promoción de la salud como las más representativas de una práctica matricial. También pueden observarse las responsabilidades de la coordinación, cuyas tareas primordiales son la operativización de reuniones de retrabajo y acompañamiento con los equipos, la producción de intercambios y articulaciones con otras instituciones, la generación de espacios de encuentro para la formación de los trabajadores.

Conforme al análisis de diferentes versiones del documento constitucional del dispositivo, se puede observar un corrimiento y posterior borradura de lo matricial como forma de identificar las prácticas del dispositivo. En la entrevista realizada, el personal directivo de salud mental argumentó que se fue sacando el concepto de lo matricial porque *"era muy difícil de explicar y generaba confusión entre los trabajadores"*. Sin embargo, en la mayoría de las entrevistas apareció el concepto de *apoyo matricial* como definición primordial que hacen de estos equipos y como práctica innovadora por la cual requieren formación específica.

Es llamativa la distancia –que se reitera en todas las entrevistas– entre la formalidad de la letra de los documentos normativos del dispositivo y las valoraciones que realizan sus trabajadoras y trabajadores respecto a la ausencia de lineamientos, direcciones claras

[4] Excepto que se aclare lo contrario, todos los fragmentos de este artículo en cursiva y con una letra menor corresponden a fragmentos de entrevistas realizadas a los fines de la investigación que aquí se presenta.

y acompañamientos de políticas de gestión para facilitar el acceso a la salud mental territorial.

Ensayos hacia una práctica de apoyo matricial

En torno a las prácticas del Dispositivo matricial en el ámbito de la APS, se observa que con el tiempo cada equipo fue construyendo en su centro de salud alguna modalidad particular de trabajo, con diferentes dinámicas, prioridades, construcciones y dificultades.

Una tensión desplegada en torno al apoyo matricial aparece en la confrontación entre las prácticas de atención directa y las prácticas sin atención directa. Las primeras son pensadas como la atención de especialistas (por ejemplo, la asistencia de psiquiatría, recurso que no tienen los equipos de APS) mientras que las prácticas sin atención directa a la población están más bien identificadas con las reuniones por casos y elaboración de estrategias conjuntas a los equipos de referencia. Ambas modalidades aparecen tensionadas en las definiciones respecto al apoyo matricial que han elaborado las entrevistadas y los entrevistados, como si se tratara de una u otra y no pudieran articularse. Sin embargo, esta tensión se expresa y se pone en acto en las prácticas matriciales, incluso conviven dentro de un mismo equipo.

Se podría observar en estas dinámicas organizacionales cómo aparecen en un mismo equipo dos lógicas paralelas. Por un lado, los circuitos quincenales de rotación que tienen las y los psiquiatras, destinados a asistir las listas de pacientes de cada centro de salud; y, por el otro, la dinámica del resto del equipo destinada al armado de reuniones interdisciplinarias para la elaboración de estrategias clínicas de situaciones de complejidad subjetiva, la recepción de un pedido de intervención, –aunque esté dirigido a psiquiatría– o, en otros casos, para sostener espacios semanales de retrabajo clínico[5] y espacios comunitarios. Estas tareas parecen no lograr contar con la presencia de psiquiatras por dedicar la mayoría de sus horas al trabajo en consultorio.

Otra tensión se encontró respecto a las prácticas de las y los psiquiatras en APS. Si va pocas horas, si tiene demasiados centros de salud a su cargo, si es accesible o difícil de lograr *una reunioncita* –expresión dicha entre risas en referencia al anhelo de un tiempo que costaba hacerse, cada vez que se cruzaban con el psiquiatra de su zona.

En torno a esto un personal directivo expresó:

> *Cada centro de salud quiere tener un psiquiatra, pero no es lo que la DPSM piensa lo que se debe hacer, porque estamos tratando de readecuar los monovalentes, estamos en una lógica de trabajo donde la persona esté lo más cerca de su casa posible, que pueda ser incluido dentro de la sociedad, dentro de la comunidad. Si ponemos un psiquiatra como un servicio de salud mental dentro de un centro de salud vamos con una lógica que va en contra pelo de lo que nosotros pensamos.*

Sin embargo, la mirada de las y los psiquiatras del dispositivo parece disentir con esta lectura:

> *En el caso general de los psiquiatras, somos los que menos horas tenemos. Entonces, yo siento que esto me termina confinando al consultorio, y que no tengo otro tiempo para hacer esto que digo necesario, para poder trabajar de otro modo, que implicaría poder reunirme más, trabajar con los equipos, trabajar con otras instituciones. O sea, más allá de lo*

[5] Las entrevistadas y los entrevistados utilizan esta expresión para nombrar las reuniones con los equipos de referencia de usuarias y usuarios de la salud en las cuales se piensan y revisan los proyectos terapéuticos.

asistencial, de consultorio directo al paciente, tener la posibilidad de trabajar en la estrategia clínica y poder incidir, también, sobre esas estrategias, que, bueno, es difícil por la carga horaria. Muchas veces la respuesta que dan nuestros directivos en relación a la hora de los psiquiatras tiene que ver con que se piensa que más horas del psiquiatra es hegemonizar una práctica o manicomializar y para mi es justamente todo lo contrario. Menos horas implica que me quede totalmente por momentos automatizada a la práctica de consultorio y no tenga otro tiempo para pensar.

Esta tensión expresada en la última cita se reitera en los trabajadores de los centros de salud quienes comentan que priorizan la demanda de la especialidad de psiquiatría a la hora de convocar al dispositivo porque es un saber específico que no tienen las médicas y los médicos generalistas, justificándose en el desconocimiento de otras disciplinas para abordar las problemáticas subjetivas o desde la incomodidad institucional que produce el tener que derivar a psiquiatras de los hospitales, ya sea por la poca disponibilidad de turnos o la insuficiente articulación y seguimiento clínico de pacientes entre los dos niveles de atención.

Así, cada 15 días, los centros de salud provinciales cuentan con una imagen que se reitera: salas de espera con *"los pacientes de salud mental"* o pacientes cuya "propiedad" –como si se tratara con objetos o cosas– está asignada al apellido del o la psiquiatra de referencia, para su control y tratamiento.

El debate circula en torno a la pregunta: "¿De quién es el paciente?". Pacientes de psiquiatría o pacientes de salud mental aparecen en las nominaciones de los equipos de APS. El intento de armarle un equipo interdisciplinario de referencia a cada persona que consulta por salud mental aparece como uno de los desafíos más nombrados por las y los integrantes del dispositivo.

Algunas conceptualizaciones teóricas pueden ser esclarecedoras en este momento. El apoyo matricial es pensando como espacio para la construcción de un proyecto terapéutico integrado entre equipo de referencia y *apoyadores*. Puede desarrollarse en tres planos fundamentales:

> a) Atenciones e intervenciones conjuntas entre el especialista matricial y algunos profesionales del equipo de referencia; b) en situaciones que exijan atención específica al núcleo de saber del apoyador, este puede programar para sí aún una serie de atenciones o de intervenciones especializadas, manteniendo contacto con el equipo de referencia, que no se descomprometería con el caso, al contrario, buscaría redefinir un patrón de seguimiento complementario y compatible al cuidado ofertado por el apoyador directamente al paciente, o a la familia o a la comunidad; c) es posible aunque el apoyo se restrinja al cambio de conocimiento y de orientaciones entre equipo y apoyador; diálogo sobre alteraciones en la evaluación del caso y aún reorientación de conductas antes adoptadas, permaneciendo, pero, el caso bajo cuidado del equipo de referencia (Campos, Domitti, 2006, p.1549)

Esa dinámica, expresada en encuentros periódicos, se presta tanto para ordenar la relación entre los niveles jerárquicos del sistema cuanto para facilitar la comunicación e integración de equipos de salud de la familia y especialistas, o aún entre distintas especialidades y profesiones de salud que trabajen en un mismo servicio, hospital o centro de atención.

En la investigación se analizó que ante una situación de complejidad subjetiva el dispositivo podía responder desde dos lógicas observadas. Una identificada más bien a los mode-

los clásicos de atención biomédica; otra que busca respuestas desde la clínica de la subjetividad, apuesta a estrategias interdisciplinarias, intersectoriales y comunitarias de abordajes para incidir en los arreglos institucionales a fin de alojar las problemáticas en salud mental.

La primera es una lógica que repite ciertos circuitos médico–hegemónicos de atención, ofreciendo evaluación psiquiátrica ante la consulta del equipo de APS. Aquí las psicólogas y los psicólogos del dispositivo y operadoras y operadores aparecen como acompañantes o auxiliares de psiquiatría: escuchan la demanda, facilitan la llegada y accesibilidad de medicación, realizan consultorio conjunto con psiquiatras bajo el argumento de *estar al tanto* de los pacientes que consultan por psiquiatría para que no sean solo *los pacientes de psiquiatría*. Esta práctica es leída por los equipos de APS de modo crítico, por la generalización de esta modalidad, sin miramientos a las singularidades. Explican que muchas veces las usuarias y los usuarios ya cuentan con un espacio de psicología y son *nuevamente sometidos a una escucha psi, sin ser parte de la estrategia singular, generando confusión de los roles y tareas de cada actor*. Una psicóloga de un centro de salud agrega:

> *A mi gusto termina siendo una práctica completamente manicomial, porque en definitiva lo único que importa que esté es el psiquiatra y lo único que el equipo pide sí o sí es el psiquiatra… Los otros parecieran ser como una especie de mampostería de adorno que están o no están y no hay mucha diferencia*

La permanente derivación a psiquiatría, las largas listas de pacientes, la sola demanda al psicofármaco como modo de contener y abordar las problemáticas de salud mental y las respuestas desde los dispositivos clásico como el consultorio y la dupla psiquiatría–psicología sigue operando hegemónicamente en los servicios de salud. APS no parece estar exenta de eso.

En los equipos con estos modelos de atención pareciera identificarse la práctica de apoyo matricial al tratamiento de pacientes cuya complejidad subjetiva requiere la indicación de psicofármacos. El equipo realiza la evaluación y seguimiento de estos pacientes. Pareciera a su vez abordarse la salud mental centrando la atención en la supresión sintomática del consultante y el tratamiento individual.

Lo matricial aparece aquí como *estar al llamado* de los equipos de los centros de salud cuando crean necesaria la intervención del equipo especializado en salud mental; para lo cual crearán alguna dinámica de trabajo específica según lo requiera el caso. Se describen, por ejemplo, visitas a los hogares, evaluaciones en consultorio, reuniones con los equipos o articulación con otras instituciones. La pregunta y desconocimiento en torno al lugar y función de psicología y operadores comunitarios fue recurrente.

Se contrapone a este modelo otras formas de abordajes que fueron relevadas en la investigación, donde se buscan otras formas de respuesta que contemplen la lectura social y comunitaria de las problemáticas en salud mental.

Algunos equipos del dispositivo matricial construyeron otras dinámicas de trabajo junto a los equipos de APS corriendo del centro de la escena a la figura del o la psiquiatra e instalando en cada centro de salud algún dispositivo de abordaje según las características poblacionales y las necesidades evaluadas en conjunto por las instituciones de referencia. La presencia de estos equipos en los centros de salud no es al llamado sino periódica.

Las reuniones regulares interdisciplinarias de situaciones complejas aparecen como la condición de trabajo en cada centro de salud a los que acude el dispositivo matricial, proponiendo estrategias concretas para esa situación específica. Según la propia descripción de los equipos, sus tareas pueden abarcar

desde efectuar reuniones con los equipos de los centros de salud, promover y coordinar reuniones con otras instituciones u organismos, acompañar la gestión de acompañamientos terapéuticos y retrabajar, junto a cada acompañante, el material clínico; promover y participar de espacios grupales y artísticos; realizar visitas, llamados y asistencia en consultorio en situaciones donde se evalúe necesario sumar este recurso. Psiquiatría forma parte de estas reuniones interdisciplinarias acompañando con formación y escucha a otras disciplinas.

Según se relata en una entrevista, el sostenimiento de estos espacios nombrados como *reuniones de situaciones*

> *permite no solo el desarrollo de tareas para avanzar con la resolución de alguna de las situaciones planteadas, sino que, también, permite una oportunidad para acompañar a los trabajadores a reflexionar sobre sus modos de respuestas, sus implicancias o resistencias con determinados pacientes, así como también permite realizar preguntas para elaborar respuestas colectivas y comunitarias ante las problemáticas más recurrentes*

Las reuniones de seguimiento de casos y revisión de estrategias con cierta frecuencia es una condición necesaria a la hora de abordar un caso al modo matricial y es una manera de continuar promoviendo la referencia y responsabilidad compartidas.

La asistencia directa en consultorio de las psicólogas y los psicólogos o de psiquiatría se decide en estas reuniones destinadas a pensar las estrategias territoriales y proyectos clínicos. Sin embargo, el abordaje no se reduce a la atención en consultorio, sino que se despliegan espacios poniendo a disposición los recursos artísticos y populares de las y los talleristas y operadoras y operadores de los equipos e integrando a la población con las trabajadoras y los trabajadores de los centros de salud.

Ofrecer espacios grupales de abordaje y en la comunidad ante una demanda de atención individual suele ser una modalidad recurrente de estos equipos. Talleres de murgas en escuelas o en las puertas de un centro de salud, talleres de nutrición y comida saludable, caminatas, yoga, ensamble de tambores, espacio de adolescentes en las plazas o fútbol son algunas de las propuestas comunitarias llevadas adelante por el dispositivo. Para ello, se apuntalan de las herramientas lúdicas de las y los talleristas y convocando a médicas, médicos, psicólogas, psicólogos, trabajadoras y trabajadores sociales, administrativas, administrativos y enfermeras o enfermeros del centro de salud para el retrabajo clínico y sostenimiento. El hecho de ser propuestas diseñadas y sostenidas sobre todo por los equipos matriciales genera cierta continuidad en las prácticas grupales que los mismos equipos de APS admiten no lograr debido a la sobrecarga de demanda de atención.

Si bien en algunos equipos las intervenciones se agotan en el clásico dispositivo de consultorio mientras que en otros se elaboran respuestas que incluyen la comunidad; el apoyo matricial está siempre como horizonte de sus prácticas. La promoción de reuniones con los equipos de referencia para transmisión de las situaciones complejas que se quieren derivar y el modelo organizacional común en el cual los integrantes del dispositivo no son quienes realizan la primera escucha o demanda de atención de la población; permite comenzar el abordaje por el retrabajo clínico e intercambio junto a estos equipos de atención primaria. Este tiempo para pensar, para ordenar la complejidad, apareció en las entrevistas como una forma de práctica que habilita otras clínicas y como ocasión para la formación.

En la mayoría de las entrevistas, este tiempo para pensar ha aparecido como aquello que falta en el hacer cotidiano, un hacer arrasado por la acción, el resolver desde lo inmediato, con poco espacio a alguna pausa que

permita la revisión de ese hacer y la ideación de nuevas estrategias.

Quizás estos espacios para pensar sean representados en APS como un ideal difícil de alcanzar y promoverlos y sostenerlos se trate de una tarea de equipos que no estén en la asistencia directa, como forma de construcción de la clínica ampliada.

Estos espacios, además, se vuelven ricos como ocasión para discutir sobre modelos de organización de la demanda, reflexionar el tipo de respuesta y contacto con la población, realizar análisis situacionales de las problemáticas más emergentes para pensar estrategias institucionales y comunitarias como modo de abordarlas. Así, la tarea de estos dispositivos se convierta, tal vez, en una práctica tanto clínica, como institucional y comunitaria.

Reflexiones finales. Lo matricial como hilo que enlaza

La pregunta acerca de lo matricial, sus modalidades de implementación y lineamientos ha ido a apareciendo a lo largo de toda la investigación, como una llave que permitía pensar en esas otras prácticas de cuidado necesarias de desplegar en el campo de la salud mental.

Si bien se relevaron en los equipos del dispositivo diferentes experiencias de abordaje –algunas más ligadas a los modelos clásicos y otras en la búsqueda de nuevas prácticas–, lo matricial aparecía con insistencia en cada relato como ideal de una práctica a lograr, como propuesta que invitaba a transformar los modos de alojamiento de la locura y el sufrimiento subjetivo en los espacios públicos de salud.

Es posible analizar que estos equipos, con la pretensión de resistir las prácticas de encierro y manicomialización de la locura, buscasen la creación de diferentes espacios para problematizar las situaciones de mayor complejidad subjetiva presentadas como demandas de atención a los equipos de APS. Buscaban alojar de manera interdisciplinaria e intersectorial, a la vez que se proponían diversas experiencias grupales poniendo el arte o herramientas del saber popular como vehículos para enlazar–nos a la población, visibilizar sus problemáticas y la creación conjunta de estrategias colectivas para su elaboración. Estos equipos, tejiendo lazos, buscaban oficiar de enlace entre las diferentes instituciones, organizaciones y dimensiones que hacen al campo de la salud mental.

Como se observó, cada centro de salud tenía perfiles diferenciales claramente identificables en cuanto a los procesos de atención, a las modalidades de ordenamiento interno, a la accesibilidad de la población, a los arreglos organizacionales, a los modelos para responder a la demanda o en la relación con la comunidad.

La heterogeneidad en los centros de salud invita quizás, a que los apoyos matriciales adquieran características diferenciales en cada uno y a que las propuestas o modalidades de trabajo de estos dispositivos varíen según los diferentes procesos de trabajo que construye cada institución. Se hace pertinente preguntarse entonces, si no es esto un aspecto a tener en cuenta al momento de pesar el diseño y la planificación de estos equipos matriciales.

Sin embargo, en cada entrevista apareció con claridad la ausencia de datos epidemiológicos respecto a las poblaciones con quienes trabajan estos dispositivos, un desconocimiento de las prácticas e intervenciones que se realizan y una distribución arbitraria y desorganizada de los recursos sanitarios; elementos que nos llevan a preguntarnos cómo se piensa la planificación en salud mental en la provincia de Santa Fe cuando no se cuenta con datos concretos de las poblaciones y sus problemáticas más emergentes, ni datos institucionales que permitan realizar una lectura en torno a las modalidades de atención de la demanda, los aciertos, dificultades y desafíos

a superar.

Rosana Onocko (2007) habla de "la planificación en el laberinto", metáfora más que pertinente para pensar las dificultades que atraviesa la planificación en salud cuando sus directrices son construidas al margen de las lecturas poblacionales y de las construcciones que realizan las trabajadoras y los trabajadores. Las gestiones parecen perderse en los requisitos burocráticos, en la tarea de ser "el guardián del minotauro" (p.135) es decir, que lejos de innovar, se dedican a cuidar ciertas estructuras cristalizadas, tratándose de planificaciones de escritorios y sin estudios específicos de las problemáticas que necesitan transformar.

El trabajo de relevamiento de las problemáticas en salud mental más emergentes, las resoluciones que se le solicitan tanto al sistema público de salud como a otros sectores ministeriales, la creación de estrategias atentas a dar respuestas a los datos relevados y la asignación de presupuestos concretos para el diseño de una red sustitutiva parecieran ser horizontes claros para las trabajadoras y los trabajadores de la salud pero que no logran tomar fuerza en las agendas políticas de Estado.

En torno a estas reflexiones, resulta apropiado citar la investigación realizada en Argentina por el CELS (2015) donde se problematizan las deficientes políticas implementadas para generar un proceso de sustitución manicomial, ubicando que gran parte del presupuesto asignado a las políticas de salud mental siguen centradas en las instituciones psiquiátricas y en los psicofármacos.

> En todas las jurisdicciones siguen siendo escasos los dispositivos de salud mental centrados en la comunidad (casas de convivencia, casas de medio camino, hospitales de día, hospital de noche y centros de día) y con carácter móvil para la atención en domicilio. Hasta ahora los dispositivos existentes son básicamente los mismos que existían antes de la LNSM, y sólo algunos han recibido refuerzos presupuestarios y en su planta de recursos humanos. Un dato llamativo es que la mayoría de esos dispositivos siguen dependiendo financiera e institucionalmente de los hospitales psiquiátricos (p 46)

Las políticas en nuestra provincia no parecen estar ajenas a los estudios arrojados por esta investigación. El plan hacia lo sustitutivo no aparece. Algunas experiencias aisladas, desarticuladas entre sí, con bajo presupuesto y con escasa planificación intentan producir alternativas, pero, mientras tanto, lo manicomial resiste y la vulneración de derechos que este modelo implica, también.

Pensando en el sistema de salud, Gastón W. de Sousa Campos (2001) propone dispositivos que produzcan otra cultura y otras líneas de subjetivación, en detrimento de las estructuras inductoras de corporativismo y alienación, donde se piensa al usuario de salud como un consumidor o un sujeto pasible de soportar el intervencionismo de la medicina hegemónica. Dispositivo se entiende aquí como máquina para hacer ver y hacer hablar (Deleuze,1990), como un "encuadre de trabajo" (Minnicelli, 2008), un artificio; una herramienta en permanente construcción, crítica, reflexiva y atenta a las circunstancias o contextos clínicos, políticos e institucionales en donde se desarrolla.

En este sentido, el apoyo matricial es una propuesta que interpela los modos clásicos de asistencia, centrados en la mirada biomédica, o de consultorio cerrado; que recupera voces y experiencias comunitarias, que interpela modelos de atención y propone prácticas instituyentes, que devuelve subjetividad a la clínica del cuidado, respetando diversidades y promoviendo autonomía. Se pretende que auxilie al equipo de referencia en la formulación, reformulación, ejecución de un proyecto te-

rapéutico singular para un sujeto individual o colectivo que necesita una intervención en salud. A su vez se espera que el equipo de apoyo matricial favorezca la creación de espacios de discusión sobre las relaciones institucionales, apuntando a crear o transformar ciertas dinámicas a la hora de abordar el malestar social y subjetivo.

Podría reiterarse entonces, que los dispositivos matriciales investigados son capaces de operar tanto en el plano de lo clínico como de lo institucional y comunitario, oficiando como hilo que se despliega entre el afuera y el adentro de las instituciones de salud, enlazando y tejiendo redes entre las diferentes dimensiones que hace al campo de la salud mental. Permiten, así, dar pasos hacia la creación de redes sustitutivas para lograr el cierre de los manicomios y superar sus lógicas.

Referencias

- Amarante, P. (2006). *Locos por la vida Trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*. Buenos Aires: Asociación Madres de Plaza de Mayo.
- Ballarin, M.; Blanes, L; Ferigato, Sh. (2012). Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. En Interface– Comunicação, Saúde, Educação, vol16, N42. Pp. 767–778
- Bleichmar, S. (2001). "Efectos de un pensamiento crítico en la práctica y la teoría" En *Revista La Oreja, psicoanálisis y pensamiento crítico*. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario. Disponible en enhttps://es.scribd.com/document/67285283/Efectos–de–un–pensamiento–critico–en–la–practica–y–la–teoria
- Campos, G. (2001). *Gestión en Salud*. Buenos Aires: Lugar.
- (2002) Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família. Disponible en https://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/Reflex%C3%B5es–Sobre–a–Cl%C3%ADnica–Ampliada–Em/64732756.html
- (2007) "Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?". En *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2). Pp.301–306.
- y Domitti, AC. (2006). "Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde". En *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(X). Pp. 1547–1555.
- Castro, C. y Oliveira, M. (2016). "Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde". En *Ciencia & saúde Colectiva*, 21 (5). Pp.1625–1636.
- Centro de Estudios Legales y Sociales (2015). Informe anual: *Cruzar el muro: desafíos y propuestas para la externación del manicomio*. disponible en http://www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro/
- DECLARACION DE ALMA–ATA (1978) Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma–Ata, URSS.
- Faraone, S. y Valero, A. (comps.) (2013). *Dilemas en Salud Mental. Sustitución de las lógicas manicomiales*. Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo.
- Galende, E. (2008). "Desmanicomialización institucional y subjetiva". En *Psicoanálisis*. vol. XXX–Nº2/3. Pp.395–427.
- Gerlero, S., Augsburger, A. C., Yanco, D., y Duarte, A. P. (2011). "Salud Mental y Atención Primaria, accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud". En *Argent Salud Pública*, vol 2. Pp 24–29
- Laurell, A. C. (2010). Revisando las politicas y discursos en salud en América Latina. Revista Medicina Social. Vol. 5, Numero 1. (www.medicinasocial.info)
- Merhy Ee, F. L. (2012). Contribuciones

metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. SALUD COLECTIVA, 8(1):25–34.

- Onocko, R (1999) La clínica ese método olvidado por la salud pública. (Mimeo)
- (2007) *La planificación en el laberinto: un viaje hermenéutico*. Buenos Aires: Lugar.
- Ministerio de salud de la nacion (2013). Plan nacional de salud mental. Disponible en http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info–equipos/pdf/2013–10–29_plannacional–salud–mental.pdf
- Silveira, E. (2012). "Práticas que integram a saúde mental á saúde pública: o apoio matricial e a interconsulta". En *Ciencia & saúde Colectiva*, 17(9). Pp. 2377–2386.
- Stolkiner, A.; Comes, y; Garbus, P (2011). "Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina". En *Ciencia & saúde Colectiva*, 16 (6). Pp. 2807–2816.
- y Ardila Gomez, S. (2012) "Conceptualizando la Salud Mental en las practicas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas". En *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*. vol XXIII}. Pp. 57–67
- y Solitario, R. (2007) "Atención Primaria de Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías." En Maceira, D. (comp). *Atención Primaria en Salud–Enfoques interdisciplinarios*. Pp. 121–146. Buenos Aires: Paidos.
- Testa, M. (2009). Pensar en salud. Buenos Aires: Lugar.
- (1985). "Atención Primaria o atención primitiva". En *Cuadernos médicos–sociales*, Nº34: Rosario. Pp. 7–21.
- Ulloa, F. (1995). *Novela Clínica Psicoanalítica. Historial de una práctica*. Buenos Aires: Paidós.

Un equipo en juego, con toda la mar detrás. Procesos de trabajo y producción de Salud Mental[1]

A team at stake, with the whole sea behind them. Work Processes and Production of Mental Health

Elisa Bellezze[2]

Resumen

El artículo aborda los procesos de trabajo del equipo interdisciplinario e interinstitucional de Puente de Tierra, una experiencia territorial de juego con niños, niñas y jóvenes en contextos de pobreza de la ciudad de Rosario. Se describe el dispositivo lúdico y su inscripción/tensión respecto a la política pública. Luego, se reconstruye el proceso de trabajo durante el período estudiado, ordenando la información en torno a cuatro aspectos relevantes. Además, se articulan conceptualizaciones que dimensionan, por un lado, las dificultades de la práctica, y por otro, los recursos y herramientas clínicas con las que se cuenta para afrontarlas. El equipo en juego implica un entramado colectivo vinculado con la producción de salud mental, donde es central la dimensión per–elaborativa, creativa y de pensamiento crítico. Finalmente se esbozan reflexiones y nuevos interrogantes.

Palabras clave: Experiencia – Trabajo – Juego – Equipo – Salud mental – Crueldad – Ternura

Summary

The article discusses the working processes of the interdisciplinary and the inter–institutional team Puente de Tierra, a territorial experience of play with children and young people in contexts of poverty in the city of Rosario. It describes the playful device and its registration/tension with respect to public policy. Then, the work process is reconstructed during the period studied, ordering the information around four relevant aspects. In addition, conceptualizations are articulated: on the one hand, the difficulties of the practice, and on the other, the clinical resources and tools that are available to face them. The team at stake involves a collective network linked to the production of mental health, where the

[1] El presente artículo fue escrito sobre la base del Trabajo Final Integrador (TIF) de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica Institucional y Comunitaria (UNR). "Con toda la mar detrás. Procesos de trabajo de un equipo interdisciplinario e interinstitucional y experiencia territorial de juego con niños, niñas y jóvenes en contextos de pobreza" del que soy autora y que fue dirigido por Lic. Marta Basile, directora de la experiencia *Barriletes en Bandada* (Neuquén, Argentina).

[2] Psicóloga, Profesora de Psicología, Especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria. UNR. Trabaja en consultorio particular y en el ámbito público. Actualmente se desempeña como Psicóloga en el centro de salud provincial n°3, 7 de septiembre, y como Acompañante Terapéutica de la Dirección de Salud Mental de la Provincia de Santa Fe. Desde su paso por la Universidad es militante del proyecto colectivo Vamos Patria Grande. Feminista y activista por los derechos humanos, de las infancias y juventudes y de los/as trabajadores/as. elisabellezze@yahoo.com.ar

per–elaborative, creative and critical–thinking dimension is central. Finally, reflections and new questions are outlined.
Keywords: Experience – Work–Team – Game – Mental Health – Cruelty – Tenderness

Introducción

Reflexionar sobre la práctica, sistematizar experiencias y teorizar lo hecho, son tareas que no siempre logran tomar cuerpo en el devenir cotidiano que transcurre en instituciones públicas. Valorizar los relatos, registrarlos y ponerlos a circular es uno de los motivos de esta escritura.

Este artículo plasma un recorrido que analiza los procesos de trabajo de un equipo interdisciplinario e interinstitucional en una experiencia territorial de juego con niños, niñas y jóvenes en contextos de pobreza.[3] El dispositivo lúdico Puente de Tierra comienza en el año 2009 y tiene un desarrollo de diez años, hasta su cese en 2018.

A los fines prácticos de la conceptualización se hace uso de una abstracción para referir al equipo en tercera persona; sin embargo, la autora se constituye como actor de la experiencia, por haber participado en dicho equipo durante la Residencia de Posgrado realizada desde octubre 2012 a diciembre 2014 en un centro de salud de la ciudad de Rosario. El estudio llevado a cabo se circunscribe a dicho período.

Aquí se refleja sintéticamente dicho estudio que instala la propia mirada hacia el equipo del que se formó parte. Ese mirar lo que hacemos, lo que somos, y el cómo nos sostenemos y sostenemos el trabajo en contextos de dificultad supone un movimiento reflexivo propio de la producción de pensamiento crítico. Así, se explicita la lógica del proceso vivido y se estudian los factores intervinientes en dicho proceso. La sistematización de experiencias, según Jara Holliday (2012), es un ejercicio de producción de conocimiento crítico vinculado a los dilemas de una práctica social y a los saberes que ella produce y tiene el propósito general de conocer la realidad para transformarla. Pensarnos como sujetos de las prácticas no solo da sentido a las mismas, sino también nos resguarda del arrasamiento (de las consecuencias trágicas) que produce la crueldad de los territorios que habitamos.

El trabajo en instituciones públicas que desarrollan sus prácticas en contexto de pobreza y territorios signados por la violencia y el desamparo, confronta al equipo que se estudia con el gran dilema de asistir al escándalo de la miseria, en palabras de Ulloa (1995). Y, sin embargo, Jugar junto a niños, niñas y jóvenes en estas condiciones, y a pesar de ellas, es el desafío cotidiano, y el saber que supone Puente de Tierra.

Subrayar la vigencia de los interrogantes planteados en ese estudio implica no solo dimensionar las dificultades que enfrentan los equipos de trabajo en el ámbito público, abocados a una práctica a la intemperie; sino también valorar los recursos, estrategias, modos y herramientas clínicas con que *se cuenta* para afrontarlas. Por lo mismo, el foco del desarrollo se coloca sobre el proceso de trabajo del equipo que lleva a delante la experiencia. Algunas de las preguntas que inician el desarrollo del escrito son: ¿Qué es Puente de Tierra? ¿Dónde trabaja este equipo? ¿Cómo se conforma? ¿Cómo se organizan las tareas? ¿Qué aspectos el equipo valora positivamente? ¿Qué dificultades se encuentran? ¿Cuál es

[3] Se omite intencionalmente el nombre del dispositivo donde se desempeña el equipo estudiado, y se lo nombra en adelante "Puente de Tierra", por razones de reserva y confidencialidad de las personas involucradas.

la respuesta frente a las mismas?

En primer lugar, se describen el dispositivo Puente de Tierra y el territorio donde se despliega, y se sitúa su inscripción/tensión respecto a la política pública. A continuación, se reconstruye el proceso de trabajo del equipo durante el período estudiado, con la ayuda de una guía que ordena la información en torno a cuatro aspectos importantes. Luego, se articulan conceptualizaciones en torno al mundo del trabajo y su gestión–organización, a las funciones del equipo en tanto adultos/as en juego (actividades recreativas) con niños/as y jóvenes, y a lo que se da a llamar producción de salud mental. Por último, se esbozan algunas reflexiones.

Puente de tierra. (características y tensiones)

El dispositivo de juego Puente de tierra tiene como característica fundamental ser una experiencia territorial. En su denominación, y en las prácticas que despliega, se sostiene una pregunta en relación a los lazos (los puentes) y al territorio (la tierra). El modo en que el equipo responde a esto constituye su singularidad. El trabajo con la historia, los mitos, la vida y la identidad barrial hacen un camino, un puente, hacia la construcción de una identidad común.

El marco de esta propuesta nacida en el año dos mil nueve se delinea en un documento inédito, de elaboración colectiva por parte del equipo de trabajo:

> El proyecto "Puente de tierra" se propone como un espacio semanal de encuentro para el juego con niños, niñas y jóvenes entre 10 y 14 años. Se trata de una *experiencia interdisciplinaria* (psicólogos, trabajadores sociales, médicos, enfermeros, profesores de educación física, artistas, referentes barriales, estudiantes), *intersectorial* (área salud, promoción social, cultura, extensión universitaria), y en situación, con el eje puesto en la producción de subjetividad y en la construcción de lo público como posible espacio habitable para todos/as.
>
> Apunta a promover el habitar en el espacio público considerando las condiciones propias de un territorio donde prima la ruptura del lazo social. Se trata de fortalecer el encuentro entre y con las instituciones público estatal y el acontecer del barrio, construir puentes que nos acerquen, formular relatos que interroguen y desnaturalicen. En este sentido hablamos de nuevas institucionalidades, ya que nos proponemos promover un relato historizado, vivo, concreto del territorio que trascienda el caso por caso, o la lectura de los problemas ya conocidos como problemas, o el etiquetamiento de los sujetos antes del encuentro con ellos. Pretendemos construir una institucionalidad con los sujetos que viven cotidianamente en el territorio en articulación con el Estado, pero más allá de la estructura del Estado. Este modo de intervención colectiva ubica a los trabajadores también como sujetos, planteando un encuadre que implica llevar adelante una planificación en situación (Equipo puente de tierra, 2009, s/p).

Las actividades de juego se desarrollan en "la canchita"; una especie de plaza (terreno vacío) que resiste a la sobrepoblación de casillas en un extenso asentamiento ubicado a lo largo de las vías del tren en Rosario. Esta villa se caracteriza por el crecimiento poblacional

en los últimos años, una pirámide poblacional joven, precariedad habitacional, el desempleo o subocupación, y la labilidad en el acceso y uso efectivo de las instituciones público estatales. La población que vive allí no accede a los servicios básicos: las conexiones de agua y luz eléctrica son precarias y la recolección de residuos es irregular ya que los camiones acceden solo parcialmente y se forman basurales. La eliminación de excretas se da en pozos negros, hoyos o excavaciones no viables de desagotar. La acumulación de agua de lluvia impide la circulación por las callecitas de tierra (algunas son, apenas, pasillos estrechos). Las manzanas no están definidas. En su gran mayoría las viviendas son construcciones poco sólidas con bloques, chapa y cartón.

El territorio es el punto de partida para el encuentro entre instituciones estatales y con la población, para el trabajo conjunto y para lo que deviene proyecto Puente de Tierra. El dispositivo promueve un habitar democrático del espacio común y propone el reconocimiento mutuo en el encuentro con los/as otros/as (diferenciándose de un discurso que sabe del otro antes del encuentro). Los actores entran en escena en un intercambio con características especiales: se hace hincapié en la posibilidad de construcción en conjunto y en propiciar relaciones de igualdad, dignidad, cooperación, confianza y respeto de las singularidades (incluidas la de cada trabajador/a del equipo). Se trata, además, de un vínculo diferente del que instalan las instituciones por si solas.

Respecto a la inscripción de Puente de Tierra en el marco de las políticas públicas territorializadas, es preciso destacar que los modos de funcionamiento de cada una de las instituciones territoriales difieren entre sí (se encuadran en distintos objetivos, ritmos y formas de vincularse con la población). A su vez, estos modos fueron modificándose desde el inicio de la experiencia en el año dos mil nueve a su cese en dos mil dieciocho. Participan del dispositivo instituciones dependientes de tres secretarías municipales distintas (Desarrollo Social, Salud Pública, Cultura); los centros de salud intervinientes pertenecen a distritos diferentes; y, además, se suman las particularidades de la Universidad Nacional de Rosario (UNR). Las lógicas de la política y la gestión de las diferentes secretarías difieren en relación a: la población usuaria (universalidad – focalización); la contratación de los/as trabajadores/as que incide en la permanencia de los servicios que presta; el objetivo que prima (siendo que Desarrollo Social propone una lógica de corte más promocional y socio–educativo, y en la Secretaría de Salud prevalece lo asistencial); y las burocracias que construye (servicios y procedimientos en el caso de salud; dispositivos y talleres puntuales y aislados en cultura; y cambios permanentes en el perfil de instituciones de Promoción Social).

Dichas particularidades de la política social y de salud inciden en los procesos de trabajo del equipo. Es claro que algunas modificaciones definidas desde niveles centrales impactan negativamente en la posibilidad de dar continuidad al trabajo a lo largo del tiempo. Además, en los diarios de campo de las reuniones se leen reflexiones del equipo respecto al impacto de los procesos de descentralización en la esfera política de la ciudad que inician a mediados de la década del noventa. Se trata de una tensión y contradicción entre la mayor autonomía de los/as trabajadores/as para desplegar una institucionalidad efectiva en el ejercicio de derechos de amplios sectores, con la contraparte de su matriz neoliberal respecto al desmonte del Estado, en la que el diseño de la política termina siendo responsabilidad de los equipos locales.

La presencia estatal en las barriadas populares de Rosario se caracteriza, por un lado,

por las instituciones que aún resisten al empobrecimiento de las políticas sociales (fundamentalmente escuelas, centros de salud y centros de convivencia barrial); y, por otro lado, en términos punitivos, se agudiza otra característica de la presencia estatal con el despliegue en aumento durante los últimos años de las fuerzas represivas (policía, gendarmería, policía de acción táctica).

De esta manera, se desarrolla una paulatina retirada del territorio por parte de los equipos de las instituciones. Respecto a lo cual destacan dos motivos, por un lado, las dificultades del trabajo en relación a la intervención en situaciones de vulnerabilidad de las poblaciones teniendo en cuenta una falta de recursos estructural; y, por otro lado, el hecho de que los dispositivos o talleres en territorio, orientados en una línea preventiva, no han sido la prioridad en la planificación de los proyectos institucionales. Tanto para la gestión como hacia el interior de los equipos, tal vez por esa influencia, la valoración de este tipo de espacios pareciera ser menor respecto a las actividades que se llevan a cabo *puertas adentro*. A pesar de que a nivel municipal tanto las políticas de la Secretaría de Salud Pública respecto a la atención primaria de la salud, como las políticas de Promoción Social y Cultura, tienen fundamentalmente una base de inserción territorial; se plasman las hegemónicas demandas de *atención* por parte de salud, y de *trabajo de oficina* por parte de Promoción Social.

La incidencia de este escenario en el despliegue de Puente de Tierra representa una amenaza de subsistencia del dispositivo, generando concretamente que algunos/as miembros del equipo, afectados por decisiones de las gestiones intermedias, no continúen participando; y, además, contribuye a generar un clima de tensión y descontento con otras situaciones que se suman a la serie dificultando la fluidez del espacio. Un ejemplo de estas últimas es la falta de presupuesto específico para materiales o actividades; ya que recurrir a los recursos de cada institución genera diversos conflictos.

A raíz de todos estos obstáculos, es posible pensar que el sostén del Puente de Tierra tiene variados contrapuntos respecto a lo que han sido, durante los últimos años, los lineamientos de la gestión municipal.

Trabajadores/as como Unidad de Trabajo en cogestión

El cotidiano del mundo del trabajo se sitúa como una micropolítica, en la que el/la trabajador/a es, individual y colectivamente, productor/a y producido/a, en los modos de actuar y los procesos relacionales. (Franco; Merhy, 2009) Así, se evidencia que los/as trabajadores/as son actores/sujetos de la acción. Esta conceptualización se diferencia radicalmente respecto a visualizar el mundo del trabajo como un mundo donde el/la trabajador/a no puede hacer nada, por estar totalmente capturado en las estructuras que lo definen y determinan.

A los fines de indagar sobre los procesos de trabajo del equipo interinstitucional e interdisciplinario en una experiencia territorial, se adscribe a una perspectiva que incluye una manera cartográfica de analizar el funcionamiento de organizaciones de salud o *unidades de salud*. Partir de los actores/sujetos en acción, en tanto artífices del cotidiano de esas unidades, permite focalizar en los procesos de trabajo constructores de las prácticas de salud, observados en sus dinámicas productoras del cuidado, y en la producción de esa cotidianeidad, que es múltiple, relacional y situada.

Las unidades de salud tienen un modo de

producción dependiente del trabajo vivo en acto que por sí solo aporta una alta complejidad a la escena, pues este trabajo vivo, al ser operado en acto en los procesos de trabajo, contiene una gran potencia instituyente para formar redes, con alta capacidad de subjetivación (Franco; Merhy, 2009). En el marco de estas categorías, el equipo que lleva adelante Puente de Tierra es considerado como una *unidad de trabajo* a pesar de que su práctica territorial y la pertenencia institucional de sus miembros no se circunscriban al ámbito de la salud. De esta manera, si bien el equipo Puente de Tierra no se constituye como una organización de salud en función de los objetivos que erige el proyecto, su práctica se desarrolla operando en el campo de los procesos de subjetivación y produciendo ciertos procesos de cuidado.

Respecto del carácter intersectorial y público de la experiencia Puente de Tierra se retoman los aportes de Rosana Onocko Campos (2002) quien, refiriéndose a organizaciones de servicios públicos (no lucrativos) de salud, desarrolla una discusión sobre la gestión apelando a su dimensión productiva y generadora. Dicha dimensión es resaltada en el concepto de cogestión, como síntesis siempre provisoria entre la tentativa de la heterogestión taylorista y la utopía autogestionaria. La gestión clásica trabaja la dimensión de administrar. Es la disciplina del control por excelencia preocupada con el aumento de la producción, de plusvalía, productividad y reproducción del status quo.

Ante la pregunta sobre cómo otorgar a la gestión, entonces, un desarrollo de su dimensión creativa, Onocko Campos (2002) señala:

> La primera cuestión sería que instauremos para la gestión un lugar y un tiempo. Crear e instituir espacios en los cuales se pueda experimentar la toma de decisiones colectivas. Espacios en los cuales sea posible formular proyectos.
> Espacios que puedan transformarse en *instancias*, (Lagache & Pontalis, 1992) en el sentido de procesar aquello que les llega, y tener un grado mayor de análisis de la implicación con aquello que producen (p.2).

Respecto a la forma de gestión que despliega el equipo de Puente de Tierra resalta la dimensión productiva en las instancias de debate y decisión colectiva.

Síntesis del proceso de trabajo del equipo

El estudio exhaustivo sobre los procesos de trabajo del equipo de Puente de Tierra desde octubre 2012 a diciembre 2014 se desarrolló desde la sistematización de experiencias, utilizando los procedimientos de: recuperación del proceso vivido (reconstrucción de la historia y ordenamiento de la información); y reflexión posterior (Jara, 1994). Se aborda la experiencia separándola en períodos anuales: 2012, 2013 y 2014. En función del amplio material de registros en diarios de campo se ordena la información en los siguientes cuatro puntos:

I– Conformación y modificaciones del equipo Puente de Tierra. Participación de otros actores (comunitarios y/o institucionales).

II– Organización del trabajo del equipo en reuniones y actividades en territorio. Frecuencia y dinámica de cada una.

III– Logros. Aspectos y/o actividades valoradas positivamente.

IV– Temas y/o situaciones problemáticas respecto al desarrollo del trabajo del equipo. Debates, y acciones.

Respecto a los elementos centrales de dichos procesos se lleva adelante un ejercicio de análisis, síntesis e interpretación crítica. Con el objetivo de introducir una visión global de los acontecimientos más importantes, se plasma un recorrido que explicita el sentido de la experiencia, valora los elementos que han intervenido e identifica las modificaciones e insistencias a lo largo de todo período estudiado. Asimismo, se utilizan como guías los puntos que refieren a los componentes destacados.

El equipo de adultos/as que participan en carácter de coordinación es relativamente estable y se conforma por diferentes instituciones de la zona[4] y la Universidad Nacional de Rosario (UNR), a través de la participación de estudiantes que realizan residencias de grado y posgrado. Si bien desde el comienzo permanece la mayoría de instituciones, los profesionales participantes fueron modificándose. Del total de integrantes del equipo (entre nueve y doce) aproximadamente tres fueron cambiando año a año. Si bien esto supone cierta continuidad y estabilidad de un grupo de siete personas, es un punto conflictivo que reedita la tensión mencionada, entre la permanencia de Puente de Tierra y los lineamientos de las políticas públicas. Se destacan las dificultades con las instituciones de pertenencia de los/as participantes y respecto a la necesaria estabilidad del equipo para la construcción del vínculo con los/as chicos/as, el equipo y el resto de la comunidad.

La participación de otros actores, tanto de carácter comunitario como institucional es ineludible respecto a los objetivos explícitos del proyecto de Puente de Tierra para la construcción de redes y vínculos. A lo largo del proceso de trabajo, fundamentalmente durante los años 2013 y 2014, se profundiza la estrategia de trabajo en este sentido. Para ello, se organizan mayor cantidad de actividades junto a vecinos/as del barrio; y se incorpora la participación de una persona adulta de la comunidad en las actividades de juego en la villa. Ante la difícil tarea de sostenerse en un territorio con conflictividad y violencia social creciente, los vínculos con la comunidad se instalan a la manera de un *resguardo* para el equipo y el dispositivo mismo. Por otro lado, durante el año 2014 el equipo define dedicar más tiempo a las tareas de reflexión/planificación y re–trabajo. Así, en el marco de un nuevo espacio–otro mensual, en agosto de ese año es convocada una psicoanalista a modo de actor externo. Este punto se retomará luego, para interrogar las implicancias de la participación de estos *otros/as*.

En cuanto a la organización del trabajo del equipo, a grandes rasgos, consiste en dos tipos de actividades: por un lado, reuniones destinadas a debatir, planificar y evaluar el desarrollo del dispositivo, y por otro, las propuestas lúdicas en territorio. Desde el primer período estudiado se observan dificultades en ambas actividades. Las reuniones de equipo son desordenadas e insuficientes, tanto para tomar decisiones ante situaciones problemáticas como para planificar los juegos que resultan improvisados y a cargo de solo algunos miembros del equipo, generando malestar.

A raíz de este diagnóstico, a lo largo del proceso de trabajo, el equipo realiza una serie de modificaciones: incorporación de registros escritos de las reuniones para abonar a la planificación y organización de los debates y mejorar la comunicación interna; distribución de tareas con duplas de trabajo encargadas de coordinar las actividades lúdicas en territorio y preparar previamente los materiales necesarios para las mismas; profundización del debate sobre los roles de cada miembro del

[4] Se omite la referencia explícita por razones de resguardo de información.

equipo; optimización del tiempo dedicado a las actividades y según horarios acordados; reorganización de los bloques de actividades en territorio y las reuniones en tres encuentros lúdicos y uno de reunión de planificación/evaluación, sucesivamente; incorporación de un encuentro mensual de reunión adicional, a modo de momento reflexivo sobre Puente de Tierra y; convocatoria a una persona externa al dispositivo.

Así, paulatinamente las reuniones son más ordenadas y se dispone de tiempo para la planificación, debate y toma de decisiones. Sin embargo, subsisten dificultades para sostener las actividades en territorio, entre otros motivos, por problemas en la organización del trabajo.

Por otro lado, los aspectos valorados positivamente por parte del equipo de trabajo se vinculan directamente con los objetivos de Puente de Tierra en cuanto a la centralidad de la actividad lúdica con los/as niños. El desarrollo cotidiano de los juegos en la villa configura un aspecto gratificante de la tarea colectiva. En los registros de campo se lee cómo son valoradas las respuestas que ha ido construyendo el equipo ante las dificultades de organización y planificación para el desarrollo de las propuestas de juego. La capacidad de convocatoria para la participación de gran cantidad de niños/as, con nuevas incorporaciones a partir de cumplir los diez años de edad, también es un aspecto positivo. A lo largo del proceso de trabajo el equipo evalúa, además, estar atravesando un buen momento en la relación y las experiencias conjuntas con organizaciones barriales, ONG e instituciones público–estatales con presencia en el territorio. También resalta la valoración positiva respecto al bagaje de experiencias y las producciones a lo largo de la historia del dispositivo y la posibilidad de transmisión hacia el interior del equipo, los/as niños/as y el resto de los actores comunitarios.

Respecto a los temas/problemas en relación al desarrollo del trabajo, además de los ya mencionados; cobran centralidad las situaciones conflictivas en el territorio. En los fragmentos de registros de campo resalta el relato de tres escenas por las cuales se vio afectado, de una u otra manera, el desarrollo del Puente de Tierra: por un lado, un episodio sucedido minutos antes de empezar la jornada, protagonizado por algunos jóvenes que muestran armas de fuego e increpan a un miembro del equipo respecto a una situación ajena al dispositivo, y, por otro, dos escenas transcurridas durante las actividades lúdicas (la interrupción por parte de un niño que habitualmente participa del Puente de Tierra que, reactualizando en el seno del grupo un gran enojo por situaciones injustas sufridas en su historia singular, se llevó los materiales de juego, y no se pudo continuar la actividad general, por un lado y; por otro, la irrupción de algunos jóvenes durante el juego de los/as más chicos/as, que derivó en una situación de pelea y discusión).

De este modo, la apuesta por parte del dispositivo a construir vínculos y puentes atraviesa escenarios de turbulencia y complejidad. Cobran espesor los fragmentos del documento colectivo inédito, ya que de esto se tratan las "condiciones propias de un territorio donde prima la ruptura del lazo social" (Equipo Puente de Tierra, 2009, s/p). El encuentro en territorio confronta al equipo con situaciones de extrema vulnerabilidad y violencia que, a lo largo del proceso de trabajo se enuncian como episodios conflictivos, complejidad de la situación de algunas familias, conflictividad creciente en el territorio, situación de violencia a nivel social, exposición de personas del equipo, enfrentamientos, peleas, tiroteos, fragmentación, falta de legalidad u otro tipo de legalidad, crudeza de las situaciones, injusticia, límites de la palabra, etc. Luego se reto-

mará este punto para articular una conceptualización sobre tales enunciados y situaciones problemáticas, así como sobre las respuestas por parte del equipo, que se analizan a continuación.

Como parte del proceso de trabajo se desarrollan debates y decisiones como respuestas ante aquellos temas y/o situaciones problemáticas. Respecto a las primeras dos escenas referidas, inmediatamente se asume el contexto de vulneración por parte de las personas involucradas, a la manera de un *sabemos que no es justo*; se apela al diálogo y al vínculo previo; y en una de ellas también participan otros actores (vecina). En cambio, frente a la escena de pelea, el equipo parece no dar acción inmediata como respuesta, experimenta un límite a la palabra y en un momento posterior, a partir de la reflexión, se abre la posibilidad de generar criterios para la acción futura en posibles situaciones similares.

En relación a las situaciones conflictivas en territorio, el equipo subraya la necesidad de contar con un resguardo para sostenerse: resguardo del colectivo de trabajadores/as, del dispositivo Puente de Tierra y de cada miembro. Es posible resaltar dos movimientos realizados para abordar esta situación. Un movimiento es dirigido *hacia adentro*, tiene el objetivo de consolidar el colectivo y se lleva a cabo organizando y dividiendo las tareas y fortaleciendo criterios y decisiones comunes. Otro movimiento se da *hacia afuera*, convocando a otros actores a participar (vecinos, organizaciones barriales, ONG, comedores comunitarios, universidad, una psicoanalista, etc.).

Por otro lado, en los registros de campo de las reuniones de equipo se enuncia el tema/problema de que "algunas situaciones que se dan en el territorio imponen límites a la palabra y llevan a poner el cuerpo". Respecto a lo cual aparece en clave de respuesta, durante el período 2014, un elemento novedoso (en tanto es expresamente señalado). Se trata de una propuesta de abordaje del problema en las actividades lúdicas, con los/as chicos/as, apostando a la palabra como herramienta para elaborar ficciones sobre escenas cotidianas y a la puesta en juego del cuerpo a través de la expresividad y el deporte.

En cuanto a la problemática respecto a la falta de financiamiento de materiales necesarios para las actividades, es planteada desde el primer período estudiado e insiste sin resolución durante los tres períodos, a pesar de las gestiones que el equipo emprende al respecto.

Por último, en las respuestas que el equipo plantea frente las dificultades de la práctica, el hilo conductor son las *instancias* de debate y construcción colectiva. Allí adquiere especial importancia el ejercicio reflexivo sobre el propio trabajo, los obstáculos, los objetivos y las acciones a llevar a cabo.

Las dificultades que implica el trabajo en Puente de Tierra se presentan como una marea donde el equipo, por momentos, parece naufragar. Sin embargo, es posible señalar que, en el despliegue cotidiano, aprende a navegarla. Interesa, igualmente, sondear los modos en que estas dificultades afectan al equipo.

Encerronas cotidianas. Con toda la mar detrás

Ulloa (2011) señala que "Con toda la mar detrás" es el nombre de una canción sobre un naufragio, y usa esta expresión

> para aludir a la actitud positiva de los integrantes de un equipo asistencial, docente o de cualquier naturaleza, que se mostraban propicios a debatir –críticamente y a la manera de un ensayo– su futuro accionar. Resultaban acreedores de este elogio, que alude

> a la fuerza colectiva que los impulsa y respalda. (p.17)

Por lo mismo, en el título de este escrito, se asocia al equipo en juego en Puente de tierra la misma fuerza, necesaria para enfrentar las circunstancias adversas del escenario de la numerosidad social, donde transcurren los hechos. Además, esa canción habla de un naufragio donde los marineros que tripulaban la nave, que eran pescadores desde antes de nacer, no sabían nadar. La canción dice que el destino no les quiso enseñar. Sin embargo, Ulloa sitúa allí las arbitrariedades del poder, que no solo no les enseñó a nadar como elemento esencial de seguridad de los pescadores, sino que de esas arbitrariedades están llenos los escenarios de la numerosidad social. Esta idea remite aquí, también, a una postura crítica, política, y a la desnaturalización consiguiente, frente a las adversidades en nuestro ámbito.

Entonces, ¿en qué consisten los modos de trabajo en equipo? ¿De qué se tratan esas construcciones colectivas? ¿De qué se tratan esos reparos? ¿Qué elementos esenciales de seguridad/resguardo/cuidado/reparo, a la manera del saber nadar de aquellos pescadores, es posible ubicar en el trabajo del equipo del Puente de Tierra?

La noción de reparo remite a: restauración; advertencia, nota, observación sobre algo, especialmente para señalar en ello una falta; duda, dificultad o inconveniente; o bien, a lo que se pone por defensa o resguardo. A este concepto se asocia la palabra amparo, cuya definición convencional, a su vez, nos remite a la acción y efecto de amparar o ampararse; y a la persona o cosa que ampara. (Real Academia Española, 2019)

Significativamente es posible ubicar en los procesos de trabajo del equipo del Puente de Tierra, *movimientos* relacionados a la disconformidad del orden existente, al reparo (darse cuenta) de las dificultades inherentes y al ejercicio de amparar–se para construir amparos, y/o constituir–se como amparo.

Ahora bien, antes de profundizar sobre los modos y capacidad de elaboración o respuesta del equipo, es precisa una indagación sobre lo que se da en llamar desamparos sociales y subjetivos, vulnerabilidades, violencias, crueldad, etc.

Se toma entonces como referencia el concepto de encerrona trágica de Ulloa (1995) ya que las conceptualizaciones sobre la ternura, que luego propone, tienen como telón de fondo el horror de la represión, la marginalización y el escándalo de la miseria. El autor desarrolla dos ideas particularmente útiles para trabajar con afectados en grados y situaciones distintas; son lo que sitúa como encerrona trágica y como efecto siniestro. Si bien dichos conceptos han sido extraídos de su quehacer en el campo de los Derechos Humanos; los diversos organismos e instituciones que se ocupan de la vida cotidiana de la gente están atravesados por la trasgresión a estos derechos.

> El paradigma de la encerrona trágica es la tortura, situación donde la víctima depende por completo, para dejar de sufrir o para sobrevivir, de alguien a quien rechaza totalmente. Otro tanto acontece con sus familiares.
> La tragedia así concebida es una situación de dos lugares, opresor–oprimido, sin tercero de apelación. Esta falta absoluta de una instancia para apelar, tal como ocurre en el terrorismo de estado, da a la situación el carácter de encerrona concreta y psicológica. (...) De cualquier manera, es sobre la invalidez extrema de tal situación que la extorsión se ejerce.

> También he señalado en otros trabajos cómo esa falta de tercero de apelación, realidad frente a la cual se encuentran los familiares, sin puertas que golpear en los momentos de terrorismo de estado, fue uno de los orígenes de los organismos de Derechos Humanos, cuando los afectados se agrupaban y organizaban constituyendo ellos mismos una instancia de apelación. (Ulloa, 1995, p.133)

En su análisis sobre el poder efectivo y moral de los organismos de Derechos Humanos para romper con aquella encerrona, Ulloa (1995) señala una función importante que resulta ser una salida: la de impedir que los crímenes se secreteen (secuestros y desapariciones durante la dictadura militar, muestran y ocultan simultáneamente; sostienen un siniestro secreto a voces).

> El psicoanálisis ha estudiado esta situación mostrando cómo el secreto oculto del cual se desprenden indicios, tiende a promover el efecto siniestro, a la sombra de la renegación de los hechos, sin poder ocultar el temor y la parálisis resultantes de lo que siendo atroz, permanece semioculto. Se niega que se niega, como una defensa muy elemental de alguien que intenta ocultar lo temido, o tal vez pretende vanamente ocultarse de aquello que lo atemoriza. (...) superar tanto la renegación como el efecto siniestro implica el duro trance de enfrentar la tragedia cruda, que por permanecer semioculta, mantenía y mantiene aún, aunque atenuada, su eficacia. (Ulloa, 1995, pp.133–134)

Ahora bien, en las instituciones públicas asistenciales, y en menor medida en las educativas, el factor trágico se multiplica al desenvolver sus actividades contextuadas en el escándalo de la pobreza y con comunidades mortificadas. En estos ámbitos, donde lo establecido (instituido) toma la rigidez cultural de la mortificación, la tragedia en forma de encerrona trágica es un factor epidemiológico habitual y etiopatológico central para un abordaje de la psicopatología social. (Ulloa, 1995)

Es claro que las encerronas trágicas afectan no solo a las poblaciones directamente implicadas en la marginalidad, sino también a quienes, por medio de instituciones, se ocupan de su asistencia. Sin embargo, en relación con el ámbito institucional, los efectos dolorosos (dolor psíquico) de la encerrona no siempre son advertidos.

Es posible articular el concepto de encerrona trágica y la manera en que impacta en los diferentes ámbitos sociales con los procesos de trabajo del equipo Puente de Tierra. Lo desarrollado en el punto sobre las situaciones/temas problemáticos del trabajo y la conflictividad en el territorio, constituye la forma en que el equipo vivencia y expresa las diversas encerronas trágicas de su cotidianeidad y la del barrio. También es posible pensar que el equipo es testigo amenazado por ese matiz del sufrimiento social que es la cultura de la mortificación (Ulloa,1995). Sin embargo, el equipo todavía no ha zozobrado[5]. Con toda la mar detrás, respecto al proceso de trabajo del equipo, no ha desaparecido la producción de pensamiento ni el suficiente valor para resistir. Por mantenerse sensible y en busca de "una salida", el equipo de Puente de Tierra no está del todo sumergido en la mudez sorda y ciega de la mortificación.

[5] Resulta significativa la asociación del término zozobrar que remite a naufragar.

Terceridad de apelación. Gestión de utopías

Para superar tanto la renegación como el efecto siniestro el equipo atraviesa el trance de enfrentar la tragedia y apela a instancias de debate y reflexión que ponen en palabras en ámbitos colectivos –y no secretean– las situaciones de extrema violencia y vulnerabilidad que se dan en el territorio. Además, el hecho de que el equipo de trabajo se asuma implicado como sujeto de su propia práctica, así como el carácter instituyente con el que se presentan los procesos de trabajo en relación al trabajo vivo en acto se incluyen como elementos que rehúyen de la coartación subjetiva que impera en las encerronas trágicas.

En torno a la pregunta sobre los modos en que el equipo enfrenta las mentadas tragedias y desamparos, también es pertinente analizar cómo entra en juego en Puente de Tierra el *tercero de apelación*, que al contrario desfallece en las escenas de encerrona. En primer lugar, es importante subrayar que el equipo de adultos se constituye como tercero de apelación hacia los/as niños/as con los/as que trabaja. Encontramos un claro ejemplo en la escena que protagoniza el niño que despliega en el seno del grupo la actualización de escenas de injusticia de su historia de vida. Para la intervención en el conflicto los miembros del equipo cuentan de un punto de facilidad relativa (Ulloa, 1995) respecto al niño, por su condición de adultos; sin embargo, experimentan cierta paralización ante esa escena. A raíz de situaciones como ésta el equipo decide profundizar la convocatoria a la participación de otros actores de carácter comunitario y/o institucional. Entonces, es posible afirmar que dichos actores, cuya participación es enunciada en términos de resguardo, se constituyen a la manera de terceros de apelación.

Ante situaciones sin el respaldo institucional necesario –es decir, una política pública que dé respuesta a los escándalos de la miseria–, el equipo de Puente de Tierra se agrupa y organiza constituyendo ellos mismos una instancia de apelación. Como vimos, esa fue la manera en que surgen los organismos de derechos humanos cuando los familiares de las víctimas experimentaron la falta de tercero de apelación, sin puertas que golpear en los momentos de terrorismo de Estado.

Además, el equipo de trabajo apela nuevamente a una terceridad que supere la encerrona cuando plantea la necesidad de ser escuchado por alguien *desde otro lugar* para pensar otra perspectiva sobre las problemáticas. A los fines de sortear los efectos de encerrona en la escena trágica, que paralizan el entender, el equipo demanda ser escuchado desde un punto clínico de facilidad relativa, sin estar ajeno al campo, pero tampoco en el centro de la escena.

Por otro lado, la utopía se constituye como otra operación posible para superar la renegación, en el sentido que Ulloa (1995) le asigna:

> en su forma más actualizada, un sentido que se expresa en un negarse a aceptar aquello que niega (encubre) las causas más arbitrarias de los sufrimientos individuales o colectivos. Si estas arbitrariedades están veladas, lo están por un proceso de renegación (negar que se niega) con que la víctima asume su mortificación y la desglosa de lo que la origina.
>
> La utopía como operación clínica supone una doble vuelta: la de una negación con sentido positivo (negarse a aceptar aquello que niega lo subyacente), opuesta a la propia de la renegación.
>
> El pasaje de la mortificación idiotizante a la toma de conciencia de la trage-

> dia supone –éste es el problema– la recuperación del sufrimiento embotado por la mortificación, en todo caso por su carácter mortecino, apagando la conciencia. Éste es el obstáculo que hace tan difícil superar la alienante anestesia mortificada. (p.188)

¿Es posible, entonces, ubicar esta negación con sentido positivo en los procesos de trabajo del equipo que lleva adelante Puente de Tierra? A lo largo del análisis de las respuestas que el equipo ensaya frente a las dificultades de la práctica en territorio, se han señalado diversas decisiones y debates a la manera de *movimientos* que posibilitan señalar un proceso de toma de conciencia de situaciones trágicas. Además, a partir de experimentar dichas situaciones, el equipo enuncia cierta afectación que es posible situar como la recuperación del sufrimiento que en situación de encerrona quedaría embotado. En los registros de campo de las reuniones de equipo se encuentran estas expresiones: "la crudeza de las situaciones en la villa nos pone mal"; "nuestro objetivo es jugar, pero son dos horas que cansan más que cualquier otro trabajo. Es como una piedra pesada y terminamos agotados/as."; "lo que nos pasa es que sentimos dolor por la pobreza y la injusticia que impera en el barrio. También enojo.".

Ulloa (1995) profundiza sobre el valor de la utopía en tanto actividad crítica promotora de crisis y que posibilita que lo repudiado en la renegación no retorne como malestar quejoso, sino que se instale una doble denegación positiva: la negación a aceptar todo aquello que niega (repudia) las verdaderas causas de una situación mortificada.

> La utopía, entendida como acción develadora actual, mantiene algo del antiguo linaje heroico del término, y pone en juego todos los recursos disponibles, sin demora quejosa frente al auxilio que no llega, aun cuando se lo siga reclamando. Es así que surge, junto a la utopía actual, el otro pilar indispensable para toda refundación: la autogestión, quizá también un horizonte de la utopía.
> Utopía y autogestión son dos requisitos valiosos para que lo nuevo se establezca. (Ulloa, 1995, p.165)

Y, sin embargo, JUGAR. Equipo en Juego

Como característica específica, el equipo de Puente de Tierra es un grupo de adultos/as en juego, llevando adelante actividades de recreación con niños/as y jóvenes. Aquí, recrear evoca al menos a dos sentidos: uno en tanto actividad lúdica, lo que divierte, lo que entretiene; otro, ligado a la creación, lo creativo, el hecho de crear algo a partir de lo existente y, de alguna manera, a la invención. Recrear, entonces, corresponde a posibilitar que la pregunta por las infancias y las juventudes permanezca abierta a la pluralidad de sentidos, a las transformaciones, a las singularidades, a la huida de los lugares comunes y, fundamentalmente, al juego.

Las actividades que se desarrollan son variadas: serigrafía, juegos con pelotas, lectura y escritura de historias, panificación y venta de lo producido para los paseos, puestas en escena, dibujo, adivinanzas, juego de postas, cuidado de la plaza a partir de plantar árboles, juegos de mesa, videos, etc. El eje transversal de todas ellas es el juego, el jugar; una primera manifestación del vivir creador que luego hará posible la experiencia cultural (Winnicott, 1972) y que posibilita una articulación simbólica de lo real, de lo pulsional. El juego

como lenguaje primordial de los/as niños/as; que pretende ser elaborativo y subjetivante.

Ahora bien, es necesario plantear un interrogante en torno a las formas que se da el equipo de sostener, reactualizar y ejercitar como adultos/as, en tiempos de conmoción social, la asimetría necesaria respecto a los/as niños y jóvenes con los/as que trabaja; ya que se trata de subjetividades en vías de constitución (Zelmanovich, 2003). Las personas adultas se constituyen, a la manera de pantalla protectora, como mediadores con la realidad que se presenta signada por el desamparo social y subjetivo; ya que la falta de recursos para subsistir refiere no solo a la falta de comida, techo, salud, etc. como falencia material; sino, además, a la fragilidad e inconsistencia de muchos de los discursos que sostienen el vínculo social. Entonces, esta realidad también vulnerabiliza a los/as adultos/as en juego, aunque de diferente manera. Equiparando la vulneración de los/as adultos/as a la de los/as niños/as y jóvenes se correría el riesgo de dejar de ofrecer mediaciones necesarias para significar la realidad, o derivar asimismo en la culpabilización, patologización o criminalización de los/as más pequeños/as.

Zelmanovich (2003) sostiene que "La pregunta que cabe formularnos es: ¿cómo lograr no transferir la propia vulnerabilidad al niño o al joven?" (p.11) y explicita algunas respuestas posibles. En primer lugar, se trata del trabajo *entre varios* o tras bastidores, donde la constitución de un *nosotros*, donde comparten las tareas diferentes adultos/as, surge como oportunidad para construir una nueva narrativa colectiva. "Algo así como 'adultos con adultos', al amparo de los niños y los jóvenes." (p. 12) Esto es un modo de atender no solo al desamparo del sujeto infantil, sino también de los/as adultos/as. En segundo lugar, se delinea el reparo como la apuesta a sostener el lugar de adultos/as mediadores con la sociedad y la cultura y el hecho de proponerse y estar dispuestos a constituir para los/as niños/as y jóvenes aquellos Otros disponibles que puedan ejercer funciones subjetivantes.

En Puente de Tierra ambas cuestiones se sitúan claramente. Por un lado, la experiencia se despliega desde un equipo que configura colectivamente un recinto para pensar, apelar y sostener/se el trabajo mutuamente. Por otro lado, en los fundamentos mismos de la práctica se despliegan las características subjetivantes del dispositivo (jugar, participar cada uno/a a su manera, producción de vínculos de pertenencia, sentido e identidad, etc.). De tal forma, lo colectivo se convierte en un marco donde se llama al sujeto a tomar un lugar (Grande, Mana, & Zampiero, 2018). Puente de tierra se trata de adultos/as que *están* en función, que se abocan a la tarea de resguardar a los/as niños/as y jóvenes con quienes trabajan respecto a la posible re–vulneración. Estos adultos, además, se instalan como facilitadores/as al acceso a la cultura, y se ocupan de generar condiciones necesarias para la creación cultural colectiva, que es una vía regia hacia aquel acceso.

Ahora bien, en las actividades recreativas, el juego es el centro de la propuesta de Puente de Tierra; y el equipo se dispone, entonces, a jugar. ¿Qué características son necesarias para jugar? ¿Surge aquí otra manera en que el equipo lleva adelante la elaboración de desamparos y de lo trágico?

Si bien el escenario de *la canchita* puede parecer cotidiano para los/as niños/as y jóvenes, los rituales de comienzo, armado, desarrollo y final de la actividad en Puente de Tierra permiten y/o intentan instaurar otro momento y otro espacio. Se introduce aquí la noción de *otra parte* que permite que el/la niño/a se abstraiga y que promueve procesos subjetivantes. Puntualmente, la abstracción de la que hablamos se articula con *suspender* (también elabo-

rar, de alguna manera) la cruel situación de pobreza y violencia que se vive en el barrio; y que sin embargo insiste cotidianamente en el espacio mismo del dispositivo. Numerosas veces se presencian escenas de riñas, heridos de cuchillazos, relatos sobre consumo abusivo de drogas, prostitución, abandono o maltrato infantil, hambre, tiroteos, etc. En estos contextos tan duros, el dispositivo intenta una y otra vez hacer lugar a las historias singulares de los/as niños/as, cuidando su cualidad de niños/as y recuperando sus saberes y experiencias previas. El registro y el trabajo sobre la crueldad, y la ternura posible, hacen que el espacio se mantenga en pie.

Además del jugar, entran en la escena los cuentos, las canciones, el teatro, la impresión con serigrafía, el dibujo, el deporte, el humor, las historietas, etc.; todas estas son actividades ligadas a lo creativo y la ficción. Es pertinente aquí hilvanar los conceptos de Ulloa (2011) respecto al desarrollo del humor conjetural y la resignificación, herederos de la ficción infantil que, a través de la producción lúdica, se propone no renegar los hechos de la realidad. Se trata de una actividad imaginativa que conlleva el grado de inventiva que supone resignificar los hechos. El humor, como una forma de la valentía, es un fluido capaz de penetrar las rigideces de lo real.

Prosiguiendo con la aplicación del concepto hacia los equipos en los que Ulloa (2011) opera, él mismo señala que:

> Cuando un equipo asistencial (...) se hace fuerte en el per–humor que conjetura salidas, promueve la salud mental como producción cultural capaz de decidir acciones y, a su vez de accionar sobre ellas, en sentido per–sistente, con una intensidad sostenida en el tiempo. (p.127)

Además, el autor relaciona el per–humor con un

> humor inclaudicable, hasta el final, el necesario para ser testigo, cualquiera sea el oficio desde el cual resulte impulsado el accionar quijotesco y donde a la utopía del Quijote venga a sumarse la sensatez inquebrantable (...) de un Sancho Panza representando a un Sancho Pueblo. (p.127)

Significativamente, Don Quijote de La Mancha, el famoso caballero de la novela de Miguel de Cervantes Saavedra, luchaba contra toda injusticia.

De la mano de diversos artificios, el equipo en juego instala un territorio poético, artístico, literario, de ficción. Vienen a este territorio diversos juegos, personajes, canciones y actividades. Así, una de las propuestas más relevantes es un juego donde se erige un mítico "Dibujante de la Noche" con quien los/as chicos/as se comunican a través de cartas. A raíz de estos intercambios nace una serie de historietas sobre el barrio y sus problemáticas, que relata las aventuras de "Super–Villa", un vecino que se convierte en héroe por accidente y ayuda a su querido barrio.

Año tras año el mítico personaje Dibujante de la Noche intercambia cartas con los/as niños/as y jóvenes del Puente de Tierra; a los/as que en diversas oportunidades les pide que le diseñen un traje, o que inventen otros personajes con poderes mágicos, etc. De esta manera, las historias y personajes se van sucediendo, con un "continuará" al final, que sostiene la intriga hasta la próxima noticia del Dibujante de la Noche. Con la misma dinámica nace "Puentechueka", la heroína del barrio, que toma las características de los/as héroes y heroínas que los/as niños/as habían dibujado durante las actividades.

En estas recreaciones humorísticas, solapadamente, entran en juego personajes que toman algunos rasgos de los/as adultos/as del equipo e incluyen sátiras sobre muchas de las crudas realidades cotidianas. Vale la coincidencia y resonancia con lo anteriormente desarrollado, respecto a lo que constituye un accionar quijotesco y la lucha contra las injusticias que, a la manera de un desplazamiento, toman a cargo los personajes ficcionales Super–Villa y Puentechueka.

En el mismo hilván entran las actividades propuestas por el equipo donde se investigan y recrean historias de terror típicas del barrio (Lobizón, Llorona, Pombero, brujas, macumbas, fantasmas, demonios, etc.); y se cuentan otras, se personifican, escriben y publican en un "NotiPuente" con "misteriosos hechos en la Villa". Este bloque de actividades se produce contemporáneamente a la pregunta que debate el equipo sobre los relatos y la historicidad. ¿Cómo dar un salto desde los juegos más tradicionales con pelotas, hacia actividades que pongan en juego la capacidad/producción/elaboración discursiva de los/as niños/as? Desde ya, participan de esa elaboración tanto niños/as como adultos/as. Se entrevé la forma re–creativa de ficcionar y horadar las "historias de terror" que llamamos encerronas trágicas; esas historias de terror de avasallante realidad que tienen como protagonistas a los/as mismos/as niños/as del Puente de Tierra.

Equipo y producción de Salud Mental

Como herramienta para la reflexión acerca de la relación entre los modos de trabajo descriptos y la producción de salud mental, la obra de Fernando Ulloa (1995, 2011) resulta fundamental. Él desarrolla una re–conceptualización de la Salud Mental desde la perspectiva psicoanalítica y un intento de situar una clínica a partir de síndrome de padecimiento, en escenario del campo sociocultural. La tensión dinámica de un sujeto al mismo tiempo social y singular, propicia el accionar del psicoanálisis en este campo de la numerosidad social que a su vez será recinto perelaborativo multiplicador.

> El término *numerosidad* hace referencia a la sumatoria de sujetos que resulta cuando al dueto analista/analizante se le suma uno, más uno, más uno… (...) En el campo de la numerosidad social, cuentan tantos sujetos de cuerpo presente como sujetos hablantes cuentan. El primer *cuentan* alude a la mirada en reciprocidad, punto de partida de cualquier sujeto en tanto sujeto social. El segundo *cuentan* se refiere al discurso, ya que el discurso de un sujeto siempre tiene algo de singular; en ello radica, básicamente, el inicio de la singularidad de un sujeto, en su condición de pensante. (Ulloa, 2011, pp. 50–51)

El recurso de la perelaboración, entonces, constituye un recurso curativo propio de la condición humana y tiene un parentesco con el concepto de trabajo psíquico por el cual el aparato psíquico elabora los estímulos perturbadores. Esto cobra importancia en tanto el equipo de trabajo del Puente de Tierra desarrolla su práctica en contextos de pobreza y marginalidad, con una población y un equipo expuestos a un alto grado de crueldad.

Tanto el trabajo psicoanalítico como el proceder crítico pueden promover la perelaboración. En los modos de trabajo del equipo, están presentes estos dos recursos, ya que la práctica se despliega en la interdisciplina. Se instala un proceso que en primer término es eficaz sobre quienes sostienen la crítica y,

luego, se enlaza al *acontecer* que apunta a los efectos a futuro de la práctica.

En la clínica para el abordaje de los espacios socioculturales que propone Ulloa (2011), se distingue una clínica que fluctúa entre la que se reconoce como de linaje médico, y otra propia del linaje psicoanalítico. En la vertiente política de la producción de Salud Mental, sitúa como operadores clínicos a todos/as aquellos/as que en este escenario actúan en los equipos asistenciales (evitando la injusta dicotomía que habla de profesiones universitarias y excluye a los niveles de enfermería, administración y mantenimiento).

> Estos equipos debaten sus prácticas en común buscando producir una capacitación interdisciplinaria, pilar básico de una buena y sostenida Salud Mental, como producción cultural, para nada ajena a esa capacitación (Ulloa, 2011, p.75)

En función de lo desarrollado hasta aquí, en tanto el equipo de Puente de Tierra lleva adelante modos de trabajo colectivos, con instancias de debate y procederes críticos, poniendo en el centro de su tarea la actividad lúdica, recreativa y cultural; es posible inscribir su práctica cotidiana en el campo de producción de Salud Mental.

Además, se trata de una práctica comunitaria en salud/salud mental que se sostiene en una estrategia desde el pensar, en contraposición a una estrategia desde el saber (de la Aldea y Lewkowicz, 2004). Puente de Tierra despliega la potencia de construir en reciprocidad una comunidad de la que se es parte; haciendo *con* los/as otros/as y no *por* los/as otros/as; y dándose la posibilidad de pensar, de que la comunidad se piense, en términos de situación concreta. Este escenario rehúye a una lógica entre la omnipotencia y la impotencia, entre héroes y víctimas, como dos caras de la misma moneda que suprime al sujeto.

Se torna interesante la reflexión sobre las condiciones necesarias para sostener una práctica como Puente de Tierra. "¿Cuáles son las capacidades subjetivas que se requieren para habitar esos dispositivos? (...) el punto central es situar los obstáculos para que se constituya una subjetividad una comunidad de pensamiento capaz de habitar la situación existente." (p. 16) De esta manera, se trata de sostener los espacios de problematización y situar dispositivos para armar las condiciones prácticas que posibiliten que el pensamiento opere sobre el obstáculo, y no viceversa. El hecho de construir una subjetividad común, entonces, se escabulle respecto a dos de las posiciones dominantes; de idealización o de resignación.

De la subjetividad heroica impotente es posible deslizarse al gesto heroico, que lleva al hacer con otros y remite a lo maleable de la identidad propia, a la posibilidad de ser transformado por el hacer. Tal vez se pueda aventurar, además, que remite a la posibilidad de jugar, ficcionar, recrear, horadar, respecto a la realidad en contexto de adversidad (remitiendo a aquel primer vivir creador y los artificios desarrollados por el equipo Puente de Tierra). Con estos gestos se recupera la potencia de ir más allá de lo dado, en nombre de lo que puede haber, o desearíamos que haya.

Reflexiones

A partir de la caracterización del dispositivo y la puntualización de la dinámica cotidiana (centrada en el juego), es posible afirmar que los modos de trabajo del equipo toman las características mismas de la experiencia Puente de Tierra. Así, esos modos de trabajo, interdisciplinarios e interinstitucionales, se

presentan con su cualidad de subjetivantes, y con un marcado carácter situado (territorial). Además, se plasman como un determinado modo de construcción de vínculos en el que se hace hincapié en las relaciones de igualdad, dignidad, cooperación, confianza y respeto de las singularidades.

Los modos de trabajo del equipo analizados consisten, fundamentalmente, en las características de los *vínculos* entre los integrantes del equipo entre sí, con la población, y con el territorio; los *acuerdos* en torno al sostenimiento del espacio de juego, la formulación de sus objetivos y las modalidades que adquieren en la práctica; las *actividades* llevadas a cabo, como la materialización de los modos en que se da sentido a la práctica, tanto las instancias del equipo mismo (planificación, evaluación y supervisión) como las actividades en terreno y así también, los recursos y *operaciones* de los que se vale el equipo para llevarlas a cabo.

El equipo de Puente de Tierra despliega su trabajo cotidiano en una dinámica micropolítica en la cual el equipo mismo se constituye, singular y colectivamente, como productor y producido, en los modos de actuar y los procesos relacionales de los que forma parte. Este dispositivo lúdico es un espacio comprometido con la producción de sentidos para la práctica que lleva a cabo, operando en el campo de los procesos de subjetivación; los cuales no serían posibles sin una implicancia singular y colectiva por parte del equipo. Esta cuestión, lejos de constituirse en un mandato o una simple declaración de principios, se da en el marco de una unidad de trabajo de gestión colectiva, que apela a la dimensión productiva y generadora de la misma, produciendo búsqueda, movimiento y desestabilización de lo instituido. Así, instaura espacios (instancias) en los cuales se experimenta la toma de decisiones colectivas, se formulan proyectos, se procesa aquello que llega al equipo, y se analiza la implicación con aquello que se produce. ¿Qué se procesa en las instancias? Lo externo, lo interno, las problemáticas territoriales, las propias implicaciones, lo político de la experiencia, lo subjetivo del equipo, el dolor ante la crueldad, las encerronas trágicas, etc. ¿Qué se produce en esas instancias? Puente de Tierra como proyecto, la revalorización de la palabra, el ejercicio reflexivo, las actividades para los/as chicos/as, los sentidos de la práctica, etc.

Respecto de la estrecha relación entre el proceso productivo y el producto; y teniendo en cuenta que este dispositivo trabaja con la producción de subjetivad –a la manera de una apuesta a la configuración de las tramas colectivas posibles para que el sujeto tome un lugar–, inevitablemente es un espacio donde los/as mismos/as trabajadores/as toman su lugar como sujetos deseantes. Se instalan, además, los procesos necesarios para la producción de identidad, producción cultural, producción de saber interdisciplinario (saber curioso), producción de espacios públicos, etc.

En tiempos de profundo desamparo, Puente de Tierra se formula como una experiencia de construcción de amparos, reparos, a través del trabajo colectivo, la apuesta simbólica y la recreación de realidades, subjetividades y del espacio mismo. Afectado por las dificultades del trabajo en territorio, el equipo pone en juego el recurso de *tercero de apelación*, potenciando su capacidad crítica y autocrítica y rehuyendo de los efectos de la cultura de mortificación (Ulloa, 1995). De esta manera, los procesos de trabajo del equipo se llevan adelante junto a otros/as, que toman las características de sostén y resguardo.

Respecto a las vinculaciones con la producción de salud mental tal como se ha definido, la dimensión per–elaborativa, creativa y de pensamiento crítico es central tanto en los

modos de trabajo del equipo como en la experiencia en sí. La práctica acontece desplegando sus efectos a futuro; y los miembros del equipo, como operadores clínicos, se disponen a una práctica de *buen trato*, construyendo escenarios de ternura. Este sentido per–sistente nos señala una intensidad sostenida en el tiempo, por parte de un equipo que esquiva la mortificación cultural y sostiene la "formidable inventiva de un colectivo en acción" (Fernández, en Ulloa, 2011, p.189).

Puente de Tierra ha representado una posibilidad de que la pregunta por las infancias y las juventudes permanezca abierta; como un puente hacia la pluralidad de sentidos, lo colectivo, las transformaciones, las singularidades y, centralmente, un puente hacia el juego.

El presente artículo intenta no redundar respecto a las adversidades que nos afectan y elegimos enfrentar en el trabajo con amplios sectores excluidos a la marginalidad y a la pobreza que deshumaniza; sino aportar, en cambio, algunos trazos para atravesarlas, a la manera de un puente. Lo esencial del proceder crítico del pensamiento: establecer las causas en el pasado que generan consecuencias en el futuro que cuestionan esas causas. (Ulloa, 1995) En este sentido, el proceso es inagotable y continuará, en adelante, atravesando otros puentes.

Ahora bien, interesa situar el hecho de que, si bien Puente de Tierra se ha desarrollado durante una década, en la actualidad ya no se lleve adelante. A menudo las tensiones con la política pública no pueden resolverse, la dificultad del trabajo en territorio impera y los conflictos específicos de cada institución imposibilitan la continuidad de espacios como éste (precarización del trabajo, rotación de personal, finalización de programas, demanda de atención o trabajo de oficina, desvalorización de prácticas en el barrio, etc.). Lo que deriva en la pregunta sobre la ineludible responsabilidad de las gestiones estatales y subraya el marco necesario, imprescindible, de políticas públicas que desplieguen recursos y lineamientos para el sostén de dispositivos como Puente de Tierra. Recuperar, construir y mantener el carácter público de un sector del territorio, como podría ser la canchita en el medio de la villa donde se despliega el juego de este equipo, debería estar en la agenda política para la construcción de ciudadanía. Muy por el contrario, experiencias o dispositivos territoriales, extramuros, suelen tejerse a contrapelo de la tendencia hegemónica de lo instituido a replegar la asistencia hacia dentro de los muros, a la preminencia de políticas represivas y a la renegación de los hechos, con su consecuente efecto siniestro.

Así las cosas, ¿Qué espacio queda para las infancias, para el juego, para el vivir creador, para la salud mental? ¿Qué lugar, para la potencialidad y el deber ético de trabajadores/as en el ámbito público?

Cabe también la pregunta sobre las situaciones donde el esfuerzo colectivo de un equipo no alcanza para sostener los dispositivos. ¿Qué hacer cuando al apelar a la dimensión tercera de lo estatal, las políticas públicas faltan o apuntalan su aspecto represivo? ¿Qué estrategias inventar para continuar el camino de producción de subjetividad y recuperación de lo público?

Este artículo se centra en una experiencia particular, pero similar a tantas otras que seguramente se dan a lo largo de diversos territorios. La importancia de registrarla y hacer circular sus modos se relaciona con valorar las instancias y estrategias desde el pensar de las que se sirve, y con transmitir la necesidad de organizar sistemáticamente el trabajo para defender dichas instancias de debate y decisión colectiva. El análisis realizado podría replicarse a otras experiencias territoriales, que cotidianamente son llevadas a cabo por traba-

jadores/as en compromiso con los derechos humanos. Dispositivos como Puente de Tierra promueven la producción de salud mental en términos positivos, culturales y diversos.

Luego de profundizar el estudio sobre los modos de trabajo que permiten al equipo sostener esta experiencia territorial en contextos de dificultad interesa plantear el interrogante sobre las formas de institucionalizarlos. Si bien necesariamente, en una práctica situada, cada colectivo adopta su manera particular, resultaría interesante delinear una propuesta organizativa de modos de trabajo, para propiciar dichas producciones.

Durante la escritura de este artículo los diarios de la ciudad de Rosario informan sobre el asesinato a cuchilladas de un jovencito de veinte años, luego de una discusión con un vecino, en la villa en la que funcionó Puente de Tierra. Se trata de uno de los chicos que cuando niño participaba del dispositivo, el mismo protagonista de aquella escena que fue relatada aquí y quien eterniza ahora una historia singular signada por situaciones injustas y un trágico desenlace. Una vez más, el equipo es sujeto consciente de la crueldad con la que nuestra sociedad convive diariamente, confrontándose con un gran dolor. Una y otra vez, la experiencia común en Puente de Tierra los contacta entre sí a pesar de los tiempos de aislamiento[6]; atravesando un dolor compartido como se atraviesa un puente que cruza un río, y al cruzarlo no lo anula y al mismo tiempo lo cruza. Ésa también es la función del conocimiento, opuesto a la tríada del conocimiento del cruel: que es la exclusión, el odio y la eliminación. De alguna manera, también esta escritura intenta abonar a un puente para cruzar la crueldad; como lo hace Puente de Tierra para quienes lo habitaron.

A fin de cuentas, el estar afectados/as por las realidades adversas que viven grandes sectores de nuestra sociedad es un importante punto de resistencia y de potencia, con la posibilidad de hacer retroceder la intimidación y crear condiciones de ternura (Ulloa, 2003). Persistir en la apuesta al trabajo colectivo dentro, y fuera, de las instituciones públicas puede constituirse en el hilván que perdura y trasciende cada experiencia, y se convierte en una invitación a resistir, *con toda la mar detrás*, en contextos de tanto arrasamiento, intemperie y crueldad.

[6] Transcurre el año 2020 signado por las profundas trasformaciones que conlleva la pandemia mundial por covid19. Aquí se refiere al aislamiento físico obligatorio. Es claro que en referencia al equipo persiste una capacidad, anclada en sus lazos, de sortear las distancias. La forma de contacto más asidua se vale de una aplicación de mensajería instantánea para teléfonos inteligentes.

Referencias

- De la Aldea, E. y Lewkowicz, I. (2004). *La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud.* Disponible en https://lacasona.org.ar/document/la–subjetividad–heroica/ 31/05/2019
- Equipo Puente de Tierra (2009) *Proyecto Puente de tierra. Puente sobre el mundo.* Documento de trabajo inédito.
- Franco, T. B. y Merhy, E. E. (2009) "Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo." En Salud Colectiva, Vol. 5, Núm. 2. Pp. 181–194.
- Grande, S.; Mana, G. y Zampiero, G. (2018) "Lo grupal como marco: la tensión entre lo singular y lo colectivo." En Barquitos Pintados. Experiencia Rosario. Número 2. Pp.39–55.
- Jara H., O. (1994) Condiciones para poder sistematizar. En, *Para sistematizar experiencias: una propuesta teórica y práctica.* San José, CR: Alforja. Pp.74–85.
- (1994) ¿Cómo sistematizar? (una propues-

ta en cinco tiempos). En, *Para sistematizar experiencias: una propuesta teórica y práctica.* San José, CR: Alforja. Pp.88–125.

- (2012) "Sistematización de experiencias, Investigación y Evaluación: aproximaciones desde tres ángulos." En, Revista Internacional sobre Investigación en Educación Global y para el Desarrollo, Número 1 – 2012. Pp. 56–70.
- Onocko Campos, R. (2002) La gestión: espacio de intervención, análisis y especificidades técnicas. Campinas. Disponible en https://logicasinstitucionalescpo.wordpress.com/2013/03/05/onoko–la–gestion/ 21/09/2020
- Real Academia Española (2019) Diccionario de la lengua española. Versión 23.3 en línea. Disponible en https://dle.rae.es 02/10/2020
- Ulloa, F. (1995). *Novela Clínica psicoanalítica. Historial de una práctica.* Buenos Aires: Paidós.
- (2003) Escenarios de la ternura: resonancias en la educación maternal. Conferencia dictada en el *Ciclo de Conferencias Proyecto Fortalecimiento de la Tarea Educativa en Instituciones Maternales*. Buenos Aires, Argentina.
- (2011). *Salud ele–Mental. Con toda la mar detrás.* Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Winnicott, D. (1971) *Realidad y Juego.* Barcelona: Gedisa.
- Zelmanovich, P. (2003) Contra el desamparo. En I. Dussel & S. Finocchio (Comp.), *Enseñar Hoy. Una introducción a la Educación en tiempos de crisis.* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. Disponible en http://campuseducativo.santafe.gob.ar/wp–content/uploads/Contra–el–desamparo.–Perla–Zelmanovich.pdf. 21/09/2020

Casa Asistida, un lugar para habitar facilitador de la inclusión social para pacientes de larga institucionalización[1]

Assisted House, a place to live facilitator of social inclusion for long-term institutionalized patients

Cecilia del Carmen Molina[2]

Resumen

El presente trabajo analiza el proceso de constitución del dispositivo sustitutivo Casa de Medio Camino en su modalidad de Vivienda Asistida desde un Centro Regional de Salud Mental Público de la provincia de Santa Fe, Argentina. Para ello se focalizará en la problemática de los efectos de la institucionalización en pacientes con padecimientos subjetivos de larga internación en un hospital monovalente: ¿Cómo superarlos durante los procesos de inclusión social consecuentes a las políticas de desmanicomialización? Realizaremos, primero, una aproximación a dos procesos de desinstitucionalización internacionales, el italiano y el francés, enfatizando los dispositivos residenciales y los aportes que proponen, para luego compararlo con el dispositivo local. Se tomará como marcos normativos de las casas de convivencia, antecedentes de leyes en ésta área hasta arribar a la sanción de la primera Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.557 (a partir de ahora LNSM).

Finalmente, se analizarán las particularidades del proceso de constitución de la casa de medio camino local y la desinstitucionalización de cuatro pacientes. En las conclusiones se enunciarán los aportes, alcances y características instituyentes de dicho proceso.

Palabras claves: Casa Asistida – Departamentos terapéuticos (DT) – Vivienda de bajo alquiler (HLM) – Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 – Ley Provincial de Salud Mental Nº 10.772 – Lógicas manicomiales – Desinstitucionalización – Inclusión social.

Summary

The present paper analyzes the process of constitution of the alternative device Casa de Medio Camino in its modality of Assisted Housing from a Regional Center of Public Mental Health of the province of Santa Fe, Argentina. To this end, it will focus on the problems of the effects of institutionalization in patients with long–term subjective suffering in a monovalent hospital: how to overcome them during the processes of so-

[1] El presente artículo fue reescrito sobre la base del Trabajo Integrador Final de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria (cohorte 2010–2011) "Casa Asistida, un espacio para habitar facilitador de la inclusión social para pacientes de larga institucionalización" (año 2014) del que soy autora y fuera dirigido por el Psicólogo y Especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria Claudio Cúneo.

[2] Psicóloga, Especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria. Trabaja en Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Santa Fe, Argentina. Correo electrónico: molcecilia@hotmail.com

cial inclusion consistent with the policies of de–asylum? We will make, first, an approximation to two international deinstitutionalization processes, the Italian and the French, emphasizing the residential devices and the contributions they propose. We then compare it with the local device. It will be taken as normative frameworks of the houses of coexistence, antecedents of laws in this area until arriving to the sanction of the first National Law of Mental Health Nº 26.557 (LNSM). Finally, the particularities of the process of constitution of the local halfway house and the deinstitutionalization of four patients will be analyzed. The conclusions will set out the contributions, scope and institutional characteristics of this process.

Keywords: Assisted Home – Therapeutic Departments (TD) – Low–rent Housing (HLM) – National Mental Health Law Nº 26.657 – Provincial Mental Health Law Nº 10.772 – Psychiatric logics – Deinstitutionalization – Social inclusion

Introducción

En este escrito abordaremos la problemática de los efectos de la institucionalización en pacientes con padecimientos subjetivos de larga internación en hospitales monovalentes públicos y la interpelación en cuanto a: ¿cómo superarlos durante los procesos de inclusión social consecuentes a las políticas de desmanicomialización? Enmarcado en la temática del dispositivo de casa de medio camino, nos interesa, particularmente, describir y analizar cómo se fue constituyendo la primera Casa Asistida de Mujeres, creada por actores institucionales desde el mismo efector público del cual se externaron. Dentro de este recorte, se intentará profundizar en lo particular de los procesos que se fueron dando y posibilitaron hacer efectiva la desinstitucionalización de las pacientes allí alojadas.

El Centro Regional de Salud Mental (C.R.S.M.) es un hospital monovalente, con internación en salud mental y guardia permanente. Es el único efector público en la región de esta especialidad y con estas características. Dispone de dispositivos de internación para las situaciones de crisis, sin embargo, más del 50% de sus camas están ocupadas con pacientes de larga institucionalización (crónicos).[3]

Es desde el marco de la Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772 –sancionada en 1991 y reglamentada en 2007–, que se impulsó la transformación del C.R.S.M. y la creación de los nuevos dispositivos sustitutivos de las lógicas manicomiales. Las Casas de Medio Camino, en su modalidad de Vivienda Asistida, son uno de los proyectos surgidos en estas coyunturas. Sin embargo, no es menor y debe destacarse, la demora transcurrida desde la sanción de la ley provincial en Santa Fe hasta la creación de la primera casa en el año 2009. En este sentido, la puesta en marcha de la primera Casa Asistida desde el C.R.S.M. –en la actualidad son dos, una de mujeres y otra de varones– constituye una experiencia pionera como modo de lograr la desinstitucionalización de pacientes crónicos desde el hospital, proceso pionero en cuanto a la construcción conjunta entre usuarios y trabajadores de la salud mental que tiene por meta la tan deseada desmanicomialización. Se trata de una construcción que se renueva día a día a través de la revisión y la reformulación tanto de las prácticas de los equipos de salud como del modo de habitar de las moradoras.

A pesar de la transformación que fue atravesando el C.R.S.M., los pacientes con larga institucionalización o con repetición reitera-

[3] Año en el que fue realizado el TIF (2014) con las entrevistas y el material disponible hasta ese momento.

das de internaciones, están atravesados por la impronta de la institución, huellas de lo que Goffman (1972) postula como institución total: los individuos tienden a permanecen apartados de la sociedad y comparten una serie de rutinas diarias administradas formalmente. En estas instituciones todos los aspectos de la vida de un individuo se desarrollan mayormente en un mismo lugar, todas las actividades diarias se llevan a término en compañía de los otros: están programadas y son mayormente obligatorias y se integran en un único plan racional concebido para alcanzar los objetivos de la institución. "La institución controla el tiempo del interno e invade su sentido de identidad originando la mortificación del yo". (Goffman, 1972, p.27). Desde el momento del ingreso se priva al paciente de las posibilidades y de los objetos que definen su identidad, pierde privacidad.

Para el presente trabajo partimos de considerar que la cronicidad hospitalaria es el resultado de largos períodos de internación y que las consecuencias que produce en los pacientes son, en su mayoría, devastadoras. Las más importantes a reseñar son: "el distanciamiento del entorno familiar, las pérdidas de capacidades laborales y de los hábitos de la vida cotidiana, la dificultad en el cuidado de sí mismo debido a la relación de dependencia establecida con la institución, escollos para hacer lazo fuera del hospital". (Scandizzi, 2013)

De ahí la importancia de conocer e indagar el dispositivo Casa Asistida, de evaluar los alcances del proyecto en cuanto a la búsqueda del mantenimiento o recobro de los lazos sociales en la comunidad y de los hábitos del cuidado de sí, de propiciar la continuidad o el reencuentro con los lazos familiares y de amistad. Este dispositivo sustitutivo se desarrolla en el marco de las políticas de desinstitucionalización promovida por las leyes, identificando los aspectos fundamentales del marco legal delineado por las leyes provinciales y nacionales de salud mental en la Argentina.

En cuanto a la metodología utilizada se recurrió a la construcción de un marco teórico general respecto de experiencias de desinstitucionalización internacionales que nos preceden y revisión del marco legal de salud mental en la Argentina. Con respecto al material de campo, se basó en material resultado de entrevistas semiestructuradas y abiertas a los principales actores que participaron del proyecto y proceso de constitución del nuevo dispositivo. Por último y con la finalidad de integrar las informaciones específicas, se asistió a conferencias sobre la temática y la realización de observaciones tanto del C.R.S.M. como de la residencia analizada.

Experiencia italiana

Entre las experiencias de desinstitucionalización a nivel mundial, la experiencia italiana sobre la reforma psiquiátrica y sus procesos de desinstitucionalización, ha marcado un profundo cambio y una notable influencia en el resto del continente. Fue un proceso de profunda transformación que partió desde los manicomios hasta lograr servicios de salud mental en el territorio. En el año 1978, la ley de reforma de la psiquiatría, más conocida como Ley 180 o ley Basaglia puso en movimiento un proceso nacional italiano de eliminación de los hospitales psiquiátricos. Esta ley permitió el cierre definitivo de dichas instituciones recién al final de la década del noventa. Asimismo, la creciente instauración de servicios basados en el territorio facilitó a las personas con sufrimientos mentales vivir y desenvolverse normalmente en un contexto social.

Luego de haber sido director del hospital local de Gorizia, Franco Basaglia toma la

dirección del hospital psiquiátrico provincial de Trieste en 1971. Ya en Gorizia descubre el tratamiento "carcelario" que recibían los pacientes internados y los dolorosos procedimientos de muy dudosa eficacia a los que eran sometidos, lo que contribuyó a consolidar su compromiso con la democratización de la psiquiatría, la humanización de sus métodos y procedimientos.

En el libro *La institución negada. Informe de un Hospital Psiquiátrico,* Basaglia (1972) denuncia que los hospitales psiquiátricos no podían ser modificados ya que, obedeciendo a normas y leyes de orden público y de control social, no podían cumplir con los objetivos de asistencia y de rehabilitación, constituyéndose más bien en productores de enfermedad. La idea que se imponía con fuerza era ir más allá del manicomio, es decir, transformar su organización no tanto para reformarla, sino para superarla.

En relación a los cambios legislativos que acompañaron a la reforma italiana, cabe mencionar que cuando asume Basaglia como director del hospital de Trieste, la atención psiquiátrica estaba regulada por una ley que databa de 1904 cuyo eje era la protección de la sociedad de la *peligrosidad* de los enfermos mentales. Lo principal era la custodia y no la atención, las personas que se internaban perdían sus derechos civiles. En aquel entonces los manicomios estaban a cargo de administraciones provinciales. La ley 180 comienza una nueva etapa de regulaciones normativas de los marcos nacionales y provinciales. Asimismo, define responsabilidades y funcionamiento de los departamentos de Salud Mental. Entre los aspectos más característicos que implica esta ley, cabe destacar la eliminación de los hospitales psiquiátricos y la *restitución del derecho de las personas al tratamiento fundado en la atención y en la salud, y no ya en el criterio de peligrosidad.*

La experiencia del hospital de Trieste fue pionera y paradigmática de los procesos que posteriormente sucedieron en Italia como así también en nuestro país.

¿En qué consistió aquella experiencia? El equipo de trabajo comenzó a usar normativas de hospitalización voluntaria, sin privar a los pacientes de sus derechos, acrecentando la posibilidad de movimiento dentro y fuera de la institución. Para lograrlo, los trabajadores reorganizaron profundamente los espacios internos y la relación entre los pacientes y el personal. Se conformaron cinco equipos que pasaron a encargarse de cinco áreas de la ciudad, mientras se llevaban a cabo reuniones diarias de la dirección, de los equipos, y del personal, como espacios de reflexión y discusión. De la misma forma en las asambleas con los pacientes, coordinadas por Basaglia, se debatía sobre el devenir de los cambios. Conjuntamente, se eliminó el electro shock y todas las medidas de contención física, se abrieron las puertas del hospicio y se crearon espacios mixtos de hombres y mujeres. Por otra parte, cobraban fuerza los espacios de vida comunitaria en el hospital como las fiestas, periódicos de autogestión y bares. El trabajo terapéutico se basó en la reconstrucción de las historias de vida de los pacientes, en la tarea de restituir vínculos con las familias y con sus lugares de orígenes.

Dos aspectos son importantes a destacar de este proceso. Por un lado, a medida que los espacios del hospital se reorganizaban, se instituyeron grupos de convivencia, primero, dentro de la estructura del predio y, luego, en la ciudad. Por otro lado, se constituyeron formas de organización de los pacientes que incluyeron la creación, en 1972, de la Cooperativa de Obreros Unidos. En ella 60 personas internadas trabajan en la limpieza de salas, cocina y parque, a través de un contrato sindical con el que cada interno pasó a ser, también, un trabajador ya que recibían un salario. Los cambios mencionados demostraron que *no era la enfermedad la que impedía construir otros modos de*

rehabilitación, sino las normativas jurídicas y administrativas de exclusión de los pacientes.

A continuación, se desarrollará brevemente el *dispositivo italiano de los departamentos terapéuticos*, para luego retomarlo cuando se analice la experiencia de la Casa Asistida en la Argentina.

La experiencia en Italia de los Departamentos Terapéuticos (DT) nació en los años setenta y fueron las primeras señales concretas de superación del Hospital Psiquiátrico; un proceso que se consolidó en los años noventa, precisamente con la constitución de los DT bajo el nombre GA –gruppi apartamento– (2013, Ricerca del Dipartimento Interaziendale di Collegno / ASO – S. Luigi Gonzaga –Universitario di Salute Mental – Direttore: Prof. Pier Maria Furlan).

En el año 1995 se dieron las primeras directrices para pensar la superación del hospital manicomial y la creación de las estructuras residenciales. Específicamente, nos detendremos en el modelo de residencia de la región de Piamonte, que a través de los Decretos 357/370 del 28 de enero de 1997 establece y posibilita las intervenciones alternativas a la internación y reinserción de los pacientes en *estructuras residenciales protegidas* a través de los Departamentos Terapéuticos.

¿En qué consisten los DT? Los Departamentos Terapéuticos son soluciones habitacionales para responder a exigencias específicas de residencia asistida de tipo no asilar, dirigida a pacientes que han alcanzado una fase avanzada de su reinserción social. Los DT pueden concentrarse en grupos habitacionales cada uno de los cuales puede alojar como máximo cinco pacientes. Cada Grupo de DT no puede tener más de dos núcleos habitacionales gestionados o bien directamente por el Departamento de Salud Mental –que garantiza un soporte domiciliario con recursos propios o tercerizados– o bien, por asociaciones de familiares o voluntarios. Los niveles de asistencia y protección de cada Grupo de Departamento Terapéutico varían en función de las características de los moradores y de los proyectos terapéuticos grupales e individuales. Los usuarios contribuyen económicamente a la gestión de los mismos. A cargo del Sistema Sanitario Nacional sólo quedan los costos de las actividades sanitarias.

Los Grupos de DT representan exclusivamente una unidad habitacional y los pacientes quedan a cargo del departamento de Salud Mental que compete por territorio de residencia, el cual es directamente responsable del proyecto terapéutico de rehabilitación. En cuanto a la estrategia terapéutica de rehabilitación que sustenta a los DT, se focaliza en una forma de residencia que tiene en cuenta "lo pequeño", es decir, las situaciones de convivencia entre pocas personas, en contraposición con los grandes números de las estructuras protegidas, lo cual permite examinar de modo analítico y organizado la problemática de la casa.

La experiencia francesa

En el presente apartado se presentarán los postulados básicos de la Psiquiatría de Sector en Francia que, denunciando la crisis de la asistencia psiquiatría tradicional en su papel exclusivamente tutelar y no terapéutico (asilos), produce una relativización del saber psiquiátrico, y junto a ello la inevitable necesidad de redefinir el papel del psiquiatra. Luego se puntualizará sobre *la vivienda de bajo alquiler (habitation a loyer moderé o HLM) francesa*. La inclusión de su descripción y análisis se debe a que, en tanto viviendas sociales, en Francia, cumplen la función de casas de medio camino sin asistencia.

Siguiendo la propuesta de Cúneo (2013) sobre el proceso de desinstitucionalización

francesa, cabe señalar el impacto que la Segunda Guerra Mundial produjo en la opinión pública, generando una importante sensibilización con respecto a las condiciones en que se encontraban los enfermos mentales en los hospitales. La muerte de varios de ellos debido a limitaciones alimenticias durante el combate dio lugar a reiteradas comparaciones entre los manicomios y los campos de concentración. Se inicia así una profunda crítica hacia el sistema asilar, sostenida a partir de 1944 por un movimiento alternativo al manicomio, protagonizado al comienzo por psiquiatras marxistas y representantes de la doctrina "post esquiroliana" denominado así por Lucien Bonnafé. El post esquirolismo procuraba superar el manicomio, postulaba una visión más integral del tratamiento de la locura que no tuviera como eje al manicomio tradicional.

En marzo de 1960, ciertos triunfos políticos y normativos de la doctrina post esquiroliana se tradujeron en la aparición de una circular del Ministerio de Salud Pública, que establece un programa de organización y equipamiento de los departamentos en materia de tratamiento de las enfermedades mentales. El principio esencial de la organización consistió en separar lo menos posible al enfermo de su familia y de su medio, asimismo se reconocía que la mayor parte de los enfermos mentales tenían problemas médico–sociales importantes que no se solucionaban por la hospitalización, y que la propia hospitalización los agravaba aún más. A través de la circular se reconoce oficialmente el fracaso del manicomio. La circular aclara que la hospitalización de un enfermo es sólo una etapa del tratamiento y que debe ser continuado en las estructuras de prevención y post cura. Para esto propone dividir el departamento en una cantidad de *sectores geográficos* y en cada uno de ellos, el equipo médico–social deberá asegurar a todos los pacientes, hombres y mujeres, la continuidad del tratamiento sin hospitalización, incluyendo el seguimiento post cura.

Las viviendas de bajo alquiler (habitation a loyer moderé o HLM) se trata de viviendas administradas por una institución, pública o privada, que se beneficia de una financiación pública parcial, directa (subvención) o indirecta (créditos, subsidios). Son residencias de bajo costo, también denominadas "sociales". El 20% de la población francesa vive en viviendas de bajo alquiler. (2006 "L'accès et le maintien dans le logement des personnes ayant des difficultés de santé mentale" – L'union Sociale Pour L'habitatles Revues – Paris –France–)

El hecho de que gran cantidad de personas con padecimientos psíquicos en Francia encuentre un lugar de alojamiento en este tipo de viviendas, es relevante para el análisis del dispositivo Casa de Medio Camino; ya que describe el modo de funcionamiento y normativa de las mismas.

Como consecuencia de la política masiva de deshospitalización y el cierre de camas de hospital, el acceso a la vivienda que administran los HML se vio muy demandado por distintos actores, hospitales, asociaciones, que piden que se les dé soluciones de alojamiento a personas que sufren una enfermedad psíquica.

Los organismos de las viviendas de bajo alquiler o HLM se encuentran con inquilinos que suelen presentar problemas de comportamiento crónicos que no logran resolver solos. Frente a estas situaciones los organismos se preguntan: ¿estos problemas se deben a una enfermedad mental? ¿Se trata de personas fragilizadas por sus condiciones de vida precarias? En el momento que los actores sociales se declaran sobrepasados: ¿qué actores podrían ayudar en la búsqueda de soluciones que permitan mantener el alojamiento de estas personas fragilizadas? ¿Cómo organizarse internamente e intervenir en modo pertinente para enfrentar correctamente estas situaciones?

Los administradores sociales intervienen de distintos modos: lo más habitual es tratar de restablecer el uso pacífico de la vivienda y de garantizar el respeto del condominio. Debido a que son operadores sociales y urbanos, se encuentran implicados en el funcionamiento social del conjunto inmobiliario que administran y deben contribuir, junto a otros actores, a regular la vida colectiva. Para esto, cuentan con una *Guía para la gestión de problemas de Salud Mental en HLM*, que apunta a ofrecer información detallada para ayudar a los organismos a intervenir con criterio y a movilizar los actores sociales o del ámbito sanitario, que puedan ayudarlos a dar respuesta a las distintas situaciones que se van presentando. La guía aborda la cuestión de la vivienda adaptada a un público que sufre una fragilidad psíquica.

Las principales situaciones encontradas por los organismos de gestión de HLM son las siguientes:

- Problemas de vecindarios crónico. Pueden manifestarse inicialmente como molestias ocasionadas por un inquilino a su entorno –ruido, olores, etc.
- Problemas de magnitud inusual. El problema entre vecinos se manifiesta con una dimensión que no es habitual, asociada a un comportamiento extraño y que puede constituir un peligro potencial para la persona o para sus vecinos (peligro para bienes o personas, problemas de orden público). Los conceptos de "extrañeza" y de "peligro" pueden variar según las costumbres de vida colectiva y el grado de tolerancia del entorno.
- Dificultades en la relación administrador–inquilino. El administrador debe enfrentarse a veces con un comportamiento no habitual de un inquilino: pedidos extraños, ambivalentes u obsesivos, relaciones difíciles debidas a sentimientos de persecución, irritación extrema hacia el personal, problemas que sí inciden directamente en la relación con el administrador.
- Casos de aislamiento y de reclusión. Las administraciones encuentran, a menudo, personas que se dejan estar, se aíslan y se colocan a sí mismas en peligro, sin que los vecinos sean molestados durante un cierto tiempo.
- Casos de explotación o de riesgo o peligro de algunas personas. Los administradores se encuentran con situaciones de peligro o explotación hacia las personas frágiles o con capacidades diferentes por parte de miembros de la propia familia o de los vecinos más o menos próximos. Puede tratarse de personas generalmente aisladas que abren las puertas de su vivienda a todos.

Aun cuando el administrador no tenga las competencias necesarias para entender la realidad del sufrimiento psíquico de una persona, ni puede saber si una persona sufre o no de una enfermedad mental, sí se confronta a sus consecuencias sobre el funcionamiento social de su patrimonio. Tiene, entonces, responsabilidades y un rol que desempeñar ya sea en el largo plazo y en la urgencia. Para esto la guía señala cinco pasos que podrían ser necesarios: a) la identificación de la situación crítica puede estar relacionada con una problemática de fragilidad psicológica o de salud mental; b) evaluar la situación: se trata de analizar y de comprender el problema y decidir si se trata de algo que puede ser tratado y resuelto en el condominio y/o si tiene que ser orientado a profesionales competentes; c) es necesario que el administrador identifique y contacte los operadores competentes para que se hagan cargo de la situación y que pueda estar a la al-

tura de proveer toda la información necesaria para su seguimiento. Frente a la persona frágil, la administración funciona como puente para tramitar el pedido de ayuda; d) La gestión a largo plazo supone construir acuerdos entre los actores que accedan a tratar de forma coherente y complementaria los diferentes aspectos de la problemática; y e) la identificación de situaciones de urgencia especificadas por el Código de Sanidad Pública (peligro para la persona, su entorno, atentado al orden público) y de solicitar la intervención de las instituciones competentes dentro del marco de los procedimientos previstos por la ley.

Experiencia local

Para el desarrollo de la experiencia de la *Casa Asistida* en la provincia de Santa Fe se tomará como punto de partida la creación en el año 2010 de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Este organismo que funcionó bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Nación, se conformó por la necesidad de fortalecer las políticas públicas de salud mental, especialmente el cumplimiento de los derechos de las personas con padecimientos mentales o adicciones. El objetivo principal era promover y coordinar redes locales, regionales y nacionales ordenadas, según criterios de riesgo, que contemplasen el desarrollo adecuado de los recursos para la atención primaria de salud mental y de las adicciones. Junto a la innovación de esta dirección, se sanciona en noviembre de 2010 la primera *Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657*.

Siguiendo las conceptualizaciones que señala de Galende (2011) esta ley:

> "Reordena de manera profunda la relación represiva y discriminatoria del enfermo mental con el sistema judicial del Estado. Esta Ley, bajo una perspectiva de derechos humanos y de ciudadanía, y que impone la obligación del Estado de atender con protección de derechos a quienes padecen de trastorno mental, inaugura una nueva época en el modo de comprensión del Estado sobre la persona con trastorno mental y genera un nuevo marco normativo para su tratamiento". (Galende, 2011, p.10)

La reglamentación de la ley nacional es sancionada en mayo de 2013 mediante el Decreto Nº 603 que establece la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental en todo el territorio de nuestro país. Finalmente, en octubre de 2013, el Ministerio de Salud presenta el Plan Nacional de Salud Mental en cuyo prólogo subraya "por una salud mental para la inclusión." (Resolución 2177/2013, Plan Nacional de Salud Mental. B.O. del Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, Argentina).

Casa de Medio Camino. Marco legal

Respecto a los antecedentes normativos de la LNSM Nº 26.657, nuestra Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772 ya consideraba al dispositivo de la Casa de Medio Camino como un servicio alternativo.[4] Así, en el artículo 18º y su reglamentación dispone:

> "La transformación de los Hospitales Psiquiátricos tendrá como objetivo la erradicación de las lógicas manicomiales: Medicalización de los padecimientos subjetivos, internación por tiempo

[4] Los conceptos de alternativos y sustitutivos se tomarán como equivalentes.

indeterminado, aislamiento social, silenciamiento, ausencia de estrategias terapéuticas complejas y singularizadas, perpetuación de seguridad. (…) El nuevo Reglamento Básico será el instrumento normativo en el que se deberá encuadrar la sustitución de las prácticas manicomiales que subsisten al interior de los Hospitales, así como la formalización de los nuevos dispositivos de asistencia intra y extra institucionales. (…) Cada Hospital interdisciplinario deberá abocarse a viabilizar la externación no expulsiva de los pacientes institucionalizados y la implementación de dispositivos sustitutivos de las lógicas manicomiales. (…) se entiende por Servicios Alternativos todos aquellos dispositivos institucionales y comunitarios, clínicos, productivos, educativos y culturales que se orienten al sostenimiento de prácticas de asistencia al sufrimiento psíquico, que no sean expulsivas ni generen exclusión ni encierro de las personas, no atenten contra sus derechos humanos y permitan el desarrollo de sus capacidades y su inclusión en el ámbito comunitario". (LPSM N°10.772, B.O., Santa Fe, Argentina, 25/12/1991 y D.R. 2155/2007)

Entre ellos ubica a dos dispositivos que nos interesan particularmente para el presente trabajo: Casa de Medio Camino y Casa de Medio Camino bajo la modalidad de Viviendas Asistidas.

Posteriormente, en el 2010, en el artículo 11º, la LNSM Nº 26.657 enunciará:

"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; *servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional*; (…) *prestaciones tales como casas de convivencia*, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio–laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas".

Acerca del artículo citado, el Decreto 603/2013 reglamenta:

"Facúltese a la Autoridad de Aplicación a disponer la promoción de otros dispositivos adecuados a la Ley Nº 26.657 (…) *dispositivos habitacionales* y *laborales con distintos niveles de apoyo*, atención ambulatoria, sistemas de apoyo y atención domiciliaria, familiar y comunitaria en articulación con redes intersectoriales y sociales, para satisfacer las necesidades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que favorezca la inclusión social". (D.R. 603/2013 de la Ley Nº 26.657, reglamentación artículo 11º)

En consonancia, el Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe, mediante la Resolución N° 2148/2013, formaliza como dispositivo de salud alternativo a las lógicas manicomiales las "Residencias Compartidas para Usuarios de Salud Mental". Entre sus consideraciones, caben mencionar:

"Que tanto la normativa nacional como la Ley Provincial Nº 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 9º de la LNSM Nº 26.657 y segundo párrafo artículo 1º, de la Ley Provincial Nº 10.772–;

"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 la salud mental comunitaria, mencionando entre dichos dispositivos a las "casas de convivencia" –artículo 11º de la Ley Nacional Nº 26.657–, así como las "Casas de Medio Camino: Destinadas para aquellos pacientes estabilizados con niveles de autonomía que no requieren asistencia específica" y las "Casas de Medio Camino bajo la modalidad de Vivienda Asistidas: Destinadas para pacientes estabilizados con un nivel de dependencia cuya asistencia requiera sostenimiento específico con un apocamiento mínimo" –artículo 18º, incisos i) y j), de la reglamentación provincial–.

Antecedentes de la Casa Asistida de Mujeres

Es desde el marco de la citada Ley Provincial N° 10.772 (1991) y su reglamentación (2007) que se impulsó la transformación del Centro Regional de Salud Mental provincial y la creación de los nuevos dispositivos sustitutivos de las lógicas manicomiales. La primera Casa Asistida de Mujeres comenzó a funcionar en junio de 2009, con cuatro mujeres residentes coordinadas por un equipo interdisciplinario.

En el proceso de constitución de la Casa Asistida, fue clave la participación de los actores del hospital monovalente quienes contribuyeron a la paulatina transformación que derivó en la creación del dispositivo. Ello estuvo dado por el sostenimiento desde las diferentes autoridades del C.R.S.M. y grupos de trabajadores, de la propuesta de desinstitucionalización de los pacientes de larga internación. En las gestiones de los últimos quince años, a pesar de las resistencias de los trabajadores ante los nuevos cambios, se fueron dando modificaciones tales como la movilización de los médicos y su redistribución desde el sector de internación hacia los consultorios externos; la transformación de los equipos de internación y su constitución en interdisciplinarios conformados por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros. La incorporación de abogados a los dispositivos del hospital fue otro importante logro.

En este contexto, trabajadores del hospital realizaron una investigación (2005) con respecto a los pacientes hospitalizados, en cuanto a su situación y el tiempo que llevaban en la institución. Para ello propusieron dos categorías de análisis: pacientes de larga internación/institucionalización, es decir los llamados crónicos; y pacientes revoolving door o puerta giratoria, los que durante el año tenían varias internaciones. La investigación reveló que uno de los principales problemas que tienen los pacientes de larga institucionalización era la falta de vivienda o la imposibilidad de vivir con algún familiar. A eso se le sumaba las situaciones de desempleo.

Procesos de su constitución

A partir del material de las entrevistas[5] realizadas a los distintos actores involucrados,

[5] Las entrevistas referidas en este artículo fueron realizadas en el marco de la investigación exploratoria del cual el TIF es resultado. Serán diferenciadas sólo por el año de producción para preservar el anonimato de los actores, las mismas fueron realizadas en los siguientes períodos: marzo y noviembre de 2012; marzo y octubre de 2013; y enero de 2014.

efectuaremos una aproximación a la reconstrucción de los principales hitos del proceso de constitución de esta Casa de Medio Camino en su modalidad de Vivienda Asistida de Mujeres.

Una de las autoridades entrevistadas reseña:

> "Necesitábamos casas asistidas porque había una población crónica que no podía volver a sus hogares, la mayoría de los dispositivos estaban muy pegados a la internación. Ya había experiencias de usuarios que vivían en pensiones, no eran muchos (…) no había otra alternativa más que las pensiones, sin embargo, había personas que no podían vivir en ellas". (Entrevista, 2013)

Una de las coordinadoras reflexiona:

> "Como trabajadoras dependemos económicamente del Hospital. El alquiler de la casa fue gestionado desde el mismo, como también los alimentos, los artículos de limpieza. Los pacientes eran del hospital, la casa depende de la dirección del C.R.S.M., pasa luego a hacerse cargo directamente de estos dispositivos la Dirección Provincial de Salud Mental en cuanto al alquiler, los alimentos, los artículos de limpieza, lo necesario para el funcionamiento". (Entrevista, 2013)

Desde el hospital estaba fuertemente instalada la idea de concretar dispositivos de residencias compartidas como sustitutivos a las lógicas manicomiales. ¿A partir del alquiler de la casa, qué movimientos se empezaron a realizar en el hospital?

Como claramente expresan los distintos actores entrevistados, se empieza a reflexionar sobre la posibilidad de llevar a ese espacio, uno de los talleres de producción que funcionaba en el Centro Cultural del hospital, toma relevancia la idea de empezar a habitar la casa a través del taller, del trabajo, que las pacientes hubiesen hecho lazos; además de elegir al personal y pensar en la selección de las moradoras, que, hasta ese momento, seguían siendo pacientes internadas en los pabellones.

Por un lado, ya contaban con la casa, pero todavía faltaba terminarla de acondicionar. Por otro lado, cuando se alquiló la casa se tuvo en cuenta que tuviera un espacio grande para trasladar el taller de producción de costura: "para las mujeres que viven ahí el taller es un espacio que sigue siendo un soporte fundamental en cuanto a su cotidianidad". (Entrevista, 2013)

¿Cómo se fue dando la selección de las moradoras?

> "Desde los que estábamos pensando el nuevo dispositivo, aparece la pregunta: ¿a quién había que definir primero, a los pacientes o a los que debían acompañarlos? Se hizo un relevamiento de los pacientes de larga internación y que estuvieran en condiciones de externarse. Y se empezó a trabajar con ellos acerca de trasladarse a la Casa, aparecieron temores, dudas y entusiasmo (…) En sí lo primero que hicimos fue reflexionar cuestiones con los compañeros del hospital, principalmente queríamos que entendieran lo que estábamos haciendo (…) y es así que se puso en movimiento algo muy interesante, todos empezaron a apropiarse y a participar de la nueva iniciativa. La casa estaba vacía, había que amoblarla y no contábamos con presupuesto suficiente. Fueron los compañeros los que donaron mesas, sillas, sábanas, etc." (Entrevista, 2103)

Esto permite indagar acerca del proceso que realizaron los diferentes actores –directivos, coordinadores, trabajadores del hospital– implicados en el nuevo dispositivo, evidenciando la puesta en marcha de un proceso de reflexión acerca de sus propias prácticas y en particular con respecto a la Casa Asistida. Dicho proceso conlleva a un estado de interrogación permanente entre el modo de atención que se da adentro del hospital y el modo de atención que se da por fuera. En relación a: ¿que implica asistir a estas mujeres? Los equipos interdisciplinarios empiezan a perfilar la idea de la asistencia como un cuidado, pero no como un único modo esquemático de trabajar con las residentes de la casa asistida, como era en el hospital– horarios para las actividades de la vida diaria, tales como alimentación, higiene, descanso, etc.– sino pensar la asistencia en relación a las singularidades de las moradoras a través de estrategias terapéuticas complejas y singularizadas.

Es así que, en las Jornadas realizadas sobre estos dispositivos, aparecieron ciertas interpelaciones con respecto a los modos de intervención manicomiales tales como: "rigidización de respuestas ante una variedad de sufrimientos", "pérdida de la autonomía de los internados", tratar al "sujeto como un objeto". Así una de las disertantes expone: "Encierro, exclusión y ocultamiento al parecer esto cuando trabajábamos allí (hospital) es tan ajeno a nosotros y esas *lógica*s institucionales y manicomiales construyen subjetividades". (Córdoba, S. 2013)

La discusión en esas jornadas gira alrededor del señalamiento de la importancia del sostenimiento de intervenciones clínicas singularidades en relación a los usuarios que viven en estos dispositivos, para no caer en el riesgo de que aquello que sustituye al manicomio, pueda tener también un efecto rígido y devastador como lo fue en su momento el manicomio mismo, ya que la invisibilidad de ciertas prácticas y las lógicas pueden ser manicomiales más allá del manicomio.

Asistencia

Los equipos de trabajadores que acompañaron el sostenimiento y funcionamiento del dispositivo acuerdan acerca de lo que implica la asistencia terapéutica de las moradoras, que complejiza el camino a transitar.

> "No es una asistencia al modo del Hospital, pero tampoco pueden vivir solas. Asistencia en el sentido de acompañarlas en que puedan continuar con sus quehaceres, hacer su comida, que hagan actividades que tengan que ver con sus deseos. (…) *Es en esta lógica de trabajo que la palabra asistencia* tiene que ser pensado como *presencia* (…) *por lo menos esta asistencia, este cuidado,* esta presencia tiene sentido que en el momento de acompañar, este *acompañamiento* tiene que ser pensado como una marca, como una fuente de significación, como algo que se construye colectivamente, que ante la no presencia nuestra, las mujeres puedan seguirlo. Es por esto que cuando me preguntan que es *la asistencia digo que es presencia en la ausencia, continuidad en la discontinuidad*. En esta forma de trabajo, en una casa donde uno va, estás unas horas y luego te retiras, las mujeres se acompañan entre ellas y tienen que recuperar en determinados momentos esto que hemos construido como rutas posibles, como puentes/fuentes de significación para transitar determinados momentos del otro día. (Entrevista, 2013)

Externación. ¿En qué consistió el proceso de externación de estas cuatro mujeres? Fueron, entre otros, las preguntas que se indagaron al momento de realizar los encuentros con los actores implicados. Una de ellas va marcado coordenadas de este proceso en su relato:

> "Al principio estaba todo el tiempo con ellas. Fue un proceso paulatino, comenzamos a salir del hospital, a transitar en la ciudad, en colectivo. Eran otros tiempos, cuarenta y cinco minutos en el cole, en relación al tiempo "muerto" en el hospital. Aparecieron dificultades singulares de viajar en colectivo, disparó en ellas las más diversas fantasías, miedos, persecuciones: temores ante la mirada de los otros, de creer que el chofer podía chocar, etc. (…) *Viajar, llegar a la casa, estar en la casa, armar los espacios amueblándolos. Fueron apropiándose del modo de habitar una casa, transitar el tiempo y el espacio, por ejemplo, tomando un mate, ir a limpiarla.* Cuando llegaban donaciones, entre ellas había cosas rotas, el trabajo consistía en que eligiesen lo que a ellas les gustaba, que no debían aceptar pasivamente todo lo que allí llegaba". (Entrevista, 2013)

Espacio y tiempo. Las instancias de trabajo clínico con las moradoras, en relación a la construcción de las categorías de espacio y tiempo adquirieron ciertas particularidades.

> "Luego empezamos a ir en otro momento del día, a la tarde, proceso que llevó seis meses aproximadamente. Recuerdo que en la primera casa que se alquiló las puertas de algunas piezas no cerraban, además de arreglarlas, se trabajó sobre la importancia de que haya *espacios delimitados*. También cada vez que íbamos, otro tema que surgía era el de las llaves**,** el de asegurarse de que la puerta estuviera cerrada. *Las moradoras volvían a tener una llave, a diferencia del hospital, donde las puertas permanecen abiertas o son otros los encargados de cerrarlas, controlarlas* (…) Otro momento para elaborar fue lo relacionado al fin de semana, que pasaba en el barrio, cuáles eran los momentos de ocio, qué actividades se les ocurría que podían realizar. Así se fue instituyendo los paseos a la plaza (…) Con respecto al teléfono, en el hospital, cuando se les permitía llamar, esto era en algunos horarios, de tal hora a tal otra, y con la modalidad de la llamada del hospital, que a los tres minutos se corta la comunicación. Acá en la casa no, entonces la situación que se planteó era como entrar en una *regulación pero que no sea una norma desde lo manicomial*". (Entrevista, 2012)

Las moradoras de la Casa Asistida

Antes que presentemos a las moradoras volvamos la mirada una vez más hacia la institución elegida para el recorte del problema que este trabajo aborda, y de la cual estas mujeres se externaron. Como describíamos anteriormente el C.R.S.M. es un hospital público monovalente con internación en salud mental y guardia permanente. Como hospital público está principalmente destinado a la atención y prestación de servicios de salud mental para personas de bajo recursos económicos. Además de la atención de pacientes en crisis, a través de la guardia psiquiátrica permanente de 24hs y la atención de pacientes crónicos, cuenta también: con atención ambulatoria en consultorios externos, atención domiciliaria,

talleres culturales y dispositivos de admisión. Todas estas instancias son desarrolladas por equipos interdisciplinarios.

Ediliciamente se divide en cuatro bloques. La parte de adelante está destinada al funcionamiento de la dirección, administración, consultorios externos, farmacia y oficina de abogados. Separados del resto a través de una puerta, que comunica con el patio, y es por donde se accede a los dos pabellones de internación cada uno de dos plantas, cuatro salas, baños de uso común, office de enfermería y consultorios de atención. Hacia el lado opuesto y paralelo a los consultorios externos se levanta el edificio o parte correspondiente a la guardia que tiene entrada por otra calle de la ciudad. Otra parte de la estructura está destinada al comedor y a los talleres culturales. Todas las estructuras edilicias se comunican internamente a través de un patio, con puertas que están bajo llaves (la que da al sector de guardias) y hay un guardia que controla la salida al exterior a través del pabellón del frente.

En dicho pabellón de entada correspondiente a los consultorios externos y dependencias administrativas podemos observar un movimiento casi frenético de personas que van y vienen, un colectivo heterogéneo que sin embargo comparte algunas cualidades y se diferencia claramente de otras personas que también están por allí. El grupo semoviente está compuesto por profesionales, residentes de psiquiatría, administrativos, porteros y algún que otro personal de servicios generales y vigilancia. Todos parecen muy atareados y apurados. El otro grupo está constituido por los pacientes que esperan para ser atendidos por su psiquiatra o psicólogo, o para sacar un turno. En su mayoría están quietos y cabizbajos, otros simplemente están como ausentes, pero a todos parece identificarlos la quietud y la espera.

Para acceder a los pabellones de internación lo realizamos a través del patio, antes de que la persona de seguridad abra con su llavín. El patio es amplio, la mayor parte con piso de material y con algunos árboles grandes. Además, hay varias mesas de cemento con sus correspondientes bancos, y en algunas de ellas hay pacientes compartiendo una mateada o charlando. También hay otros en silencio o escuchando la radio, y un par están tirados como durmiendo una siesta, descalzos y con el torso desnudo.

Si bien el hospital fue modificándose y cambiando sus prácticas en función de las nuevas políticas de desmanicomialización sigue siendo un hospital y no un lugar para residir.

¡Qué distinto fue encontrarnos con dos de las moradoras de la Casa Asistida, a la salida de un supermercado y no en el patio o pabellón del hospital del cual partieron!

Mientras van terminando de hacer las compras, se puede observar: una de ellas chequea el ticket, la otra menciona a la cajera la dirección donde debía ser enviada la mercadería. En un bar se realizaron las entrevistas (enero 2014). Están alegres, interesadas en que conversáramos. Mientras guardan los tickets y la calculadora, comentan: "qué caro que está todo, desde la última vez que vinimos aumentaron los productos".

Luego describen sobre los momentos de sus crisis subjetivas y sus internaciones y la gran diferencia de lo que realizan en la actualidad: una de ellas se ocupa de la contabilidad de los gastos de la casa y del taller de producción de costura. Detallan sobre las diferentes ayudas económicas que reciben tales como: planes promover, cupones o vales para mercadería y tarjetas de ciudadanía, ingresos con los que se desenvuelven para cubrir algunos de sus gastos. Una de ellas calcula el importe de esos beneficios y en qué los distribuyen.

Posteriormente pasan a narrar sobre su

cotidianidad en la casa, una ayuda en el preparado de la comida, limpia, la otra moradora se ocupa de las plantas. Se despiertan más bien temprano: "compartimos unos mates mientras cuchicheamos en la cocina de todo, de lo qué vamos a preparar para comer, de los hijos". Aclaran que antes, estando en el hospital no hablaban entre ellas, "ni con nadie".

Sobre la casa dicen: "es muy linda tiene dos dormitorios, un living comedor, cocina y baños grandes. Un espacio donde realizamos yoga y un jardín con muchas plantas". "Estamos mejor que en el hospital" Ambas coinciden en cuanto al tiempo libre: "realizamos más actividades", "podemos bañarnos cuando queremos, lavarnos nuestra ropa". "Para hacer nuestras cosas y recibir visitas. En cambio, en el hospital está todo programado, la medicación, la hora en que te tenés que bañar. Ahora nos dejan medicación por un mes y nosotros las tomamos solas".

Asimismo, mencionan que estando en la Casa Asistida vuelven a retomar proyectos de antaño tales como continuar estudios interrumpidos.

Al hospital lo asocian con aburrimiento y tristeza, cuando presenciaban las crisis de los otros internos, por más que contaran con espacios de producción y equipos de profesionales que las atendían.

Una moradora explica que durante su internación que se extendió a tres años trajo como consecuencia que los lazos con sus hijos se fuesen deteriorando: "allá no iban a verme", entonces con el acompañamiento de las coordinadoras empezaron a generase esos encuentros, "al principio era en un espacio público, después los pasaba a buscar y juntos íbamos hasta la Casa Asistida, hasta que finalmente comenzaron a venir por su cuenta".

En relación al dispositivo casa asistida, una de las moradoras dice: "me tomó por sorpresa, no sabía de su existencia". El mayor temor que en aquel entonces le producía el nuevo cambio, era la convivencia con otras personas. "Al principio no hablábamos ni entre nosotras, en el hospital no nos conocíamos porque estábamos en diferentes pabellones". También menciona como diferencia: "en el hospital para ver tele era un problema, porque los otros internos iban y te cambiaban de canal". Recuerda que cuando fueron a compartir la fiesta de fin de año que se realiza en el C.R.S.M. vieron a sus ex compañeros "deteriorados" y "crónicos".

En cuanto a la atención de su salud, en la actualidad recurren al Hospital General, emplazado en el barrio, en particular para la realización de los tratamientos psiquiátricos y psicológicos, esto fue un proceso paulatino, ya que, en los primeros tiempos, continuaban con la atención por consultorios externos con los mismos profesionales que la asistían durante la internación. El acceder al hospital cercano a su vivienda les permitió también empezar a empoderarse e implicarse activamente en la gestión y sostenimiento de la importancia de los controles ginecológicos, nutricionales, endocrinológicos, cardiológicos, etc.

En cuanto a sus actividades productivas, tres veces a la semana participan de un taller de producción de costura: bordando o cociendo o remallando. Y una vez por semana participan de una feria donde ofrecen los productos que confeccionan. En cuanto a las actividades recreativas, los sábados van un bar o heladería.

Con la tercera moradora el encuentro fue realizado en el comedor de la Casa Asistida, orgullosa comenta el hecho de haber podido comprarse un somier y televisor para su habitación y haberla podido adornar con objetos personales como cuadros y fotos. La habitación la comparte con otra de las residentes quien la ayuda con algunas cuestiones ya que

presenta dificultades en su movilidad. Para poder trasladarse por la ciudad, cuenta con el sostén de un acompañante terapéutico.

La cuarta moradora que ingresó con posterioridad a las tres primeras, describe que al principio solo se quedaba los fines de semanas y paulatinamente fue incorporando mayor cantidad de días logrando luego su residencia permanente. También describe que en la casa cuenta con un lugar privado para que su hijo la visite. De los recuerdos del hospital dice: "es un lugar feo, algunos de internos se peleaban, la ropa que tenías para usar no siempre te quedaba bien y muchas veces perdía mis objetos personales".

Es muy significativa la expresión que utilizan para denominar el lugar donde habitan: *es nuestra propia casa.*

Análisis. Reflexiones finales

Se entiende como anti manicomiales a aquellas lógicas implícitas en diversas prácticas, ya sean jurídicas, médicas, psicológicas, económicas, políticas, que van en contra de la medicalización en exceso, el silenciamiento y la exclusión social de los padecimientos psíquicos. Lógicas manicomiales que separa un objeto ficticio, la enfermedad, de la integralidad de las personas y del tejido histórico–social en el que advinieron como tales y en el que surgieron sus problemas.

En consecuencia, pensar la desinstitucionalización es hacer referencia a la tarea de de–construir esas producciones institucionales existentes y constitutivas de los imaginarios culturales compartidos. Esas producciones, si bien pueden ir más allá de los manicomios reales, encuentran en sus lógicas derivadas, su fuente y su consistencia. Por lo tanto, la deconstrucción coincide con la creación y sostenimiento de experiencias sustitutivas que se van convirtiendo en dispositivos e instituciones nuevas y, por ende, en constante transformación.

Retomando las propuestas conceptuales italianas en relación al departamento terapéutico, los autores, al pensar en la rehabilitación, diferencian "casa" de "habitar". Mientras que por casa se entiende simplemente un lugar para vivir, sin ser necesario recurrir a habilidades donde sólo será suficiente con "estar"; en cambio "habitar" representa algo más complejo y diverso: "adquirir habilidad contractual, ejercer un poder material o simbólico", ser partícipes y protagonistas en cuanto se esté viviendo". Y agregan que el manicomio es el símbolo por excelencia del "no habitar", más bien del "estar" (2013 Ricerca Dipartimento interaziendale ASL5. Collegno/ASO S.Luigi Gonzaga Universitario di Salute Mentale – *Proposte di linee guida per i gruppi appartamenti*, diretto dal Prof. Pier Maria Furlan)

Asimismo plantean: "Por cierto, sería necesario apuntar a construir habitaciones pensadas como lugares de transición hacia el habitar verdadero, entender estas estructuras como recorridos donde se devuelva una parte de aquellas especificidades que caracterizan una casa; de manera que la persona adquiera competencias y capacidades para habitar, es decir la discrecionalidad, el poder de decidir y el poder contractual".

Si consideramos el planteo de Basaglia (1972), la regla institucional tiende a destruir al individuo para perpetuarse, asegurando su propia supervivencia. La institución tiende entonces a asumir el rol de custodio confirmando con el tiempo el aspecto crónico de la enfermedad. Sin desconocer el profundo planteo de Basaglia, hay que tener en cuenta que rehabilitar implica afrontar un proceso recíproco en el que interviene el terapeuta, la persona con padecimiento psíquico y la comunidad; por lo tanto, la intervención tiende

a influir en ámbitos más generales como: la búsqueda del nivel más alto posible de autonomía y de la libertad de expresión del sujeto, acompañar a la persona con respecto al logro de la modificación de vínculos que impliquen modos y relaciones rígidas que hacen obstáculos en sus lazos sociales y promover en el contexto la inserción de las personas que sufren. Estos objetivos deben ser incluidos en un proyecto integral de vida, que no puede ser ni predeterminado, ni decidido sin tener presente la singularidad del sujeto.

Para el presente análisis es enriquecedor poder comparar el dispositivo de Casa Asistida con la propuesta italiana de los departamentos terapéuticos en tanto representan una estructura intermedia en el ámbito de la asistencia de la salud mental. Se configuran como lugares adecuados para el desarrollo de intervenciones clínico terapéuticas orientadas a la recuperación de la dimensión del tiempo, del espacio y de las relaciones en el plano de las vivencias singulares. Trabajar sobre la cotidianeidad y sobre el hecho de habitar un lugar, implica necesariamente "el encuentro" donde se sitúan las residencias.

Es desde aquí que cobra relevancia el sentido de "habitar" en un lugar del que los usuarios se puedan apropiar, es decir, contar con el poder de utilizar un objeto (habitación y sus recursos) y de prohibir que los demás lo utilicen, en lugar de "vivir en", en el sentido de simplemente "estar". La ausencia de posesión implica la ausencia de autorregulación, es decir la ausencia de poder, de perseguir los propios propósitos en las formas y tiempos establecidos singular y autónomamente.

En otras palabras, el habitar, el estar juntos, el "vivir con" y crecer con, representan un potencial terapéutico que responde junto a las características de residencias de reducidas dimensiones, a la necesidad de seguridad de integración y de afectos que es propio de una casa: un objeto estable, un punto de seguridad que recibe el usuario y lo ubica en un espacio físico. La vida cotidiana, compartir un lugar, el espacio y el tiempo se centra sobre la acción en lugar de la verbalización; se comparten experiencias de todos los días en una relación emocional y física muy íntima, cada gesto se comparte y se valoriza.

En relación a esto, el aporte de la experiencia italiana nos permite reflexionar sobre la importancia de que, tanto moradores como el personal del equipo, conozcan y construyan la distinción entre espacios privados y comunes dentro de la casa. Es necesario, también, que el dispositivo se configure como un lugar de habitación civil que favorezca los objetivos de inclusión social y autonomía para lo que es fundamental que se sitúe en un lugar no aislado para que los servicios de base sean de fácil acceso.

Es importante destacar que, en nuestra región, si bien se promueve el desarrollo de dispositivos como las casas de convivencia, en tanto servicios cuya meta es la inserción social de los pacientes que han padecido pérdidas y *mortificaciones en su yo* como consecuencias de la *institucionalización* en instituciones totales, no se puede soslayar que las creaciones de estos dispositivos están en una etapa inicial en función de lo propuesto por la ley. La Casa de C.R.S.M así lo revela, y no por el hecho de que no haya logrado la desinstitucionalización de sus moradoras y el restablecimiento de sus derechos, es notorio el compromiso e implicación de este grupo de trabajadores, sino que son experiencias que recién van logrando cierta articulación y afianzamiento con otros servicios. Es claro que esta experiencia adquirirá otro sentido en fase de consolidación del sistema de salud mental y de la constitución de tantos otros servicios.

La Casa Asistida ha conseguido devolver aquello que en su momento se les profanó

a estas cuatro mujeres. Pero la realidad indica que son sólo cuatro. Entonces, ¿cómo prosigue esta experiencia? ¿Se cuenta con un plan de externación desde el hospital monovalente?

Cuando los departamentos o casas ya no sean protegidas o asistidas, es decir, cuando se avance en la inclusión social de estos pacientes, los interrogantes de la experiencia francesa, nos permiten vislumbrar las situaciones que pueden darse en la comunidad, y a las que habrá que aportar soluciones que en muchos casos abrirán otras preguntas resultado de la complejidad abordada. Acudimos a ese material ya que sitúa la cuestión de las crisis subjetivas en la comunidad. ¿De qué manera se prepara nuestra región para esto? Si bien será necesario estar atentos, no hay dudas de que la Ley Nacional de Salud Mental traslada, lo que antes se recluía y separaba en un acto de segregación al hospital monovalente, al corazón de la comunidad.

Referencias

- Alberdi, J., Coll, L., Mutazzi E. & Vismara E. (2005) La problemática de la institucionalización crónica y el fenómeno de "revolving door" en pacientes usuarios del Centro Regional de Salud Mental "Dr. Agudo Ávila". *Revista Cátedra Paralela.* Argentina.
- Amarante, P. (2009) *Superar el Manicomio: Salud Mental y atención Psicosocial.* Buenos Aires, Topia Editorial.
- Basaglia, F. (1972) *La institución negada. Informe de un Hospital Psiquiátrico.* Barcelona, Barral Editores.
- Basaglia F. (1979) *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio.* Buenos Aires, Editorial Topia, 2009.
- Centro de Estudios Legales y Sociales & Mental Disability Rights International (2007) *Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental en Argentina.*
- Córdoba, S; Scandizzi, A. (2013). *Casas Asistidas de Mujeres.* Ponencia presentada en Jornadas sobre Dispositivos de Sustitución Manicomial: Casas Asistidas, Casas compartidas y otros dispositivos habitacionales", realizada por departamento de docencia e investigación del C.R.S.M. "Dr. Agudo Ávila", Rosario, Argentina.
- Cuneo, C. (2013) *Seminario Procesos de desinstitucionalización* en Carrera de Especialización en Psicología Clínica Institucional y Comunitaria. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario, Argentina.
- Decreto reglamentario N° 2155/2007 de la Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772, Boletín Oficial de la provincia de Santa Fe. Santa Fe, Argentina (28 de setiembre de 2007).
- Decreto reglamentario N° 603/2013 de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Boletín Oficial. Buenos Aires, Argentina (29 de mayo de 2013).
- Dell' Acqua, P. (2011) "Desde el manicomio hacia los servicios de salud mental en el territorio" en *Ideass Italia Innovación para el Desarrollo y la Cooperación Sur–Sur* (www.ideassonline.org).
- Galende, E. Editorial en *Revista Salud Mental y Comunidad,* Ediciones de la UNLa. (29 de setiembre 2011).
- Genot–Pok I., Charbonnel, A., De Lard–Huchet, B., et al. Réforme des soins psychiatriques: voir clair dans une réforme encore obscure. *En Actualités jurisanté* (CNEH), N° 76, 2011/12. – 3–30
- Guigue, S. Présentation de la loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques

et aux modalités de leur prise en charge. En *Revue Droit & Santé*, n°45, 2012/01, p. 47–53

- Goffman, E. (1972), *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- Instituto de Derecho e Integración. Colegio de Escribanos de la Provincia de Santa Fe. Revista N°5, año 3 (2011)
- L'accès et le maintien dans le logement des personnes ayant des difficultés de santé mentale – L'union sociale pour l'habitat. *Les Revues. Paris, France*. 2006 (www.union–habitat.org)
- Käes R, Bleger, J. Fornari, F. Fustier, P. Roussillon, R. & Vidal, J.P. (1998) *La institución y las Instituciones*, Argentina, Ed. Paidós.
- Hermosilla, A. & Cataldo, R. "Ley de Salud Mental 26.657. Antecedentes y Perspectivas" en *Psiencia Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*. Volumen 4, nro. 2 (noviembre 2012), p. 134 a 140.
- Ley N° 10.772 *Ley Provincial de Salud Mental*. Boletín Oficial. Santa Fe, Argentina (25 de diciembre de 1991).
- Ley N° 26.657 *Ley Nacional de Salud Mental*. Boletín Oficial N° 32041, Buenos Aires, Argentina (3 de diciembre de 2010).
- Resolución Nº 2177. *Plan Nacional de Salud Mental*. Boletín oficial del Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, Argentina (8 de octubre de 2013).
- Resolución N° 2148. Boletín Oficial de la Provincia de Santa Fe, Santa Fe, Argentina. (22 de octubre de 2013)
- Ricerca Dipartimento interaziendale ASL5. Colle/ASO S.Luigi Gonzaga Universitario di Salute Mentale (2013) – *Proposte di linee guida per i gruppi appartamenti*, diretto dal Prof. Pier Maria Furlan. Italia
- Resolución N° 2148. Boletín Oficial de la Provincia de Santa Fe, Argentina. 22 de octubre de 2013.
- Saidon, O y Troianovki, P (Comp.) 1991. *Políticas en Salud Mental*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Salud Pública y Salud Mental: el nacimiento de la política del sector. En *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. – Vol. XI. N° 37. Año 1991.
- Scandizzi, A (2013). *Casa Asistida C.R.S.M "Dr. Agudo Ávila"*. Ponencia presentada en el III Congreso de Salud Pública de la Provincia de Santa Fe, Rosario, Argentina.
- Wagner Sousa Campos, G. (2001) *Gestión en salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires, Caribe– Editare.

OTRAS EXPERIENCIAS

Cuidado en salud mental en tiempos de retrocesos: destellos y resistencias

Mental Health Care in regression times: flashes and resistances

Rosângela Santos Oliveira[1] – Bruno Ferrari Emerich[2]
Rosana Onocko Campos[3] – Pedro C. L. B. de Andrade[4] – Ellen Cristina Ricci[5]

Resumen

En un escenario de tensiones y reveses político–democrático–sociales en las Políticas de Salud, el presente trabajo reflexiona sobre las prácticas de salud mental y el riesgo de que, en ese contexto, se construyan formas de atención a partir del conservadurismo y la burocratización ya presentes en las instituciones. Se trató de señalar que lo lúdico –como potencial creativo– y los agenciamientos colectivos –en la perspectiva de la construcción democrática– pueden configurarse como antídotos a los modos enyesados de (no) cuidar. A partir del relato de experiencia de una psicóloga residente en salud mental, se presentan experiencias creativas y colectivas en Campinas–SP (Brasil) y en la pasantía electiva realizada en Rosario (Argentina). Se señala el potencial de lo que fue producido por/ a partir de las experiencias, así como los desafíos respecto a la necesidad de porosidad institucional para la realización de un cuidado libertario, singular y que sostenga la diferencia.
Palabras clave: Salud mental – Lucha antimanicomial – Atención psicosocial – Reveses – Resistencia – Micropolítica.

Summary

In a scenario of tensions and backtracks concerning health political-democratic-social policies, this paper reflects on mental health practices and the risk of conservative and bureaucratic tradition forms of attention already present in the institutions return. This paper tried to point out that the playful –as creative power- and collective empowerment -in the democratic construction perspective- can be configured as antidotes to the inflexible modes of (not) care.

[1] Psicóloga. Especialista en Salud Mental (UNICAMP). Coordinador CAPS AD Itatiba. Brasil r.oliveirapsi@gmail.com
[2] Psicólogo. Magister y Doctor en Salud Colectiva (UNICAMP). Departamento de Salud Colectiva de la UNICAMP. Brasil. brunofemerich@gmail.com
[3] Médica y psicoanalista. Profesora Doctora del Departamento de Salud Colectiva, Facultad de Ciencias Médicas de la UNICAMP. Brasil. rosanaoc@unicamp.br
[4] Psicólogo. Especialista en Salud Mental y Colectiva (UNICAMP). CAPS III Novo Tempo. Brasil. pedroandrade99@yahoo.com
[5] Terapeuta Ocupacional. Magister y Doctora en Salud Colectiva por la UNICAMP. Profesora Adjunta en Terapia Ocupacional de la Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Brasil. ellenricci@gmail.com

Collective and creative experiences of a psychologist resident in mental health -in Campinas-SP (Brazil) and in elective internship held in Rosario (Argentina)- are developed along the paper: the potential of what was produced by/ from experiences, as well as challenges regarding the need institutional permeability in order to be able to deploy a libertarian care, singular and that sustains the difference.

Keywords: Mental Health – Antimanicomial Fight – Psychosocial Care – Backtraks, Resistance – Micropolitics.

Introducción

Brasil posee profundas desigualdades sociales iniciadas a partir de un proceso histórico de explotación y exterminio de los pueblos indígenas, así como de 300 años de esclavitud de los negros. La dimensión poblacional y territorial heterogénea del país muestran que el acceso al Sistema Único de Salud (SUS) es sin duda un gran logro para el pueblo brasileño (Paim, 2018).

Es en el contexto de lucha contra la dictadura militar (1964–1985) y de la redemocratización del país, que el movimiento social de la Reforma Sanitaria Brasileña – RSB, alrededor de 1970, pasa a proponer transformaciones en la concepción y organización de la salud (Vasconcelos, 2016). Con la construcción del Estado democrático brasileño, la salud pasa a ser considerada un derecho de todos y un deber del Estado garantizado por la Constitución Federal (1988, art. 196). Tenemos, así, una propuesta del SUS como política pública del Estado.

El movimiento de reforma psiquiátrica brasileña – RPB, a mediados de la década de 1970, nace entrelazado a la RSB y, manteniendo algunas singularidades, se moviliza a partir de denuncias sobre el abandono, informes de violencia psiquiátrica y violaciones de los derechos humanos en hospitales psiquiátricos (Amarante & Nunes, 2018; Arbex, 2013).

Según Amarante y Nunes (2018), el movimiento RPB pudo articularse con otros movimientos sociales y no solo afectó la salud, sino también otros sectores (cultura, justicia, derechos humanos, trabajo y seguridad social), teniendo el Movimiento Anti–Asilar (MLA) intensa participación social y de otros activistas, constituyendo un movimiento social comprometido en la lucha por la redemocratización de Brasil y por la extinción de las instituciones y las concepciones manicomiales (Vasconcelos, 2016).

Como marco legal histórico, la Ley 10.216 (2001) trata de la protección y los derechos de las personas con trastornos mentales con la redirección del modelo de atención de salud mental, concretizando, según Delgado et al. (2001, p. 452), un reemplazo del paradigma asilar para la *"construcción de una política de salud mental igualitaria, inclusiva, extrahospitalaria y comunitaria"*. Este es el paradigma de la atención psicosocial pautado en la clínica ampliada e interdisciplinaria enfocada en la experiencia de sufrimiento de los sujetos (y no en la enfermedad) y en la inclusión ciudadana y social de los individuos (Costa–Rosa et al., 2003).

Es importante destacar que ya existían experiencias en políticas públicas –como los Centros de Atención Psicosocial– que se desarrollaban en algunos municipios brasileños. Servicios que a partir de la Ley 10.216 (2001) y de varias otras reglamentaciones (189/91; 224/94; 336/02, entre otros) se consolidaron como servicios que reemplazan el modelo hospitalocéntrico de internaciones de largo plazo.

Además, el cierre progresivo de las camas psiquiátricas con la implementación de

Residencias Terapéuticas y del "Programa de regreso a casa", dirigido a pacientes egresos de hospitales psiquiátricos, fueron algunas de las estrategias para redirigir la atención de salud mental en Brasil (Assis al al., 2013). En 2011, se creó la Red de Atención Psicosocial (RAPS) para personas con sufrimiento mental o con necesidades derivadas del consumo de drogas, estableciendo pautas y objetivos para cada punto de la red de salud en el SUS.

Se trata de un proceso social reciente, complejo, con implementación heterogénea de servicios sustitutos en el territorio brasileño (Macedo al., 2017). Otras áreas tuvieron una inserción tardía en el debate y en la reorganización del modelo de atención de salud mental, por ejemplo, el modelo de atención para usuarios de drogas y la asistencia a la salud mental de niños y adolescentes (Assis at al., 2013; Bustamante en al., 2017). También ingresa recientemente en escena la discusión sobre la intersección entre raza, género y la lucha antimanicomial (Pereira y Passos, 2017).

Muchos obstáculos se han opuesto a la implementación del modelo de atención psicosocial tal como se lo preconizó. Vasconcelos (2016) destaca: bajos salarios, aumento del desempleo, precariedad e intensificación del trabajo con rotación de trabajadores acentuada, fuerte institucionalización de prácticas, bajo número de servicios sustitutivos en la modalidad caracterizada por operación de 24 horas – CAPS III.

En el contexto brasileño actual, agravado por la situación político–democrática, se vive un momento dramático con la agenda neoliberal guiando la reducción de la inversión pública en bienestar social y propagando la privatización y la subcontratación (Vasconcelos, 2016; Macedo et al., 2017). En 2015, el Ministerio de Salud se convirtió en objeto de troca política (Amarante y Nunes, 2018).

Después del golpe institucional de 2016 y con el triunfo conservador en las últimas elecciones presidenciales de 2018, el proceso de graves reveses en el SUS y en la Reforma Psiquiátrica brasileña se intensificó. La aprobación de la enmienda constitucional para congelar el techo de gastos (EC 15/2016), limitó el gasto público en áreas esenciales como educación y salud durante 20 años, lo que agrava, por ejemplo, la situación histórica de la falta de fondos del SUS (Paim, 2018) e incrementa el desguace de los servicios de salud de la RAPS (Souza y Jorge, 2019).

La reglamentación ministerial 3.588 (2017) altera varios aspectos de leyes anteriores, como la ley 10. 216 (2001), que para Amarante y Nunes (2018, p. 2073) *"prácticamente rescata el modelo de asilo e inicia un proceso de desmantelamiento completo el proceso construido durante décadas dentro del alcance de las relaciones públicas brasileñas"*. Sobre la base de esta norma y de la Ley 13.840/ 2019, se puede observar el fortalecimiento, la inversión financiera y la mayor autonomía de las Comunidades Terapéuticas dentro de la RAPS. Esas instituciones son en su mayoría de naturaleza religiosa y trabajan estrictamente en la lógica de la abstinencia y con largas hospitalizaciones y no son consideradas clínicas o establecimientos médicos (IPEA, 2017), siendo incluso objeto de serias denuncias sobre abusos y violaciones de los derechos humanos (CFP al., 2018).

La ciudad de Campinas–SP (Brasil) cuenta con servicios 24 horas (CAPS y CAPS AD), equipos de salud mental en las unidades de atención primaria de salud (APS), camas de salud mental en el Hospital General y otros dispositivos de la RAPS, como Centros comunitarios. Con los años, ha conseguido importantes logros en la consolidación de la atención psicosocial: se destaca el cierre de las últimas camas psiquiátricas en hospital monovalente en agosto de 2017.

Sin embargo, también ha experimentado

cambios y desafíos, en vista de la dificultad de la esfera pública para asumir totalmente la responsabilidad de la red de salud mental, siguiendo la tendencia actual de tercerización de la gestión de los servicios RAPS. Por lo tanto, existe una mayor inestabilidad, despidos masivos, rotación de trabajadores y restricciones en la asistencia a los usuarios.

Este municipio ha experimentado las contradicciones de una red que expandió y consolidó los servicios respaldados e identificados con los presupuestos de la Reforma Psiquiátrica y la Lucha antimanicomial y actualmente está profundizando una organización de trabajo en salud mental que termina manteniendo la "cultura asilar" (Sampaio et al. al., 2011 según citado por Macedo et al., 2017).

Dado este escenario, este artículo tiene como objetivo reflexionar sobre las posibilidades de una práctica clínica ética y antimanicomial en estos tiempos de tantos retrocesos en las políticas públicas y en los paradigmas de cuidado en salud mental. Se pretende discutir la posibilidad de que lo lúdico, como potencial creativo, y lo colectivo en una perspectiva de construcción política democrática, pueden configurarse como resistencia a las formas de (no) cuidar. Se basará en informes de experiencias vividas en dos años (2016–2018) en la Red de Atención Psicosocial (RAPS) de Campinas–SP, incluida la participación de un colectivo (profesionales y usuarios) en el 3er Foro de Derechos Humanos y Salud Mental (Florianópolis) y también en una pasantía electiva realizada en la ciudad de Rosario–Argentina en agosto de 2017 en la condición de psicóloga residente multiprofesional en salud mental – Unicamp.

Crisis en lo contemporáneo y tiempos sombríos

Asistimos a un avance del conservadurismo, a una crisis política, ética, económica y social, no sólo en Brasil, sino en todo el mundo, con un afianzamiento del ajuste neoliberal que afecta a los países del tercer mundo (Vasconcelos, 2016).

Para Castoriadis (2002), en la contemporaneidad, se vive una crisis de las significaciones sociales imaginarias (SSI). Para este autor as SSI apuntan la representación que la sociedad tiene sobre sí misma, los significados que la mantienen unida, y el proceso de identificación, una vez que *"El carácter de la época, tanto en términos de la vida cotidiana como en términos de cultura, no es el "individualismo", sino su opuesto, un conformismo generalizado y pegado. Conformismo que sólo es posible a condición de que no exista un núcleo de identidad importante y sólido"* (Castoriadis, 2002, p. 155).

En la perspectiva de Yasui (2016), hay un proceso de conservadurismo emergente en los discursos actuales, *"fuerzas resistentes a cualquier movimiento creativo de cambio"* (p. 167), que han estado presentes desde el comienzo de la RPB ya que desde su inicio pocos creían en la posibilidad de la atención en el territorio, fuera del asilo. La lucha antimanicomial en Brasil ya nació como una fuerza que se atreve y se opone a *"fuerzas reactivas"*.

El fascismo, para el autor antes mencionado, estaría al lado de discursos y prácticas cotidianas que imponen la estandarización de comportamientos, sentimientos y discursos que buscan controlar y cancelar la producción de diferencias. Con la mayor incidencia de esta fuerza reactiva, en lugar de experimentar lo nuevo, la diferencia y la invención, lo que aparece es el miedo, un cuidado alienante y la repetición. De esta manera, el *"Fascismo que está en cada uno de nosotros, rondando nuestras*

conductas cotidianas, que nos hace gustar del poder, desear eso que nos domina y nos explora" (Yasui, 2016, p. 170).

Constituir prácticas en salud mental convoca a la reflexión sobre el hacer, a discutir los efectos del escenario actual y cuál ética se persigue en este contexto. La pregunta de Foucault (1993, p.199 citada en Yasui, 2016, p. 170) articula esta idea: *"¿cómo hacer para no tornarse fascista incluso (y, sobre todo) cuando se cree ser un militante revolucionario?"* O todavía:

> *¿Cómo podemos mantener nuestras apuestas sobre diferentes formas de producir atención, salud y vida, en un escenario de fuerte desinversión en políticas públicas? ¿Cómo podemos sostener nuestro proyecto civilizador que tiene valores como el acceso universal, la integralidad, la equidad, la justicia social, en un escenario donde los sectores conservadores juegan un papel importante en el mantenimiento y la profundización de las desigualdades e inequidades?* (Yasui, 2016, p. 165)

Defensas institucionales y la clínica de salud mental

La sociedad es un tejido de instituciones que se articulan e interponen para regular la actividad y la vida humana. Son entidades abstractas y, por lo tanto, se materializan en otras instancias: organizaciones, establecimientos y equipos. Sin embargo, sólo con los *agentes* ganan dinamismo (Baremblitt, 1996).

Un equipamiento de salud es un establecimiento que tiene una singularidad debido a eventos que escapan del proceso organizacional (Moura, 2003), que puede contener varias instituciones al mismo tiempo. Si mantiene su organización normatizada y con lugares rígidos, funcionará esperando que las personas sepan lo que deben hacer y no permitirá espacios para la expresión de dudas.

Sin embrago, mientras un aspecto del equipamiento de salud se basa en pautas, procedimientos, rutinas, repeticiones, protocolos, productividad, ordenanzas y estándares, otro convoca a la "espera activa" (Oury, 1991, p.5) para la imprevisibilidad de la escucha clínica. Existe una relación tensa entre la obsesión organizacional: certezas, rigidez, procesos inmutables y el estado turbulento de los eventos y el fracaso de las tentativas de anticipación, colocando al usuario como un tercero excluido (Moura, 2003).

Para Moura (2003), existe el riesgo de permanecer en "pequeños territorios"[6] en el trabajo sin tener en cuenta las articulaciones con el equipamiento en su conjunto y con el Colectivo. A medida que se crean pequeños territorios de actividad, se crea una macroidentidad cristalizada[7] que busca ordenar lo que desborda, perturba y angustia, dada la complejidad de un equipamiento de salud mental. Este autor también afirma que no se trata de eliminar todas y cada una de las diferencias, lo que sería un *"democratismo ingenuo"* (p. 26), porque la democracia es la forma de vivir y procesar las diferencias y discrepancias sin exclusiones, teniendo en cuenta los deseos y singularidades.

Enríquez (1989) aborda la burocratización y la compulsión a repetición en las institucio-

[6] Es una idea de Guattari para explicar el estrechamiento del coeficiente de transversalidad, en que las prácticas permanecen enfocadas en pequeños territorios, lo que consolida funciones y status, sin considerar su relatividad con el contexto en que están insertos.

[7] Un concepto ligado a la discusión de pequeños territorios, ya que a medida que profesionales y usuarios permanecen estanques en sus puestos bien demarcados, pasan a construir una macroidentidad cristalizada que deja de ser el mínimo de organización local de que todo equipamiento precisa para controlar toda complejidad heterogénea.

nes cuando hay un trabajo de uniformidad, indiferencia, características mortales, y defiende la importancia del trabajo de muerte en las instituciones – desconfiar de la idealización de cohesión a ser alcanzada abriendo espacios para impugnar el discurso de un modelo de fraternidad impuesto – "intimidad, calidez, comunión" (p. 54).

Campos (2010) aborda el modelo de "racionalidad gerencial hegemónica" en el trabajo, afirmando que cuando se trata de reducir el espacio de reflexión y decisión autónoma durante la ejecución de las tareas, la única posibilidad del trabajador producir es atribuida a los protocolos y al conocimiento previamente acumulado. Sin embargo, cada profesional trae consigo historias previas, conocimientos y deseos, es decir, diferentes instituciones.

Al eliminar la diversidad, tenemos la "institución totalitaria" que no apoya el movimiento para el cambio y que puede usar métodos para controlar el trabajo: "truculencia, poder para excluir a los rebeldes o selección de trabajadores" (Campos, 2010, p. 2338) que se someterán a los procesos de alienación de la organización. Este autor (2005, 2010) apunta la necesidad de expandir la democracia institucional en el trabajo en salud, por medio de un sistema de cogestión llevado a cabo en espacios colectivos y de apoyo institucional donde el poder pueda ser compartido entre gerentes, profesionales y usuarios.

Es importante percibir como la participación popular y los espacios democráticos dentro de los servicios del SUS y la RAPS son un desafío y han sufrido fragmentación y desmovilización (Vasconcelos, 2016; Costa y Vieira, 2013). Si, por un lado, estos espacios en el trabajo diario corren el riesgo de convertirse en espacios burocráticos y poco creativos, como los Consejos Locales de Salud y las Asambleas de usuarios y trabajadores; por otro lado, parece haber una desesperanza con el sentido de la existencia de estos espacios.

En equipamientos de salud, ha sido difícil mantener espacios en los que todos puedan expresar opiniones, criticar y proponer, especialmente en aquellos momentos en los que tenemos cada vez menos respuestas, cuando necesitamos poner nuestro no saber, nuestra angustia al servicio del Colectivo: ¿cómo construir modos de subjetivación singulares y legítimos en el trabajo en salud mental, que produzcan desvíos en el proceso de repetición, muerte o naturalización del desmantelamiento? Parece más difícil pensar lo nuevo, los cambios, el aliento para la creación e invención cotidianas, sin embargo, en la reflexión sobre las dificultades, las diferencias, los callejones sin salida, la pulsión de muerte puede contribuir a que algo se invente:

> *Si una organización viva es aquella que puede enfrentar desafíos internos y externos, recibir el significado que circula en ella y dar sentido a lo que hace, la organización mortífera es aquella que, tornando todos los comportamientos no jerarquizables, totalmente conflictivos, pero intratables o, por el contrario, a–conflictual y no significativo, conduce al silencio del deseo, al odio de cualquier deseo y, por lo tanto, al establecimiento de un proceso de descomposición al que comparece todo el mundo, lo quiera o no* (Enríquez, 1989, p. 72).

La consolidación de la Reforma Psiquiátrica en el SUS y en la vida diaria de los servicios es un proceso social complejo (Amarante, 2008), que convoca a varios actores y sectores sociales para reflexionar sobre el entrelazamiento de la macropolítica con la micropolítica, potencia molecular como campo de intensidades que no *"cesa de agitar y reorganizar los segmentos macropolíticos"* (Deleuze y Gattari, 1996, p. 402 como se menciona en Neto, 2015).

El arte de vivir, como una afirmación de la diferencia, invención de mundos, es una resistencia micropolítica a los modos de cuidado alienados (Yasui, 2003) y la *"lucha arranca a cada uno de su vida diaria, de su monotonía, de su maldad"* (Enríquez, 1989, p. 78). Prácticas de atención dirigidas a la autonomía y a la creación de espacios para el ejercicio político, para la participación ciudadana en los servicios (tanto de usuarios como de trabajadores en la gestión) contribuyen para que no caigamos en la rigidez institucional. El horizonte no debe alarmarse por la "muerte", sino reflexionar sobre ella para reinventarse en la adversidad.

> [Instituciones que han atravesado una crisis] *Cuando lograron hacer de estas dificultades el emblema de su renacimiento, cuando lograron acercarse al abismo y mirarlo de frente, sintieron que el viento de todo el mundo los castigaba y lograron continuar abriéndose, con más humor e ironía, llevando con más lucidez el camino que han trazado por sí mismas o encontrando nuevos caminos a seguir* (Enríquez, 1989, p. 79).

A continuación, presentamos algunas experiencias/ escenas que se pueden configurar como resistencias micropolíticas en un contexto de avance del conservadurismo y de contratiempos para garantizar políticas públicas, experiencias vividas en el contexto brasileño y argentino. Acercándose al abismo, pero sin dejar de encontrar maneras de caminar.

Lúdicos, colectivos y espacios democráticos: resistencias y destellos

Lo lúdico en la vida cotidiana de los servicios y en las prácticas colectivas

El amplio concepto de lúdico puede ser comprendido en los diversos equipamientos de salud mental, ya sea por la actitud profesional hacia los sujetos o a la institución en la vida cotidiana, y puede funcionar como un antídoto para el conformismo antes mencionado.

Aquí, este concepto se articula con la concepción winnicotiana, debe tenerse en cuenta que este autor no trata directamente del término *lúdico*, lo coloca como sinónimo de un área intermediaria o de juego, a partir de la cual se manifiesta la creatividad.

Lo lúdico se refiere a hacer cosas, pelear, inventar y crear, y también apunta a poder estar ausente, apostando en la capacidad del otro, de un Colectivo, permitiéndose no saber. Las experiencias creativas, los gestos creativos y espontáneos son esenciales para la búsqueda del verdadero yo. Es en este sentido que Winnicott (1975) entiende que el juego es parte de la vida humana y es por eso por lo que los adultos también juegan, incluso de diferentes maneras.

Al apostar por la discusión sobre lo lúdico, no se trata de proponer un *"entusiasmo expresivo, casi histérico"*, al que se refiere Campos (2005, p. 23) cuando habla de otro lado del autoritarismo recubierto de amabilidad, sino que produce un *"espacio de celebración de la diferencia, experimentación, invención"* (Yasui, 2016, p. 164). Lo lúdico, como una experimentación institucional (manifestada desde los agentes institucionales) que permite aperturas en la organización institucional.

Para Figueiredo (2012) construir espacios de atención requiere "hacer cosas", pero también, moderación al hacer las cosas cuando el agente de atención logra permanecer en reserva y renuncia a su propia omnipotencia, dejando un espacio vital desobstruido para que el sujeto: *"Ejerza su habilidad para alucinar, soñar, jugar, pensar y, más ampliamente, crear el mundo a su medida y de acuerdo con sus posibilidades"* (Figueiredo, 2012, p.143). Sólo con la

suspensión de la dimensión de "hacer cosas", el sujeto puede crear y el cuidador también descubre que el objeto de cuidado puede ejercer funciones cuidadoras.

De este modo, cuando decimos que la atención lúdica contribuye con la atención antimanicomial, no estamos diciendo que depende de nosotros, los profesionales de salud, manejar todas las demandas, sino sustentar los espacios creativos. Si nuestras soluciones terapéuticas para cada sujeto son diferentes y tienen en cuenta lo que cada *objeto de atención* ya trae consigo, como capacidad de atención, dejaremos el dualismo de u ofrecer todo, o descuidar al usuario.

Para Oury (1988–89, citado en Souza 1999), a la institución cabe establecer espacios en los que cada sujeto pueda encontrar un *"gancho, un interés, aunque sea parcial, sobre cualquier cosa que no fuera predecible"* (p. 23), el terapeuta necesita escuchar lo nuevo y lo impredecible en cada reunión mediada por el vínculo.

El espacio de la ambiencia/ convivencia se presenta como un lugar fértil para esto. La ambiencia (o convivencia) no es solamente un espacio físico y técnico en el servicio de salud, sino también un espacio de relación social, profesional e interpersonal, es un espacio libre que permite la expresión de la subjetividad de los sujetos (Willrich et al., 2013).

Aquí, presentamos el ejemplo de la experiencia de realizar un taller terapéutico en el ambiente de un CAPS III. La "*Oficina da Cultura*", como llamada por los usuarios, tenía como objetivo explorar los recursos culturales y de ocio promoviendo una mayor integración y circulación a través del territorio existencial de los usuarios. El taller se llevaba a cabo en un día preestablecido, era un taller abierto, y en una semana nos quedábamos en el CAPS para conversar y pensar en espacios/ lugares para visitar y alimentar el mural de programas culturales que tendrían lugar en la ciudad y en el vecindario, y en la otra semana circulábamos por el territorio para conocer los espacios previstos en la semana anterior. Materiales gráficos estaban disponibles en la mesa.

Allí recibimos con beneplácito la diversidad del CAPS (usuarios en crisis, usuarios con un historial de institucionalización, jóvenes) y la participación se llevó a cabo como cada sujeto deseaba y podía estar. Siempre había la sensación de no saber quién estaría y cómo sería el taller ese día, por más que tuviéramos una planificación mínima. Algunos días, sostener el encuentro de las diferencias significaba manejar el caos. Algunos participantes se quejaron de que los usuarios en situación de crisis utilizaron los materiales expuestos en el ambiente del taller, otros simplemente se acercaban para saber qué iba a haber de "bueno en la ciudad" y otros lograron mantener un proceso en el taller, siguiendo discusiones y salidas al territorio.

La diversión sólo es posible siempre que haya espacios para la recreación de la organización, del equipo, incluso dentro de los límites establecidos por la macropolítica. Esto requiere plasticidad institucional para recibir la contribución de los usuarios y espacios donde las palabras de todos tengan legitimidad. Estos espacios ocurren a través de la cogestión, el colectivo, el fortalecimiento de espacios democráticos, entre el equipo, pero principalmente entre trabajadores y usuarios. Espacios de encuentro.

Aún en este punto del entrelazamiento de lo lúdico, de la invención y de los espacios de reunión, me gustaría presentar el relato de la experiencia de una ronda de conversación sobre el tema: El juego y la lucha antimanicomial. La propuesta consistió en reunir profesionales de diferentes puntos de la RAPS con el diálogo/provocación sobre la atención

ofrecida y el análisis de cuánto se brindó desde la autonomía y no desde la tutela de los usuarios y familiares.

La rueda tenía diversidad de núcleos profesionales, profesionales con nivel técnico y superior, trabajadores de la Atención Primaria y Secundaria. Lo que se notó fue un grupo ansioso por hablar y escuchar. La provocación que se hizo fue reflexionar sobre cuán manicomiales eran nuestras ofertas de atención y compartir cómo cada uno se sintió tocado por el tema. Algo que tuvo un efecto muy interesante en ese grupo. Preguntamos si nuestro trabajo era más institucionalizador que libertario, más repetitivo que creativo, más científico que sensible o muy sensible y no muy intervencionista. No se trataba de conocer las respuestas, sino de compartir las perspectivas del discurso de otro colega profesional. Algo en la dirección opuesta a la de buscar ordenar lo que se desborda, perturba y angustia, sino dar paso y construir significado. Incluso a medida que avanzaba la hora y después de un día de trabajo, no conseguíamos abandonar ese espacio.

No fue posible dejar de verse afectado por la vitalidad de este encuentro, revisitar las prácticas e incluso considerar que el "juego", lo "lúdico" antimanicomial exigió una presencia en reserva, exigió renunciar a la omnipotencia, exigió poner a la organización institucional a favor del cuidado y no al revés. Hablábamos de pequeñas transgresiones en la vida cotidiana, en el sentido de no estar sometidos a un puesto de trabajo ideal, sino a lo que tenía sentido para las singularidades en un determinado contexto: servicio individual, grupo, equipo. Incluso discutimos la importancia de que el equipo pueda jugar con las dificultades de la vida cotidiana, sobre la capacidad de extraer placer de esta área intermediaria, sin reivindicar del otro la objetividad de un hacer que a menudo nos avergüenza.

Los espacios institucionales democráticos, como la supervisión clínico–institucional necesaria para la atención de salud mental, se han suspendido en los equipamientos de salud mental con el discurso de contener gastos o de ser pérdida de tiempo. Sin embargo, son reuniones como la descrita las que revitalizan el significado del trabajo de salud mental: sentarse y hablar sobre un lugar ex post (Bondía, 2002), dispuesto a expandir las identidades en un colectivo más amplio (además de los del equipo en sí), para analizar la comprensión y las prácticas que se llevan a cabo en la vida diaria: hablar de uno mismo, como trabajador (ya sea un trabajador de taller o un psiquiatra). Espacios como el presentado se desvían de la lógica de la racionalidad gerencial hegemónica, porque ponen sobre la rueda las tensiones del hacer, del no–saber, otros conocimientos.

No estamos hablando de un encuentro pacificador: un democratismo ingenuo o, todavía, un modelo de fraternidad en el que "Eros" se destaca, sino donde Eros se utiliza para el trabajo de detenerse en las fallas, para no caer en un estado estático y violento, pensando con Enríquez (1989). Propuestas como estas son de fundamental importancia para el trabajo de salud mental, para afectar y coser lo que nos colectiviza como trabajadores. A partir de un horizonte donde el usuario es el eje guía, ¿cuánto puede un colectivo de trabajadores? Para Yasui (2016), nuestra práctica antimanicomial en este contexto debe ser poner en peligro los pequeños fascismos cotidianos.

> *Este es un momento para atreverse más, arriesgarse, invertir en agenciamientos colectivos en múltiples dimensiones. Hacer de la potencia de los encuentros una nueva e ingeniosa guerra de guerrillas. Continuamos (nunca paramos) nuestra lucha en nuestros lugares: en los servicios de salud, en las universidades, en las cooperativas, en resumen, en los espacios*

donde será posible afectar, verse afectado y hacer conexiones. Desobediencia civil, ocupación de escuelas, universidades, servicios, puntos de red. Hacer política como una celebración diaria del poder de la vida (Yasui, 2016, pp. 165–166)

Invención y constitución de un colectivo: viaje a Florianópolis

El viaje a Florianópolis comenzó a soñarse cuando en una reunión de la Comisión de talleres (algunos de ellos usuarios de la red de salud mental) surgió el deseo de participar en el 3er Foro de Derechos Humanos y Salud Mental con el tema "Democracia, salud mental y violaciones de derechos": la intención era que el artesano fuera presentador en círculos de conversación sobre las actividades que habían estado desarrollando en la RAPS / Campinas.

Esta comisión es un dispositivo de un Núcleo de Generación de Renta compuesto sólo por trabajadores de talleres y residentes de Salud Mental de la Unicamp, un espacio para la reflexión y construcción de propuestas con respecto a los procesos de trabajo para llevar al equipo técnico: una estrategia para dar visibilidad a los trabajadores de taller como trabajadores y artesanos y no como "enfermo y loco".

Comenzó allí una experiencia única sobre agenciamiento colectivo: primero entre nosotros residentes (cuatro residentes en salud mental participaron de todo el proceso) y luego entre nosotros y los usuarios que deseaban ocupar el lugar de discurso: "nada sobre nosotros sin nosotros, porque ¡el nudo es nuestro!" como nos dice el lema del MLA. Algunas reuniones iniciales se llevaron a cabo para construir los resúmenes para la presentación de trabajos en Florianópolis.

Otros espacios en la red se convirtieron en parte de nuestro colectivo, una asociación de usuarios y familiares en salud mental – AFLORE (*Associação Florescendo a Vida de familiares, amigos y usuarios de los servicios de Salud Mental de Campinas*) y también participantes de la Radio *Maluco Beleza*. Obras aprobadas. Los trabajadores, los participantes de la Radio y los usuarios y familiares de la red de salud mental formaron el grupo "Floripa", pero no teníamos los recursos financieros para llevar a cabo un viaje con tanta gente a otra provincia.

Las reuniones continuaron con el propósito de articular la viabilidad del proyecto. En este momento, algunas personas se acercaban al colectivo para ayudar en la organización: avión, autobús, autobús alquilado, autobús ganado, activar consejos de clase profesionales, enviar intercambios, ir al Consejo Municipal de Salud, hablar con los consejeros, vender imanes, camisetas, usar algún valor que AFLORE ya tenía en efectivo. Problematizamos todas estas ideas y decidimos que deberíamos tener muchas estrategias para no depender de una sola posibilidad. Fueron días de gran indecisión y sustentarla en un Colectivo fue una tarea difícil. Para nosotros los profesionales, un grupo de cuatro residentes recién graduadas, la idea de viajar con un colectivo de usuarios de la red de salud mental a otra provincia sin garantías estatales parecía audaz. Sustentar eso juntos, lo haríamos realidad, aun cuando nosotros mismos tuviéramos poca seguridad, algo, que incluso, compartimos con el Colectivo.

Todos nuestros intentos de obtener algo más rápido para decidir que el viaje sucedería no fueron posibles. Luego los trabajadores del taller lideraron la venta de rifas con productos hechos a mano por ellos mismos en sus talleres, lo que para este Colectivo fue bastante simbólico. Después de un esfuerzo para publicitar, vender en Internet e involucrar a

todos (de la forma en que cada uno podría hacerlo) obtuvimos un valor en dinero. Después de eso, se decidió colectivamente cómo se dividiría este valor con el panorama de que no tendríamos dinero para subsidiar a todos los interesados en el viaje.

Debido a estos tres grupos diferentes dentro del mismo Colectivo, a veces fue difícil construir una forma de participación en todas las decisiones, y especialmente cuando entendimos que no todos podrían viajar. ¿Cómo llegar a un consenso? ¿Cómo podríamos ser justos?

Finalmente, un Colectivo de 14 personas realizó un viaje en autobús de 12 horas a Florianópolis y ocupamos todo un albergue con esta intensa experiencia. Cuatro días viviendo con muchas diferencias y dificultades, con desayunos colectivos, con conflictos de intereses: ¿ir al congreso o ir a la playa? Con muchas reuniones para «limar las desavenencias" del día y rediscutir los acuerdos tan estrechamente amarrados el día anterior y no cumplidos, muy cansados y muy orgullosos de ver a los usuarios cuestionar el modelo del foro: *"si es una rueda de conversación, vamos!"* Porque un modelo científico y rígido de conferencias no se conectaba con su experiencia: discusiones, a menudo con poco significado para quienes sufren en el cuerpo, en lo social, en la vida cotidiana, lo que no se considera "normal".

Como profesionales de la salud, nos preguntábamos el límite entre la tutela y la atención. Arriesgarse y ser negligente. A veces discutíamos sobre no tener que preocuparnos y, de repente, estábamos ansiosos por prever todos los detalles de lo desconocido. Se hizo un esfuerzo para que los desafíos de esta planificación no nos desmovilizaran. Aunque éramos profesionales sin experiencia, estábamos disponibles.

Cuando llegó el día de las conferencias, hicimos té de manzanilla, revisamos las presentaciones del día siguiente y compartimos la ansiedad de prepararlas. A menudo, era necesario despertarse al amanecer, escucharlos a las 4 de la mañana, sin saber qué hacer y hablando, hablando ... a veces, diciendo de los límites, imposibilidades y del propio cansancio.

¿Qué lugar profesional estábamos inventando allí? En una de nuestras interminables reuniones sobre la participación y la responsabilidad del grupo en las decisiones, uno de los participantes dijo *"[los residentes] están aquí para ayudarnos, pero no son responsables de nosotros, todos aquí somos adultos y debemos cuidarnos"*. Un horizonte común nos conectaba: experimentar habitar un espacio de discurso y visibilidad después de mucho esfuerzo, para hacer que ocurriera lo que, los residentes estábamos seguros (tal vez, la única certeza) que iba a ser antimanicomial. ¡Es bonito ser antimanicomial y muy duro también, no nos engañemos! Atreverse y correr riesgos.

El relato de esta experiencia, al mismo tiempo que aporta su faceta creativa e inventiva frente a los innumerables obstáculos que tuvimos, también presenta el componente de cogestión, del espacio democrático, en el sentido de que todos tienen legitimidad al hablar. Así, la diversión y los espacios colectivos están entrelazados.

En el contexto de crisis y neoliberalismo que hemos señalado, si el Grupo Floripa dependiera del Estado, el viaje no habría ocurrido: era un grupo que se formó antes y por la ausencia del Estado, y también por el deseo de talleristas y usuarios para ejercer el protagonismo. ¿Qué de todo eso puede desarrollarse en potencia vital? Un vínculo establecido y fortalecido a partir de la conclusión de que, si el deseo era de ir al foro, tendríamos que hacerlo realidad con lo que teníamos: mirar la crisis, la "muerte", la falta y hacer del encuentro potencia de vida.

Creemos que tanto los residentes como

los usuarios regresamos de esta experiencia más confiantes y revitalizados, pero no sin comprender el impacto de la ausencia de políticas para garantizar la plena participación popular. Avanzando a pesar de esta ausencia.

El acto de cuidar a través de lo lúdico es también apostar en la capacidad del otro para inventar y crear sus propios caminos dentro o fuera de los dispositivos institucionales entendidos como tales, en acuerdo con la atención para la singularidad y apostando en el sujeto, contra la homogeneización de la atención. Si, por un lado, era importante que hubiera un vacío para que nuestro grupo fuera creativo, por otro lado, era necesario ofrecer estrategias, e incluso nuestros cuerpos, para que esta experiencia ocurriera.

Para intervenir de manera auténtica, genuina... lúdica mientras (y desde) un horizonte ético no se trata de hacer cualquier cosa, aunque estar en un adentro–afuera institucional requiera que suspendamos las técnicas a priori, pongamos nuestros lugares y conocimientos en jaque y nos convoque a la angustia. Sin embargo, si un usuario puede decirnos (de diferentes maneras) y si tenemos la sensibilidad de escuchar lo que espera de nosotros, puede ser más fácil. Gracias al artesano y a los usuarios por ejercer funciones de cuidado en todo momento con nuestro grupo Floripa.

Rosario y el encuentro con los inventos de salud pública y salud mental

Argentina tiene un sistema de salud segmentado y fragmentado. Existe una coexistencia entre el seguro social, los programas públicos específicos, el pago a planes y servicios privados. Alrededor del 30% de la población depende de los servicios públicos, hay servicios nacionales, provinciales y municipales. El sistema de obras sociales que brinda servicios a los trabajadores y sus familias sigue siendo un sello distintivo de este sistema (Machado, 2018).

Las políticas públicas de salud mental son más recientes, en comparación con las brasileñas. En 2010, se aprobó la Ley de Salud Mental 26.657, cuyo objetivo es proteger y expandir la atención humanizada para las personas con sufrimiento mental, incluidas aquellas que abusan de sustancias psicoactivas. Uno de los avances presentes en esta ley fue el veto para crear nuevos asilos y el mandato de adaptar los existentes al nuevo modelo de atención.

La intención inicial de una pasantía electiva de dos residentes del programa de Salud Mental de la Unicamp en Rosario/ Santa Fé, Argentina, era conocer la red de Atención Primaria. Rosario es una ciudad similar a Campinas en términos de población y también en la prominencia sanitaria en la escena nacional, debido a la vanguardia en la inversión en salud pública y mental.

La circulación por los diferentes espacios de la ciudad, como el Colegio de Psicólogos, que no figuraba en el itinerario previsto de la pasantía, permitió descubrir un camino a través de diversos dispositivos de atención en salud mental. Fue una sorpresa observar cuánto Rosario ha sido inventiva en los servicios comunitarios con propuestas de atención e inclusión de usuarios.

En este escenario, contaremos la experiencia en un centro para adolescentes con enfoque en la prevención del abuso de drogas. Es un dispositivo que se distribuye en todo el país (de esta manera, está vinculado a la esfera de nación y provincia) en territorios socialmente vulnerables donde los jóvenes necesitan acceso a derechos, ocio, cultura y atención. Su objetivo es prevenir el abuso de sustancias psicoactivas basadas en la "prevención no especificada".

La prevención inespecífica se presenta

como un tratamiento indirecto del problema, buscando intervenir en los factores que podrían facilitar la aparición del problema del consumo de drogas, apostando en un ambiente de continencia, confianza y fortalecimiento de los lazos entre usuarios/ adolescentes y el equipo en el territorio existencial de la comunidad, como nos informan los profesionales del servicio. También apuesta en la importancia de que los adolescentes accedan a los derechos: *"Son espacios para reuniones, contención, recreación, formación y capacitación, que impulsan la creatividad, el desarrollo cultural, deportivo y artístico"*, según el material informativo que recibimos.

En una reunión para discutir los procesos de trabajo, el equipo dice que están mal pagos y que la sede improvisada no siempre causa una buena impresión en los visitantes. Una sede estructurada es una promesa que la administración local nunca ha cumplido. Por lo tanto, al lado de la universidad, una comunidad con aguas residuales abiertas revela el otro lado de una ciudad hermosa y elegante.

La sede del servicio es una carpintería antigua y muy precaria, con una pequeña habitación y mucho espacio exterior. El psicólogo nos invita a conocer el territorio y nos cuenta la historia de la comunidad, su relación con la universidad y la constitución del servicio en ese lugar. Cuentan escenas de disparos en medio de intervenciones lúdicas en la plaza y de profesionales amenazados. También los torneos de fútbol y ajedrez que mueven a toda la comunidad.

Durante la caminata por el vecindario, los adolescentes y los niños curiosos nos preguntan quiénes somos, estaban interesados en saber lo que estábamos haciendo allí, hicieron referencia a ir para la "sede" pronto, nos ofrecieron un sorteo para un recorrido por la escuela. La circulación a través de ese territorio, calles y casas precarias mostró como el equipo del servicio había logrado establecer vínculos con los niños, niñas y adolescentes. A pesar de las debilidades apuntadas, hablaron con convicción sobre por qué estaban allí.

El servicio comunitario tenía actividades específicas durante la semana, una de esas tardes era el juego de memoria. Un grupo de adolescentes que llegó para la actividad del día rechazó la idea planificada y prefirió conversar sobre violencia de género. Salieron de la escuela directamente para un viejo taller de carpintería, para conocer a algunos profesionales y quisieron hablar sobre la violencia de género. Los profesionales ofrecieron acceso a información, a los derechos, escucharon cómo les llegaba este tema. Los adolescentes se sentaron en bancos improvisados, llevaron cartulina, pincel y mate para facilitar la discusión, querían saber cómo era este tema en Brasil.

El servicio descrito fue uno de los lugares interesantes de la pasantía electiva para presentar un modelo de atención a adolescentes y el tema de la prevención del consumo problemático de drogas a través de la expansión de los modos de sociabilidad y proyectos de vida en la comunidad, colocando las drogas como uno más de los elementos a trabajar por el equipo. Propuestas como estas pueden contribuir para la reflexión sobre la atención a niños y adolescentes y para la prevención del uso de drogas aquí en Brasil, aún un desafío de la Reforma Psiquiátrica Brasilera.

Es común que la RAPS/ Campinas diga que *"los adolescentes tienen dificultades para unirse"*. Cuando repetimos esto, caemos en lo que Moura (2003) discute sobre pequeños territorios y macroidentidades de los servicios, porque sin hacer un trabajo reflexivo en salud (Campos, 2010), tenemos dificultades para revisar las ofertas de atención, nuestras formas de vinculación, cuánto nos hemos convertido en burocráticos, alegando conceptos teóricos

o técnicos para justificar la distancia o las barreras de acceso de los jóvenes a los servicios. Actividades y propuestas terapéuticas cada vez más institucionalizadas sin poder abandonar los muros del "equipamiento de salud". Poco acceso al territorio existencial de las personas o sin espacio para que los usuarios den forma a los servicios de salud.

Es importante observar la militancia de los profesionales presentes en el trabajo diario: la forma espontánea y genuina de estar con los adolescentes. Había un significado imaginario presente (Castoriadis, 2002) sobre el trabajo y eso hizo posible que el equipo se mirara a sí mismo en un horizonte común, entendiendo el tenor del trabajo a realizar, no sin grandes dificultades. Esto tuvo un efecto notable en el vínculo con la comunidad y con los adolescentes.

Una de las características del trabajo de salud mental es abrir grietas, encontrar brechas y luchar duro, como nos dice Enriquez (1989), para que lo que hemos logrado avanzar con la Reforma Psiquiátrica se mantenga y mejore. Ya sea en Brasil o en Argentina.

Algunas consideraciones

¿Qué resistencias y enfrentamientos podemos desencadenar? ¿Cómo no aumentar y burocratizar la atención en este contexto? Este trabajo se ubica en la perspectiva de mirar el abismo de frente, sentir el viento castigando para poder abrir, con alegría y Colectivos, nuevos caminos, como indica Enriquez (1989). En este contexto de profundización de la lógica neoliberal en el trabajo de salud mental, la tendencia al conservadurismo y la burocratización se pueden fortalecer y aumentar en nuestras prácticas.

Aqui se relataron y articularon experiencias creativas y lúdicas a partir de una revisión teórica para demostrar pequeñas fisuras y formas de estar en este contexto, teniendo en cuenta la centralidad de la atención al usuario. Una discusión sobre la micropolítica de la atención en este escenario de desinversión en las políticas públicas, con el objetivo de fortalecer un proyecto civilizador que interfiera en el ciclo de empeoramiento de las desigualdades sociales.

Muchos aspectos no pudieron profundizarse en este trabajo, teniendo en cuenta que aquí nos centramos en la discusión de la micropolítica. Aun así, es necesario resaltar que tomar una posición, crear/ inventar la vida cotidiana, no detiene los cambios macrosociales en progreso. Necesitaremos de agenciamientos colectivos mayores para lidiar con lo que se ha impuesto a través del discurso de odio.

Vasconcelos (2016) advierte sobre el riesgo de responsabilizar a los profesionales y sus Colectivos cercanos exigiéndoles compromiso y empeño, como si sólo a ellos les cupiera la posibilidad de hacer avanzar la política o de evitar el desmantelamiento de la red. La despolitización de los trabajadores también debe analizarse en función de las condiciones de trabajo actuales y, si, por un lado, puede haber agotamiento en los profesionales, por otro, hay burocratización e indiferencia hacia los usuarios. Para los trabajadores más comprometidos, puede conducir a una desmovilización ético–política, al desánimo.

Cualquier cambio o consolidación a favor de RPB no vendrá del aparato estatal sin un movimiento de base, históricamente esto nunca ha sucedido. Pero, estamos de acuerdo con Vasconcellos (2016, p. 198): *"[La imagen de coyuntura desfavorable] esta imagen no ocurre sin grietas, contradicciones y reacciones que, aunque no señalan cambios significativos, configuran una búsqueda de un camino".*

Siempre hay movimientos de contracultu-

ra y resistencia, en situaciones macrosociales como la actual es necesario ejercer "paciencia histórica" (Vasconcelos, 2016, p. 202) y reconocer que los cambios amplios y estructurales ciertamente no sucederán a corto plazo: *"combinando estrategias de resistencia a corto plazo con las de largo plazo, a tientas e identificando brechas y señales que apuntan a proyectos que pueden expandirse mientras no aparezcan nuevas condiciones históricas en el horizonte"*. Será necesario seguir atentos y colectivamente para conseguir una larga vida para la salud pública y luchar contra los viejos y nuevos rostros del asilo.

Referencias

- Amarante, P. & Nunes, M. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067–2074.
- Amarante, P. (2008). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Arbex, D. (2013). *Holocausto Brasileiro* (4a ed.). São Paulo: Geração Editorial.
- Argentina. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental 26.657*. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000–179999/175977/norma.htm
- Assis, J. de T., Barreiros, G. B & Conceição, M. I. (2013, dezembro). A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, *16*(4), 584–596. https://doi.org/10.1590/S1415–47142013000400007
- Baremblitt, G. (1996). *Compêndio de Análise Institucional* (3a ed.). Rio de Janeiro, Rj: Rosa dos Tempos.
- Bondía, J. L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Revista Brasileira de Educação*, n. 19, 20–28.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2011). *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Brasília, DF. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988, art. 196. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil. (2001). *Lei 10.216, de 06 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília. www.planalto.gov.br/ ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm.
- Brasil. (2016). *Emenda Constitucional*, n. 95. https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional–95–15–dezembro–2016–784029–publicacaooriginal–151558–pl.html
- Brasil. (2017). *Portaria N. 3.588 de 21 de Dezembro de 2017*. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF. http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3588.pdf
- Brasil. (2019). *Lei 13.840, 05 de Junho de 2019*. Para dispor sobre Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_

Ato2019–2022/2019/Lei/L13840.htm

- Bustamante, V.; Oliveira, R.; Rodrigues, N. B. (2017). Acolhida e cuidado a crianças e famílias em um serviço de saúde mental infantil. Psicologia Clínica, 29(3), 429–447.
- Campos, G. W. (2005). Um método para análise e co–gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda (2a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. (2010). Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 2337–2344.
- Castoriadis C. (2002). A crise do processo de identificação. In Castoriadis, C. *As encruzilhadas no labirinto IV: a ascensão da insignificância* (R. Vasconcellos, Trad.). São Paulo: Paz e Terra, 145–162.
- Conselho Federal Psicologia, Mecanismo Nacional de Prevenção Combate à Tortura & Ministério Público Federal. (2018). Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017. Brasília. https://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio–da–inspecao–nacional–em–comunidades–terapeuticas/
- Costa, A.M. &Vieira, N.A. (2013). Participação e controle social em saúde. In Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. 3*, Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 237–271.
- Costa–Rosa, A., Luzio, C. A., & Yasui, S. (2003). Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In P.D.C. Amarante (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.* Rio de Janeiro: Nau Editora, 13–44.
- Delgado, P. G. G, Gomes, M. P. C. & Coutinho, E. S. F. (2001, Mai–Jun). Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. *Caderno Saúde Pública*, *17*(3), 452–453.
- Enriquez, E. (1989). O trabalho da morte nas instituições. In Kaës, R.; Bleger, J.; Enriquez, E.; Fornari, F.; Fustier P.; Roussillon, R. & Vidal, J.P. (Orgs.). *A instituição e as instituições* (J. P. Neto, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 53–79.
- Figueiredo, L.C. (2012). As diversas faces do cuidar. São Paulo: Escuta.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. (2017, Março). *Nota Técnica n. 21*. Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras. Brasília: Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia/IPEA.
- Macedo, J. P., Abreu, Ma. M. de, Fontenele, M. G., Dimenstein, M. (2017). A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade*, 26(1), 155–170.
- Machado, C. V. (2018). Políticas de Saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, *23*(7), 2197–2212.
- Moura, A. H. de. (2003). A Psicoterapia Institucional e o Clube dos Saberes. São Paulo: Hucitec.
- Neto, J. L. F. (2015). Micropolítica em mil platôs: uma leitura. *Revista de Psicologia da USP*, *26*(3), 397–406. http://www.scielo.br/pdf/pusp/v26n3/1678–5177–pusp–26–03–00397.pdf.
- Oury, J. (1991). Itinerários de formação (J. Goldberg Trad). *Revue Pratique*, n.1, 42–50.
- Paim, J. S. (2018). Sistema único de saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, *23*(6), 1723–1728. https://doi.org/10.1590/1413–81232018236.09172018
- Passos, R. G. & Pereira, M. O. (2017). *Luta*

antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Autografia.

- Souza, A. M. O. (1999). Espaços informais: uma possibilidade no tratamento institucional de pacientes graves. Monografia apresentada em exigência a conclusão do aprimoramento pelo CAPS–PIDA, São Paulo.
- Souza, F. S. P. de & Jorge, M. S. B. (2019). O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. *Trabalho Educação e Saúde*, *17*(1), 1–19. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1981–7746–sol00172
- Vasconcelos, E. M. (2016). Reforma Psiquiátrica, Tempos Sombrios e Resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social. Campinas: Papel Social.
- Willrich, J. Q., Bielemann, V. L. B., Chiavagatti, F. G., Kantorski, L. P., Borges, L. R. (2013, Mai/Ago). Ambiência de um Centro de Atenção Psicossocial: fator estruturante do processo terapêutico. *Revista Enfermagem UFSM*. *2*(3), 248–258.
- Winnicott, D. W. (1975). O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Obra original publicada em 1971).
- Yasui, S. (2016). Vestígios, Desassossegos e pensamentos soltos: Atenção Psicossocial e a Reforma Psiquiátrica em Tempos Sombrios. Trabalho apresentado para obtenção do título de livre – docente em Psicologia e Atenção Psicossocial. Universidade Estadual Paulista – Campus de Assis.

ENTREVISTAS

REPORTAJES

ENSAYOS

Fines de mayo de 1974. El manicomio de Trieste en Italia organiza el primer concierto que hace encontrar, por primera vez dentro los muros, más de mil personas de la ciudad de Trieste con otros tantos de "la ciudad de los locos". **Rossetta Lojacono,** que entonces tendría unos cincuenta años de los cuales llevaba más de 20 internada, subió al escenario cuando el espectáculo no había todavía iniciado y empezó a tocar su acordeón con tanta cancha, casi profesional, que **Ornette Coleman** dijo: *"¡Ésto es música! Sigámosla..."*, y así empezó su concierto. Era una canción popular italiana. Dijo después, cuando le preguntaron sobre el hecho totalmente espontáneo, *"no tenía la mínima idea de quién iba a ser el público en ese hospital, nos encontramos con gente de todo tipo que no hubiera podido decir, mirándolos a la cara, éste es enfermo, éste no...."*.

Lo que nadie puede negar es que Ornette Coleman intuyó que esa decisión lo iba a dejar protagonista del futuro, y eso era algo que sabía hacer muy bien, adelantarse a su tiempo. ***(Claudio Cúneo, 12 de junio 2015).***

Foto Archivo Diarios Italianos

Entrevista a Franco Rotelli

(Buenos Aires, agosto 2018)

Claudio Cúneo: Franco, sos protagonista de una historia que alguna vez definieron de "locos" y "sanos", de hombres y mujeres, de jóvenes y ancianos, de psiquiatras, enfermeros y voluntarios. Una historia de gente pobre, de dolor y sufrimiento, pero también de libertad recuperada, de coraje y optimismo, de felicidad y ganas de vivir. En el fondo, una historia que cuenta las ganas de cambiar el mundo. En el 2015 escribiste el libro ***"L'istituzione inventata" Almanacco 1971–2010***, un libro bellísimo que cuenta una historia muy conocida, con infinidad de detalles no tan conocidos y que fue enseguida un enorme éxito editorial en Italia. Lo definiste un libro "pedante" porque es lo que sucede cuando alguien quiere reconocer la "banalidad del bien". En la presentación, en parte explicás por qué creíste útil este libro, aún. Decís que el mundo de la Psiquiatría que ves cuando viajás por el mundo sigue siendo feo, muy feo, y que el de la salud tendría que ser mucho, pero mucho mejor. Por esta doble afirmación, y porque aseverás que la historia de tu libro es inevitablemente circular, Barquitos Pintados te pide, aprovechando tu disponibilidad en esta tarde gris de Buenos Aires, que le des para nosotros, una vuelta más.

Franco Rotelli: Muchas gracias, Claudio, por esta oportunidad. Se las debía, porque nos íbamos a encontrar en Italia en el 2015 y no pudimos. Este libro se llama "***La institución inventada***" y está inspirado en el libro de Franco Basaglia cuyo título es ***"La institución negada"***. En ese libro Basaglia contaba la historia de Gorizia, la historia de un grupo de psiquiatras que pusieron radicalmente en discusión el hospital psiquiátrico y sus reglas. Negaron la bondad de esas instituciones y al mismo tiempo denunciaron que esa institución era el fruto de la psiquiatría, no nacían de un repollo. Es necesario aclarar que esa institución era la expresión de la psiquiatría. Denunciando las condiciones del manicomio se denunciaba a la psiquiatría entera, como madre de este hijo maligno. Esta denuncia tuvo una resonancia increíble porque estaba bien documentada, con fotografías, documentales sobre las condiciones de vida de los manicomios que fueron difundidas por la televisión italiana en un modo muy eficaz. El libro ***"La institución negada"*** denunciaba estas condiciones e indicaba lo que se estaba haciendo dentro del Hospital de Gorizia para cambiar esas condiciones en una suerte de transformación del hospital psiquiátrico en comunidad terapéutica. Basaglia se enfrentó en Gorizia con una administración pública local que era un muro, aceptaba las transformaciones en el interior del hospital psiquiátrico, pero no aceptaba que estas transformaciones salieran del Hospital Psi-

quiátrico. Basaglia abandona Gorizia, renuncia y publica este libro "***La Institución negada***". Algunos años después, por suerte, la Administración Provincial de Trieste, una ciudad cercana a Gorizia pide a Basaglia que vaya allí a afrontar el Hospital Psiquiátrico y le da carta blanca, en parte avalado por el éxito de ese libro y de toda la campaña mediática. Le dicen: *"nosotros queremos un cambio radical"*. Toma la dirección del Hospital Psiquiátrico de Trieste en el 1971 y nace esta historia de la gradual demolición del hospital psiquiátrico que culmina en el hecho de que el Parlamento Italiano acepta en el 1978 hacer una ley que dice: *"de acuerdo,pueden cerrar estos hospitales psiquiátricos porque no son la solución justa..."*, y acepta crear dispositivos alternativos al hospital psiquiátrico. Este libro nos cuenta este proceso y sobre todo nos cuenta cómo nace, cómo se desarrollan estas nuevas instituciones, cómo se inventan estas nuevas instituciones sustitutivas de aquellas que estaban siendo negadas en el libro precedente. ¿Qué sucedió, entonces? Se salió de la simplificación de la realidad del manicomio, se salió de la simplificación de la psiquiatría para ir a buscar la complejidad de respuestas que no tienen nada que ver con el simple psicofármaco, que no tienen nada que ver con la psicoterapia individual, con el abandono, con la invalidación del paciente psiquiátrico. Se trata de cambiar completamente de paradigma, estamos frente a ciudadanos, se trata de ciudadanos que tienen necesidades y a estas necesidades hay que afrontarlas. No podés atender solo la enfermedad, si mirás solo a la enfermedad vas a reproducir enfermedad. El tema es la persona, también su enfermedad, y aun cuando se trata de un concepto ambiguo, hasta su enfermedad podría ser modificada si tratás la persona en su contexto de vida; un ciudadano que tiene que reconstruir sus derechos se transforma en un elemento esencial de su trabajo terapéutico, rehabilitativo, curativo, emancipatorio, podés llamarlo como quieras. Es un esfuerzo por transformar en una complejidad a una simplificación. El manicomio no hacía otra cosa que sacar derechos que invalidaban, negaban, encerraban, y aquí se trataba de hacer exactamente el contrario: de validar, de enriquecer, de incluir en la comunidad, de sostener derechos, de dar respuestas articuladas a todas las necesidades de las personas. Hablo de necesidades de la vida cotidiana: casa, dinero, afectividad, trabajo, relaciones de grupo, etc. Esto tiene que hacer la política de Salud Mental. En este libro trato de contar este trabajo que pasa del manicomio a esta gama de servicios, a esta gama de posibilidades que comprenden grupos de teatro, centros de salud mental presentes en la comunidad 24/7, en el barrio, con enfermeros, psiquiatras, psicólogos que van a la casa de las personas, que no esperan que vengan al Servicio; comprende también la construcción de grupos de departamentos para pequeños grupos de personas con diferentes niveles de protección según la gravedad del problema o la necesidad, comprende la constitución de cooperativas sociales en las que se trata de incluir en el mundo del trabajo a personas que pueden todavía desarrollar algunas actividades, comprende escuelas que permitan recuperar años de escolaridad que se perdieron, laboratorios de actividad teatral, de pintura, musicales, de arte para recuperar la creatividad que existe muchas veces en modalidad más profunda en las personas con sufrimiento subjetivo. Se busca dar una respuesta al problema habitacional y es así que se van articulando todas estas respuestas, que tienen en cuenta además la particularidad del abordaje global en situaciones que requieren de un cuidado que a veces puede llevar mucho tiempo.

C.C.:¿Cuáles fueron los actos más significativos de este trabajo?

F.R.: Son muchos. Los más emblemáticos en la superación del manicomio, entre los más conocidos tenés: la construcción dentro del Hospital Psiquiátrico del gran caballo en papel ma-

ché, Marco Cavallo, que era un caballo que existía en serio dentro del manicomio, que acarreaba un carro con las sábanas a los pabellones. Se construyó en un laboratorio teatral y artístico que funcionaba dentro de un pabellón. Siguiendo las indicaciones de los pacientes, se construye este enorme caballo que va a tomar el nombre de aquel caballo existente dentro el manicomio. Con este gran caballo, un día del año 1973, Basaglia junto a muchos médicos y pacientes, atravesaron la ciudad en un paseo por las calles que, tenés que entender sucedía en una época en que el manicomio era una institución completamente cerrada y a la que nadie podía entrar. Por el contrario, en esta ocasión se asistió a una procesión de locos que salían del manicomio y se instalaban en la plaza de la ciudad, llevando este caballo ante el estupor de toda la ciudadanía de Trieste. Otro fue el día que Franco Basaglia se hizo regalar un viaje aéreo y voló por toda la ciudad, con pacientes, con toda la resonancia mediática que estos eventos tenían, los grandes conciertos con OrnetteColleman, los espectáculos de Darío Fo y otros, que se desarrollaban dentro del manicomio y a los que se invitaba a la ciudad como un modo de demostrar que no se trataba de personas prontas a matar a todos los que pasaban por ahí. Estas fueron todas situaciones en que salíamos a la ciudad y la ciudad entraba al manicomio. Pero sobre todo, las personas empezaban a ser externadas con médicos, enfermeros, psicólogos que los acompañaban apoyándose en los Centros de Salud Mental abiertos 24/7. Se trató de luchas permanentes, todo esto hasta el 1978. Eran todas prácticas que se construían teniendo como base la ley italiana precedente que prohibía que el paciente psiquiátrico saliera del manicomio. El que salía lo hacía cometiendo un delito, era como si escapara de una cárcel, literal. El Director era responsable, como sabés, Basaglia tuvo que afrontar numerosos procesos porque sucedían estas cosas. Tuvimos problemas con la justicia, el más importante fue el nacimiento de la primer Cooperativa Social. Como en todas las instituciones totales, los pacientes trabajaban, hacían trabajos de limpieza, de jardinería, en la cocina, en la lavandería. La institución se aprovechaba de los pacientes a cambio de un paquete de cigarrillos, de algún dinero, pero prácticamente a cambio de nada. Llegados a un cierto punto del proceso, decidimos con la administración que estos trabajos fueran retribuidos, proponiendo el nacimiento de una Cooperativa Social que fuese reconocida como una empresa, que se le diera un reconocimiento jurídico. El Juzgado dijo que no, que esas eran personas incapaces y que por lo tanto no podían constituirse en Cooperativa, no podían crear una empresa, porque una empresa tiene responsabilidades jurídicas. Nos llevó dos años convencer a los Jueces que en cambio era posible, pidiendo a algunos operadores que los acompañaran en el Consejo de Administración y a algunos pacientes que decidieran ocupar esos lugares. Nació así la primer Cooperativa Social Italiana de Personas con Capacidades Diferentes, hoy hay diez mil cooperativas iguales en toda Italia. Hay muchos episodios más que fueron marcando distintos hitos, pasajes. Cuando estábamos decidiendo cerrar el manicomio, superarlo, evidentemente, el tema de la casa, el tema de dónde ir a vivir era dramático. El primer tiempo nadie nos alquilaba departamentos así que nosotros, un grupo de médicos junto a un grupo de pacientes, fuimos a ocupar un edificio de propiedad pública deshabitado. Lo ocupamos para indicar a la ciudad que teníamos necesidad de vivienda para estas personas. Pensá que el hecho fue que médicos, psicólogos, enfermeros ocupaban un edificio de propiedad pública; imagináte la paradoja y la resonancia, la amplitud mediática que tuvo esto en la ciudad y en el país. Nosotros nos ocupamos allí de construir el Estado de Bienestar porque la Psiquiatría no es una práctica adecuada si no se ocupa del bienestar general, de la vida de estas personas en

un sentido global. Después de este evento, las entidades públicas empezaron a darnos casas y hoy no hay ningún problema, esas personas lograron a través de estos nuevos reglamentos, la posibilidad de tener una casa donde vivir. Entonces: el trabajo a través de las cooperativas, las políticas sobre vivienda... Otra cosa que en Trieste sigue siendo muy importante, es la relación con el mundo: argentinos, españoles, brasileros, colaboran con Trieste, van a visitarnos, trabajan con nosotros. Hemos llevado al mundo una idea, estas experiencias. Esto nos da fuerza y nos dio energía a lo largo de los años, sobre todo en los primeros años en los que teníamos mucha necesidad de jóvenes que nos acompañaran. Todo esto para llevar adelante una lucha contra la burocracia, la inercia, contra los miedos fantásticos sobre la peligrosidad del loco... Vos sabés que eran más de 100.000 personas internadas en los hospitales psiquiátricos de Italia en los años 60 y hoy no queda ningún hospital psiquiátrico... y lo más importante es que estos 100.000 locos no destruyeron Italia.

C.C.: ...quizás fueron otros los que la destruyeron...(risas)

F.R.: Sí, tenés razón, quizás fueron otros los que la destruyeron. Bueno, esta es la historia, una historia que todavía hoy hace discutir al país. Porque la medicina condicionada por las reglas del sistema público, la cultura de las varias psicologías, psico–ciencias reductivas, no ayudan a dar respuestas articuladas, ricas a las personas, sino que por el contrario tienden a medicalizar, psicologizar, hospitalizar en lugar de ofrecer respuestas en la riqueza de la vida para que las personas puedan obtener una vida más rica. Derechos concretos en una comunidad concreta. Sigue siendo un trabajo difícil, lleno de obstáculos, de estigmas, prejuicios, de miedos y angustias que la enfermedad mental produce en las personas en el momento de una crisis, sumado a las condiciones sociales en las que viven estos ciudadanos que los colocan, muy a menudo, en una posición contractual muy débil a la hora de acceder a los servicios. Por eso es necesario seguir sosteniendo un movimiento fuerte y en esto los técnicos tienen una enorme responsabilidad en su defensa, si quieren hacer bien su trabajo. Hasta ayer, su poder no se usaba para defender el derecho de estas personas sino para defender a la sociedad de estos presuntamente sujetos peligrosos, ofreciéndose como custodios en lugar de ofrecerse como terapeutas.

C.C.: Gracias, Franco Rotelli. Por tu generosidad para con nuestra revista y gracias porque volver a contar esta historia me permite recordar que en Japón hay todavía 300.000 personas internadas en manicomios, y que acá todavía tenemos varios miles, en una situación que mejoró muchísimo gracias a la Ley de Salud Mental y que, en el 2020, cambiará todavía más. Como sabés, este país se propone cerrar todos los Hospitales Psiquiátricos, siguiendo la horma de la historia italiana que tu libro tan bien documenta. Volvé a la Argentina cuando quieras que vas a ser bienvenido y va a ser, como siempre, un enorme placer volver a darle un giro a esta historia circular, encontrándole siempre otra vuelta. Hasta la próxima.

En el año 1972, los pacientes del Manicomio de San Giovanni en Trieste escribieron una carta al Gobernador de la Provincia firmada por Marco, un caballo que pertenecía al hospital. Él pedía que, teniendo en consideración que desde 1959 acarreaba ropa a la lavandería, basura y diverso material en el interior del hospital, le reconocieran el derecho a la jubilación por mérito en su trabajo y por todo el afecto que sentían por él los pacientes y todo el personal. En cambio, se ofrecía el importe que devengaría el sacrificio del animal y mantenerlo mientras durara su vida natural en el interior de la institución. El 30 de octubre del mismo año, la Provincia dió lugar al pedido financiando la compra de un vehículo para sustituir al caballo y cedió Marco al cuidado de los pacientes del manicomio. En esos años '70, allí se realizaban muchísimas actividades. Entre ellas, el laboratorio artístico que dirigía el artista plástico Vittorio Basaglia. Fue en ese espacio que algunos pacientes internados, junto a vecinos, estudiantes, trabajadores, construyeron un caballo en madera y papel maché de color azul, de dimensiones gigantescas para que su vientre pudiera llenarse de los sueños y deseos de los pacientes. Lo llamaron "Marco Cavallo". Con él, y para que pudiera salir, los mismos pacientes del manicomio que dirigía Franco Basaglia, derribaron los muros del portal de San Giovanni y marcharon por las calles de Trieste. Exigían el cierre definitivo del hospital. Muchísimos ciudadanos, periodistas y la televisión, acompañaron el desfile que concluyó en la escuela primaria De Amicis en el barrio San Vito. Fue el 26 de febrero de 1973. "Marco Cavallo" se transformó desde entonces en el símbolo de un proceso de liberación de todos aquellos que sufren la vida manicomial y que en Italia fue posible 5 años después y perdura desde hace más de 41. Para otros sigue siendo un sueño o un deseo, aún en la panza, que presiona por derribar los muros y salir. ***(Claudio Cúneo, 10 de octubre 2019).***

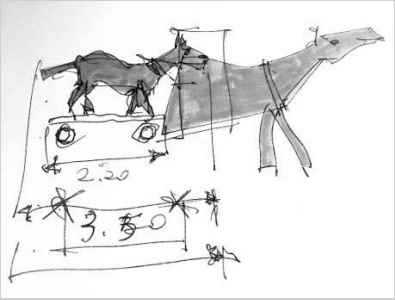

Foto: Gentileza de Claudio Erné
(26/02/1973)

Entrevista a Mario Colucci

Rosario–Trieste • Marzo 2019

Claudio Cúneo: Hola, Mario. Nos conocemos por habernos cruzado en varios espacios psicoanalíticos cercanos a Colette Soler en Italia, y si bien conocía tu trabajo en Trieste, supe un poco más a través de ese hermosísimo libro que escribiste junto a **Pierangelo Di Vittorio** del nombre emblemático, que a su vez es un nombre propio: ***Franco Basaglia***. Tuve la oportunidad de contactar Pierangelo por otras razones, pero hacía tiempo que quería una interlocución con vos, en una charla distendida, sobre tu concepto de *clínica del déficit*. Creo que este concepto nos va a introducir en el tema del *proceso de desinstitucionalización italiano y su estado actual*, motivo principal de este encuentro. Esta entrevista será publicada en el N°4 de la Revista ***Barquitos Pintados, Experiencia Rosario*** que se va a ocupar del tema el año próximo. Será el año, como sabés, del cierre total de los manicomios en Argentina, cierre previsto por la LNSM y A N° 26.657.

Mario Colucci: Gracias, Claudio por esta invitación que acepté con gran placer. *Clínica del déficit* es una expresión que inventé, que me parecía justa para explicar de alguna manera lo que define la raíz de la clínica antiinstitucional de **Basaglia**. Franco Basaglia era un Psiquiatra fino en su formación, ya sea como psiquiatra clínico tradicional que como fenomenólogo. Arrancado de la Universidad, fue arrojado en un lugar de segregación, de violencia, como se podría definir la institución manicomial de Gorizia, en el 1961. Ahí se da cuenta que lo que había enseñado y aprendido antes en la Universidad le servía poco en una institución asilar represiva, violenta. Probemos a imaginar un manicomio de esa época. Gorizia era una pequeña ciudad, y lo es aún hoy, de 30.000 habitantes, situada en la frontera entre Italia y en ese entonces la Yugoslavia. Hay que recordar también que en esa época existía la cortina de hierro entre el este y el oeste, era una frontera, digamos, difícil. Pensá que el muro del manicomio representaba la frontera del Estado Italiano. Hay anécdotas de pacientes que saltaban el muro y que escapando, terminaban en otro país así que los traían de vuelta la Policía de Frontera. Te cuento esto para darte una idea de que Gorizia era un lugar en serio de frontera, un lugar de exilio para Franco Basaglia. ¿Qué quiero decir con un lugar de exilio? Quiero decir que a un clínico fino, un psiquiatra brillante, con 150 publicaciones, que conocía el francés, leía el alemán, lo mandan a un lugar totalmente atrasado. La primera reacción de **Franco Basaglia**, esto me lo contaba **Franca Ongaro Basaglia**, fue de volver atrás y regresar a Venecia. Dijo, *"...yo en este lugar de mierda..."*, porque efectivamente, había sentido este olor a mierda, el olor a mierda de estos lugares insti-

tucionales, el mismo que había sentido cuando terminó en una cárcel a los veinte años, en el '44, prisionero de los nazis, arriesgándose a la pena de muerte porque había realizado una práctica antifascista... Él reconoce este olor a mierda y dice: *"Vámonos..."* Y es **Franca Ongaro** que le dice que es importante que él regrese ahí como Director, porque es como Director que va a poder modificar las cosas. ¿Qué puede modificar **Basaglia**? Lo primero, digamos, que puede hacer, es algo "humanitario"... tuvo que realizar un cambio radical en lo que eran las prácticas violentas, institucionales que existían en el manicomio. Slavich, que fue un colaborador de **Basaglia**, cuenta que el primer día que Franco llega al manicomio, cuando el jefe de enfermeros le lleva a firmar el registro de las contenciones que había hecho el día anterior, él responde con esta frase en dialecto véneto: "¡emi non fermo!". Dice, *"...yo no firmo, no estoy de acuerdo con estas prácticas institucionales, tienen que hablarlo conmigo que soy el Director"*. Les aconsejo a todos el libro que se editó el año pasado, desgraciadamente solo en italiano ***"A la sombra de los cerezos japoneses. Gorizia 1961"*** que es el relato que **Slavich** hace de los años que transcurrió en Gorizia con **Basaglia** y narra las vicisitudes desde el interior, de lo que significó para Basaglia oponerse a las violencias de la Psiquiatría, que son violencias de protocolo, de puertas cerradas, de contenciones, de portones, de electroshocks; qué significó decir no a prácticas institucionales naturalizadas, indiscutibles. En esto hay que reconocer los elementos de la fenomenología de **Basaglia**. Estudió los grandes maestros: **Husserl, Binswanger, Jaspers** en modo particular...**Minkowski** sobre todo, fue uno de sus autores de referencia, además de los filósofos franceses como **Sartre, Merleau Ponty**. Él adopta en modo radical el concepto de *Epoch*é...es decir, de la suspensión del juicio. Se pregunta: esto que observo, que tengo delante de mí, ¿es natural?, ¿es en serio obvio?, ¿es inevitable?, ¿o puedo suspender esta verdad admitida?, ¿estamos seguros que sea una verdad y que no puedo meterla entre paréntesis? La verdad de la enfermedad, del diagnóstico, del manicomio. Y en estas suspensiones que él llama *Epoch*é empieza a poner entre paréntesis lo que el manicomio le presentaba como inevitable. Mete entre paréntesis el diagnóstico, sin por eso negarlo. **Basaglia** dice que el diagnóstico es una sutil astucia de quien conoce de manera precisa la psicopatología, pero también las superestructuras institucionales, las incrustaciones que se superponen a la patología. Esto nos devuelve a tu pregunta, ¿qué significa una clínica del déficit? Es una superestructura que se superpone al sufrimiento del enfermo. El enfermo que entra al manicomio, poco importa la razón por la que entra, después de un tiempo empieza a seguir un destino que es el destino institucional que lo asemeja a todos los otros. En otras palabras, lo que ya describía **Kraepelin** a inicios del siglo XX a propósito de la *demencia precoz,* que hoy llamamos *esquizofrenia*. ¿Por qué la llamaba *demencia precoz*? Porque estaba convencido que se tratase de un proceso de demencia precoz que era diferente al proceso de las demencias actuales, no era una demencia de *Alzheimer* sino que se debía a la institucionalización, al empobrecimiento del yo característico de la permanencia en un lugar cerrado durante muchos años. En los años 50, 60, nos encontraremos con muchos estudiosos que hablan de esto, pensemos en **Burton** que escribe en el 50 "***Neurosis institucional***". **Burton** era un médico inglés que había estado en el campo de concentración de **Bergen–Belsen** como oficial del Ejército, por lo que había visitado este campo al final de la guerra y había visto las condiciones de los internados en ese campo; se da cuenta que la larga permanencia en esos lugares violentos, en instituciones de segregación, determina un empobrecimiento cognitivo, un déficit cognitivo. Otra observación inquietante que hace es que este proceso de empobrecimiento no atañe sola-

mente a los pacientes que están allí internados, sino que afecta también al personal sanitario, sobre todo al personal sanitario que participa de prácticas de particular violencia como las prácticas de shock, de contención en general; el síndrome de institucionalización afecta a ellos también. Es una observación interesante pero inquietante al mismo tiempo. Es decir, cómo esta enfermedad puede afectar a quién cura, no solo a quién es curado. Es por esto que se ha construido una psiquiatría que observa un déficit, un empobrecimiento que es la psiquiatría misma que la produce. Cuando hablamos entonces de Psiquiatría del Déficit, hablamos de una psiquiatría que está afectada de *"pesimismo terapéutico"*. Esto es algo que Michel Foucault describe muy bien en varios libros y sobre todo en el Seminario del Collége du France sobre *El poder psiquiátrico* o *Los anormales*, el Seminario de los años '70. Él describe que la Psiquiatría con su *"custodialismo"*, con su búsqueda organicista de una lesión del órgano cerebral se halla condenada al fracaso, a la ausencia de cura: la enfermedad mental es crónica, no se cura, hay que custodiarla, porque inexplicable, y en cuanto incomprensible es peligrosa. Este es el tema de base de la psiquiatría. Es esto lo que diseña una clínica del déficit en la que el sujeto se describe como sujeto defectuoso, incapaz, irresponsable, no un sujeto que pueda desplegar su vida en el mundo sino más bien un sujeto idiota. Pero lo que es preocupante es que esta perspectiva no está agotada. Si piensan en los escritos recientes sobre las rehabilitaciones psiquiátricas, se parte siempre de la idea de vulnerabilidad y del estrés, ¿no?, como si fuera un sistema, se parte del individuo que padece de una fragilidad, vulnerabilidad y sobre esta vulnerabilidad inciden factores estresantes que determinan el surgimiento de la enfermedad; es una hipótesis vulnerabilidad–estrés que funciona mucho, que sigue estando en la base de muchos programas de rehabilitación, sobre todo basados en teorías *cognitivas–comportamentales,* que son todos esos programas que te dicen de probar a recuperar habilidades perdidas en la medida de lo posible, como si todo tuviera que pasar por recuperar funciones perdidas: *"sos un sujeto defectuoso, te hago recuperar, te enseño, te adiestro"*. Esto te va marcando lo que hoy sería una *"modernidad de la clínica del déficit"*. Alguien a quien se mira como deficitario y al que se lo entrena para que adquiera de nuevo las capacidades perdidas.

C.C.: El cierre de los manicomios en Italia instala un antes y un después. La institución asilar, su función de custodia y depósito de los deshechos de una sociedad que segrega excluídos a los que encierra y aísla para eliminar, invisibilizar, no existe más. Con la ley 180 se instala un nuevo paradigma, se crean dispositivos de cura nuevos y se despliega una idea de sujeto de derecho, con derecho a ser *incluído*, como todos, en un **Estado de Bienestar** que lo sostiene, que le garantiza su acceso. Fundamentalmente, el Estado se hace cargo de generar esas condiciones, de acompañarlo. ¿Qué clínica se sostiene hoy en el actual sistema italiano y qué relación se establece entre clínica y política?

M.C.: Bueno, la respuesta no es simple. Dejáme que dé un rodeo para situar el sujeto, sea el que curamos pero también el sujeto de quien cura, de nosotros los operadores. ¿Cuál es el rodeo? Me gustaría hablarte de lo que llamo una actitud crítica. Esta es una actitud fundamental para quien practica esta profesión. **Basaglia** escribe un texto en el 67 "¿Qué es la psiquiatría?" con signo de pregunta. Se pregunta con preocupación qué es la psiquiatría, por todo lo que dijimos antes: ¿qué ciencia perversa pudo haber creado estos contenedores aberrantes que son los manicomios? Ahora bien, esta pregunta se instala en una tradición antigua de interrogación, que no es una pregunta de un psiquiatra, yo diría que es casi una interrogación filosófica. Si

pensamos que desde **Kant** y hasta la **Escuela de Frankfurt** nos interrogamos siempre en manera crítica sobre lo que era el advenimiento de la modernidad y de la racionalización científica de la modernidad. Michel Foucault se interrogó mucho acerca de la fenomenología; Foucault retoma esta interrogación de Kant, cuando Kant dice sobre el modo en el que la racionalización se conduce, y aquí Foucault utiliza una bellísima expresión: conduce ***al furor del poder.*** Al furor como furia devastadora. ¿Por qué la racionalización lleva a un poder así devastador? Y sobre todo, ¿cómo logramos situarnos nosotros en este momento de la historia en la que observamos esta racionalización? Y aún, ¿cómo podemos en este momento reaccionar, intervenir, vivir?... Esto tiene que ver, como pueden entender, no solo con nuestro saber clínico, científico sino también con nuestra posición política. ¿Cómo podemos actuar en relación a lo que existe hoy, al mundo que encontramos hoy y en el que nos toca vivir? Pero, ¿por qué hago este rodeo? Porque la psiquiatría, que es donde nos encontramos situados, es la práctica en que tenemos que plantearnos una *stratascienza* (neologismo en italiano que condensa *estrategia* y *ciencia*) y confrontarnos con el momento. Hay algo que está sucediendo en el momento en que somos protagonistas junto a la persona que tenemos enfrente. No reflexionamos mucho sobre esto pero es algo que da mucho fastidio a la ciencia oficial, a la psiquiatría dominante. ¿Por qué? Porque introducimos una suerte de relativismo. No hay situaciones estables, las situaciones serán siempre un poco precarias, inestables, situacionales, ligadas a la contingencia, como decimos nosotros. Ustedes saben que cuando Michel Foucault saca su libro ***Historia de la locura***, un famosísimo, muy reconocido psiquiatra francés que se llamaba Henri Ey, el padre del orgadinamismo en Francia, le dice que es un *psiquiatricida*, lo acusa de haber matado la Psiquiatría. En cambio, yo diría que Foucault está planteando la necesidad de una actitud crítica, está planteando lo inaceptable de una ciencia, de una institución, de una mentalidad, sea esta de los operadores o de la población; al mismo tiempo está planteando la necesidad de reaccionar, poner un límite a esto inaceptable, insostenible. Yo creo que la experiencia de la desinstitucionalización ha sido una forma de actitud crítica. Explico mejor qué es una actitud crítica. Es reconocer que hay un ejercicio del poder aberrante, que hay una forma de dominación exorbitante y probar, no digo a eliminar, porque en las relaciones humanas está siempre en juego el poder, pero por lo menos a reducir, a ponerle un límite a este poder. Esto es algo que concierne directamente nuestro hacer ético y político en psiquiatría. En cualquier situación, cuando encontramos un paciente deberíamos preguntarnos...¿cómo puedo reducir mi poder sobre el otro? Se me ocurre ahora, hago asociación libre, que no son tantas las disciplinas que probaron a hacer esto. A mí me vienen en mente solo dos, les confieso: la fenomenología que cité antes, que con esta suspensión de la verdad, del dato adquirido, de lo que es obvio e indudable, está atenuando el poder de la verdad que muchas veces puede ser una forma de poder sobre el otro; y la otra disciplina, si la queremos llamar disciplina o bien experiencia, es el psicoanálisis. Al menos cierto psicoanálisis, sobre esto quisiera ser bastante claro. Porque cuando hay una modalidad, no solo de acercamiento hacia la persona que sufre, sino también de meterse en relación con la persona, de establecer junto con esta persona una dirección de la cura, como decía Jacques Lacan; o en otros términos, cuando se es capaz de ver en la transferencia no un elemento de dominio, de ejercicio de poder sino más bien que se trata de dejar el campo a un Otro, al discurso del Otro, al menos esta es la posición que Lacan sugiere al analista. Yo diría no solo, diría a quien se embarca en una cura... dejar espacio al discurso del Otro, de alguna manera *des–identificarse del lugar de quien dirige la cura*, porque

la dirección de la cura no significa *ser quien* dirige la cura, es algo un poco más complejo. Bueno, yo pienso que esto es otro gesto de disminución de poder sobre el otro que representa la base de una actitud crítica. La desinstitucionalización significó también esto. Si bien las referencias no eran estas que dijimos, sí un poco la fenomenología, pero en realidad en la desinstitucionalización italiana no estaba el psicoanálisis, la idea era sí la de desmontar este poder exorbitante. No solo del manicomio, sino también de la Psiquiatría, de la Clínica Psiquiátrica y empezar a imaginar algo diferente, construcciones diferentes, instituciones diferentes, inventar las instituciones, lo dijo también Rotelli, en su libro ***"La institución inventada"***. Crear algo que en parte tome los recursos, la energía del manicomio, reconstruyéndolos en algo nuevo, sabiendo que en algún momento estas instituciones que estamos construyendo tendrán que ser desde un punto de vista saludable, precarias, no cerradas o bloqueadas, no estáticas. Tiene que ser una institución de la que tendremos que ser capaces de nuevo de de–construir para construir otra. Por lo tanto, es un proceso infinito que, como ven, es una acción práctica–política y a la vez reflejo de una actitud crítica, de pensamiento, evidentemente.

C.C.: El proceso de desinstitucionalización italiano fue muy crítico respecto al psicoanálisis. ¿Cuál es la relación que tiene hoy el sistema italiano, o bien los operadores del sistema italiano con este sujeto que encontramos, sufriente? ¿Qué concepción prevale? ¿Hay, según vos un retorno de la clínica del déficit –si es que alguna vez desapareció–, en esta versión moderna que definiste antes? ¿O sigue siendo potente la institución inventada que se basaría más en el recorte fenomenológico basagliano o bien en el de la dirección de la cura psicoanalítica?

M.C.: Tu pregunta son muchas preguntas. Yo creo ser el único psicoanalista de formación lacaniana en la institución de Trieste. Pero empecemos por entender a Basaglia y su posición frente al psicoanálisis. Basaglia trabajó en un período en el que el psicoanálisis italiano era particularmente retrógrado como pensamiento, como práctica. Había psicoanalistas que sostenían posiciones bestiales: contener una persona en una cama era como abrazarla. Eran colaboradores del manicomio o en todo caso no hacían nada para cambiarlo. No eran aliados de **Basaglia**, en todo caso estaban interesados en sus propias prácticas privadas sin obstaculizar mínimamente lo que sucedía en los manicomios. Pero, para ser rigurosos, esto no sucedía solo con los psicoanalistas, su colegas fenomenólogos, salvo algún caso raro, como el de **Eugenio Bornia** que tenía un departamento en Novara, con puertas abiertas, los otros vivían en sus consultorios pensando en **Biswanger** o a **Minkowski** pero sin preocuparse por lo que sucedía en las habitaciones de contención. **Basaglia** era crítico también con ellos. Él no era hostil con el psicoanálisis, desde el punto de vista teórico, como no lo era con la fenomenología. Él desafiaba a los psicoanalistas en sus prácticas, sobre todo en sus prácticas de transformación. Él era contrario a lo que su amigo **Robert Castell** definió en su libro célebre ***"El psicoanalismo"***, en definitiva el *hacerse institución del psicoanálisis*, sostener instituciones cerradas, para usar un término genérico, instituciones contrarias a la vida. Por otro lado, los tiempos cambiaron mucho. Yo me pregunto, por ejemplo, si **Basaglia** estuviera vivo y se encontrase con el psicoanálisis, o si se hubiese encontrado con **Lacan,** por ejemplo. Sinceramente, creo que en la actitud de **Basaglia**, en la de **Lacan**, aun teniendo en cuenta que se trataría de universos de pensamiento muy diferentes, compartirían un modo de estar frente a la persona que sufre, creo que ambos compartirían esta posición de no ocupar un lugar de poder frente a la persona que sufre. Más aún, compartirían el hecho de que el discurso de la persona que sufre sea el prevalente, un discurso respecto del

cual me ubico en una posición, como diría Lacan, casi de secretario. Esto sería un primer aspecto de la relación con el psicoanálisis. Además, en los años 80, la cultura psicoanalítica no era como en Argentina, en Francia, prevalente. No nos formábamos como psicoanalistas en Psiquiatría, aunque vi con el tiempo que la exigencia de hacer un trabajo individual aumentó. Hay muchos residentes, jóvenes especialistas que empiezan a hacer un recorrido individual, no es un psicoanálisis clásico, pero sienten la necesidad de hacer una cura individual, personal, antes de enfrentar este trabajo. En cambio, desde el punto de vista institucional, creo que en la Psiquiatría italiana hay un cuadro de luces y sombras. Es cierto que no existen más los hospitales psiquiátricos, desde el 2000, en todos lados están los *Departamentos de Salud Mental*, están los *Centros de Salud Mental* que funcionan más o menos bien, algunos como en la Región Friuli–Venecia–Giulia las 24 hs, otros solo algunas horas al día y realizan actividad de consultorio sobre todo. Esto significa una actividad en la que esperan al paciente, en el consultorio, se corrige la terapia farmacológica, se atiende la crisis en lo que puede ser posible y se interna en el hospital público, en el hospital polivalente. Esta es la práctica pobre de mucha psiquiatría italiana. Y es una psiquiatría que en algunos casos, desgraciadamente, está invadida por la burocratización, los procotolos, llenar formularios, responder a exigencias de tipo gerencial. Hay una cultura managerial de la psiquiatría, porque las áreas de salud son empresas como gestión, todo se tiene que contabilizar; no que no haya que hacerlo, pero cuando deviene lo principal, va en detrimento del trabajo clínico. Estos son los riesgos mayores hoy. Tenemos en cambio que retomar, sobre todo para las jóvenes generaciones de psiquiatras, psicólogos, de enfermeros, las grandes intuiciones de los años 60/70 que orientaban en esa época la formación, el pensamiento de la psiquiatría de la desinstitucionalización, algunas intuiciones importantes de la antipsiquiatría que tuvieron autores notables, retomar el psicoanálisis, la sociología, algunos autores de la filosofía; algunos los cité, que son fundamentales para quien quiere hacer el trabajo del psiquiatra. No puedo entender cómo se pueda hacer este trabajo sin haber leído la Historia de la locura o el Poder Psiquiátrico de **Michel Foucault** que te ilumina respecto de lo que son nuestras prácticas actuales. Sobre esto tendríamos que apuntar y no tanto sobre el management porque detrás nuestro retornó algo muy potente que es toda la medicalización de la psiquiatría. En la Universidad se estudia sobre todo lo que es el aspecto bio–médico de la Psiquiatría que es un aspecto importante, la neurociencia, la farmacología, pero que no es determinante en la gestión clínica de un paciente, es importante pero no es para nada determinante. Allí sirven otras cosas para trabajar con una persona que tiene un gran sufrimiento psíquico. Vamos al otro punto. Italia es un país descentralizado. Hay una ley nacional que ustedes conocen muy bien que es la ley 180 pero después hay 20 regiones en Italia. Hay una ley nacional pero después, cómo viene financiada y aplicada esta ley, es potestad regional. La Región Fruli–Venezia–Giulia, quizás porque estaba Basaglia, después Rotelli y otros, decidió que se realizara una aplicación de la ley completa. Primero en Trieste y después en otras provincias de la región. Pero en realidad, es la única Región en la que hay *Centros de Salud Mental* abiertos 24 horas y en la que la acción terapéutica se desarrolla prevalentemente en el *Centro de Salud Mental. Diagnosi e cura psichiátrica*, la internación en el hospital general, es una unidad hospitalaria de despistaje en el que el sujeto no se interna por largos períodos salvo una muy rara excepción. El lugar del tratamiento es el *Centro de Salud Mental*. El accionar está todo direccionado *en el territorio* y en función de *la atención domiciliaria*, se va en la casa de las personas, hay que organizar actividades de tipo rehabilitativas, *Centros de D*ía.

En Trieste se habla de *Centros Diurnos difusos* porque hay muchas actividades en la ciudad, más de 50; se organizan encuentros de socialización, de recovery como dicen los ingleses. No hay en toda la Región una Clínica Psiquiátrica Privada. No hay ningún lugar de internación privado. Esto quiere decir que toda la financiación de la Salud Mental termina en el sector público. Si la comparás, en cambio, con otras regiones, que son más ricas que Friuli–Venezia–Giulia como por ejemplo la Lombardía, que dice de ser el sistema más eficiente del país y efectivamente tiene lugares de excelencia, en Lombardía rige el concepto de la libre elección. Eso significa que el ciudadano puede elegir el mejor lugar donde hacerse curar. Esto es legítimo, pero imagínense que un paciente psiquiátrico, a menudo, no manifiesta ninguna voluntad de curarse y tampoco de elegir un lugar de cura. ¿Qué sucede si uno no elige?. Hay un principio vigente, sobre todo a Trieste, que se llama de responsabilidad territorial, porque este es un principio muy importante. Significa que yo, que trabajo en un barrio de Trieste, si me informan de un joven que atraviesa una crisis psicótica, porque me lo dicen sus padres, porque él está muy mal y no quiere venir a curarse, yo, como médico territorial que tengo la responsabilidad de la salud de los ciudadanos y por lo tanto, también de ese joven, tengo que hacer de todo, ir a su casa a encontrarme con él, invitarlo a hablar conmigo, a emprender una cura, hasta el extremo de que si veo que está muy mal, con un nivel de sufrimiento suyo y de sus familiares muy alto, tengo que poder internarlo si es necesario. Esto es un nivel fuerte de responsabilidad en el que yo me hago cargo de la salud y también de la libertad del otro temporáneamente. Fijáte de nuevo el ejercicio del poder, la modulación del ejercicio del poder, que es necesaria. ¿Porque el contrario, cómo sería?: *"Ah, no. Vos quedáte ahí en tu locura, te abandono..."*. Pero sabemos que sería un gesto muy poco responsable, que no tendría en cuenta tampoco su libertad. No tendría en cuenta que en ese momento él está absolutamente devastado por su enfermedad, por sus voces, por sus síntomas. Esto lo digo porque cuento con el testimonio de muchas personas que después te lo agradecen. Vuelven y te dicen "*...gracias, porque yo estaba tan mal que no lograba entender que ustedes me querían ayudar"*. Como si hubieras roto el asedio de la psicosis. Creo que todas estas sean prácticas fundamentales, son responsabilidades del territorio, el derecho a la territorialidad. Otras regiones no adoptan esta concepción porque prefieren tener un hospital general fuerte, un reparto bien equipado y que allí llegue la persona como urgencia, porque quizás está tan mal que interviene la Cruz Roja, la ambulancia, la policía y la lleva al hospital, a veces en situación de gran agitación psicomotoria. ¿Y qué sucede entonces? Ahí tenés la clásica crisis de la Psiquiatria, la razón por la que la persona arriesga terminar atada a la cama, sedada, encerrada en un departamento de puertas cerradas. Estas son todas degeneraciones que tenemos que evitar. Cuando se dice, ¿por qué a Trieste logran tener las puertas abiertas o no tienen necesidad de contener? Y... porque hay un trabajo previo en el territorio. Yo en Trieste no vi jamás a nadie atado ni jamás vi una puerta cerrada. Yo llegué a Trieste hace 27 años pero ya desde que estaba **Basaglia** no había más puertas cerradas ni contención. ¿Por qué esto sucede allí y no en Milán? Porque se hace todo lo posible en el territorio para evitar que una persona llegue allí, evitar que se encuentre en una situación de dificultad. Como podés ver, hay una técnica, una técnica que tiene que ver con lo político; político en el sentido de estar en la polis, estar bien adentro de la polis, jugarse las relaciones de poder...y esta es la verdadera articulación entre lo técnico y lo político, no existe una técnica abstracta, existe una técnica y por ende una clínica que se pliega a una situación, una situación política en la que nosotros también intervenimos. Y digo esto para ir concluyendo: es muy im-

portante seguir reflexionando sobre lo que hemos observado tiempo atrás, en un determinado contexto institucional. Por ejemplo, yo me especialicé en una clínica psiquiátrica en Bari, en el sur de Italia, y allí vi las puertas cerradas, las personas atadas a la cama, vi los electroshocks, y tengo que decir que ví patologías que no volví a ver nunca más. Yo vi treinta años atrás, y nunca más volví a verlo, un estado catatónico... se trataba de un paciente que había estado atado a la cama un montón de tiempo así que cuando lo soltaron, él quedó en la misma posición durante meses. Me pregunto y sigo reflexionando, ¿pero yo por qué en Trieste no vi nunca algo similar? Yo no sé ni qué es la catatonía. Es claro que eso era un *artefacto institucional*. Pero era algo que la clínica psiquiátrica tradicional señala como una de las manifestaciones de la esquizofrenia. Fijáte como la clínica no es algo inmodificable, la clínica depende del contexto, y si el contexto cambia, cambia la manifestación de la enfermedad. Y que cambia significa también el modo en que la persona manifiesta sus síntomas y se relaciona con nosotros. Por eso yo pienso que sea importante que nos ocupemos de la clínica, pero también de la política. Me acuerdo que hace unos años me encontré con una colega psicoanalista en París que trabajaba en el Saint Anne, nos encontramos en un Congreso y estaba muy interesada en saber qué sucedía en Italia, había venido a Trieste a ver...e insistía en la importancia de la clínica, la clínica. Yo le hice una pregunta incómoda, le pregunté si en Saint Anne, donde ella trabajaba, las puertas estaban cerradas o abiertas. Ella me respondió: *"no tiene importancia, a veces está abierta, en general está cerrada"*. Continué, ¿para vos no es determinante que la puerta esté cerrada? ¿no creés que esto transforme la clínica que vos practicás? ¿cómo puede generarse una palabra libre como promueve el psicoanálisis si el lugar donde adviene está cerrado? Ella siguió afirmando que no le importaba la puerta, lo importante era la clínica con el paciente, *"...porque yo tengo libertad con el paciente"*, concluyó. Yo sostuve mi posición, y le dije que no creía que ella fuese libre, simplemente por el hecho de que en Francia existe un criterio de internación, la *"hospitalization d'uffice"*, a través de la cual, en cualquier momento un Prefecto te puede internar de oficio y no podés decir que no. *"Como podés ver –concluí–, esta libertad no existe"*. Recuerdo que ella se quedó mal y al día siguiente me buscó en el Congreso para decirme que no había podido dormir porque nunca había pensado la cuestión de la libertad de esa manera. Le aclaré que mi idea era que saliese de ese pensamiento abstracto porque los psicoanalistas también necesitamos de ese anclaje político, no es cierto que baste la clínica, la escucha. Es necesaria la clínica, la escucha, pero también hay que prestar atención al lugar en el que se trabaja, al contexto. El contexto modifica también la expresión del paciente y nuestra escucha. La colega trabaja en un contexto de sector, con dos conceptos claves, *la proximidad y la continuidad*; sin embargo, que exista esa política no quiere decir que el operador la acepte, la reconozca, el trabajo no termina con la ley. Por otro lado, el sector es una intuición francesa que Basaglia tomó enseguida, la ley 180 nació sobre la base del sector francés, solo que Basaglia le cortó la cabeza al manicomio, cosa que los franceses no hicieron, lo que cambió el destino de uno y otro sistema. Italia está sin manicomios. Bueno, me parece que contesto tu interés por la relación entre lo clínico y lo político.

C.C.: Muchísimas gracias, Mario. Seguiremos seguramente este diálogo en otro momento. Y saludos a los colegas italianos. Hasta la próxima.

Entrevista a Gastón Wagner de Sousa Campos

Esta entrevista con Gastón Wagner de Sousa Campos forma parte de un rastreo que venimos haciendo. Este cuarto número de la revista Barquitos Pintados Experiencia Rosario sale en el año 2020. El 2020 es el año que marca el decreto reglamentario de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones como el año en que se produciría el cierre de los manicomios. Estamos en un momento particularmente complicado, no es solamente el momento de la pandemia lo que complica, sino procesos bastantes dificultosos.

El tema de este número 4 es desmanicomialización y desinstitucionalización. Pensamos la desinstitucionalización como un proceso que permite generar condiciones para que no retornen las lógicas manicomiales, para producir otro lazo en la cultura. En ese marco elegimos una conferencia que Rosana Onocko Campos y Gastón de Sousa Campos dieron en Rosario en el año 2011. Si bien han pasado algunos años, pensamos que los temas que se planteaban seguían siendo actuales, como nudos problemáticos que siguen requiriendo ser discutidos. En esa conferencia Gastón plantea la existencia de una deuda en relación a los modelos de gestión de las organizaciones estatales, cómo los modelos de gestión no evitan la alienación, la corrupción, la fragmentación en los trabajos, el desánimo generalizado. Plantea que es necesario inventar otros modelos de gestión. Por otra parte, cuando revisamos algunas experiencias en esta línea de desmanicomialización y desinstitucionalización en Rosario –en Santa Fe hay otras–, las que para nosotros son cercanas en nuestras historias de construcción, experiencias que intentaron producir prácticas instituyentes poniendo en marcha procesos de transformación, intentando esta ruptura con lo instituido, nos encontramos con una en relación al manicomio –que es la Experiencia Oliveros– y con otra en relación a la producción de salud: la institución de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Rosario.

En ambas experiencias nos encontramos con esta misma pregunta, con esta misma deuda que dice Gastón en relación a la gestión. Si se quiere producir otra cosa, habrá que cambiar los procesos, no vale sólo con el modo de enunciación política, como objetivo político, sino que se debe intervenir sobre el modo de producción en los servicios, las lógicas organizacionales. Hicimos una entrevista con Oscar Pellegrini, intentando reconstruir algo de ese proceso de Oliveros y en interlocución con compañeros–as de Atención Primaria de la Salud. Una referente de ese proceso (Raquel Musso) describía el problema que se les presentaba cuando tenían en claro que había que desarmar algo que no estaba funcionando, estaba la decisión de hacer otra cosa, pero mientras tanto necesitaban que el proceso siga funcionando, que las instituciones siguieran dando respuesta. Allí se encontraban con toda una serie de dificultades para pensar cómo producir algo diferente, instituir otras lógicas y seguir produciendo. En esta confluencia, en estas dos experiencias aparece como interlocutor Gastón.

Silvia Grande: Gastón, ambas experiencias te ubican como alguien que les permitió pensar, no saben si hicieron exactamente lo que vos decías porque después hicieron otras cosas (risas), les salieron otras cosas dicen, pero fuiste la persona que identifican en torno a esta cuestión, para pensar algo tan dificultoso como la gestión necesaria para producir algo diferente como este proceso de desinstitucionalización. Queremos que nos cuentes acerca de esa interlocución y de los encuentros y desencuentros en esa apuesta que es pensar una gestión acorde a *esa utopía*.

Gastón de Sousa Campos: Gracias a usted Silvia, a Iris Valles, a la Universidad de Rosario. Siempre ha sido un placer estar con ustedes en Rosario, en vivo. Tengo mucho afecto por todo el trabajo, por ustedes como personas, como docentes, sus alumnos, todo el trabajo que hacen, la Revista; el nombre de ese afecto es *saudade*[1].

Es un tema muy amplio. Creo que tenemos un desafío macro, grande, político –todo es político– que es hacer la producción de algo, en el caso ese algo es salud, producción de vida, de gente que necesita de apoyo, de ayuda, de cuidados profesionales especializados, en una lógica que es distinta a la de mercado. Ese es el desafío mayor. Las experiencias comunistas del siglo XX no han tenido mucho éxito en la democracia institucional y tampoco en la producción de vida, de bienestar, de salud. Hay excepciones: el sistema de salud de Cuba. Pero la humanidad siguió, seguimos nosotros, con intentos en los sistemas públicos, en las políticas públicas de salud, de ciencia y tecnología, de enseñanza, de educación, intentando tener modelos de producción de conocimiento, de tecnología, de salud, en una lógica solidaria, una lógica no basada en la competencia, en el darwinismo social. Creo que ese es un desafío mayor, estamos intentando hacer eso, en sistemas, en países, en un mundo globalizado capitalista, con una hegemonía muy fuerte de una política neoliberal y ahora de un neoliberalismo conservador, como en Brasil, como en Hungría. Se llama fascismo, un fascismo para la implementación del capitalismo de concentración. Hay un desafío mayor, la humanidad; los movimientos sociales seguimos insistiendo con ese tema de desarrollar un sistema público con una lógica de defensa de la vida, de la ciudadanía, de los derechos sociales en salud. Pasaron 30 años de cuando empecé con esta cosa de pensar en la gestión, yo partí de eso, incluso usé un poema de Bob Dylan, para el epígrafe de mi libro donde hablo sobre gestión, sobre la reforma de la reforma, que decía:

"Ahora no estamos tan orgullosos.
Ahora no hablamos tan alto."

Fue en la época de la caída del muro de Berlín, de toda una crisis de las referencias culturales, de la contracultura de los años 60–70, la liberación personal, del comportamiento de la sexualidad. Foucault ha estado acá en Brasil en el año 1979, fue a Río (de Janeiro); yo no fui a escucharlo pero lo grabaron. Yo fui muy influenciado por Foucault pero peleé con él, para liberarme de algunas cosas. Para eso he usado el pensamiento histórico dialéctico, de Marx y de Gramsci, pero también el pensamiento dialéctico de Freud, de Winnicott. ¿A qué llamo dialéctica? A que los productos son siempre híbridos; que las cosas, la mercancía tiene muchos rostros, caras, tiene muchos semblantes. Marx hablaba de la mercancía con dos semblantes: el valor de cambio pero también el valor de uso; la mercancía para circular, para existir necesita atender –en alguna medida– a necesidades, que la gente considere que tiene utilidades. El valor de uso, es un concepto liberal, conservador de la economía clásica.

Foucault me impresionó por dos cosas. En la salud, por la crítica de la biomedicina, la crítica de la clínica pero con un enfoque estructuralista, posestructuralista, que apuntaba a que la biomedicina tiene un efecto, una producción de control social. En esa época estaba mucho con el valor de cambio, el sistema público de salud, esa capacidad que tenía la salud pública y la medicina, la clínica, de formatear a la gente, de formatear a la sexualidad, al comportamiento,

[1] Sentir nostalgia, extrañar en portugués.

al estilo de vida (él no usaba ese concepto). Mi rebelión fue: es cierto eso, pero junto con eso la salud pública, la medicina, producen valores de uso. Los diabéticos necesitan insulina, la insulina es parte de la canasta básica del diabético contemporáneo; si hay derecho a la salud, es como el arroz, el feijón, la carne. Hay que pensar la producción de salud con semblantes: el control social, la dominación, la subordinación de la gente, pero también hay que pensar la producción de la vida, junto con la medicalización, junto con daños. Hay otro semblante distinto al daño, hay beneficio también. Hay el control del cuerpo, de la subjetividad, de la vida, de la existencia de la gente por los profesionales de salud y por las instituciones de salud. Cuando dijo eso fue una liberación para mí, porque yo venía de la medicina interna con tendencia para el generalismo, para la atención primaria, pero yo consideraba útil tratar a la gente contra el asma, hacer la prevención de gente que no está enferma, como las embarazadas. Yo estaba en San Pablo estudiando salud colectiva, la determinación social y todas esas cosas, yo logré hacer una síntesis y pensar el trabajo en salud como mezclas, como hibridación de esas experiencias más centradas en lo social, en lo subjetivo, el psicoanálisis, parte del cognitivismo, Piaget, la pedagogía, la prevención, Paulo Freire. Basándome en todos ellos, pero también en lo biológico, en el cuerpo, en lo biomolecular, en los fármacos, intentando usos racionales, disminuir la medicalización, tener otra lógica. Eso desde una perspectiva del trabajo en salud. Entonces en la salud colectiva, en la salud pública reformulada, yo soy un poco extraño, yo peleo al afirmar que la determinación social es reduccionista, también, como la biomedicina es reduccionista; producen verdades en parte. El área psi también, si tomamos sólo lo individual, lo personal, es un reduccionismo. Pero no es todo mentira, hay una formación de modos de vida, desde la infancia, la preinfancia, este es un punto. El segundo punto, que está más cerca de lo que me preguntabas, es sobre la gestión. Foucault hablaba en aquel entonces sobre micropolítica y después sobre el biopoder. Él no hablaba tanto de la determinación de la estructura económica, como Althusser, pero las estructuras para él eran episteme, saberes, padrones institucionales de producción de subjetividad, de modos de vida. Yo pensé: si hay micropoderes, ¿cómo sería posible hacer una gestión de los micropoderes? Foucault en los últimos años de vida dejó de hablar de la muerte del sujeto, pero hasta ocho años antes de su muerte, decía no hay sujeto, los sujetos están muertos. Hay una pregunta que Foucault no responde para mí: ¿cómo existe Michel Foucault?, alguien tan crítico, tan rebelde, con la sexualidad tan distinta de la producida por la hegemonía; esto ya es Gramsci, entonces. Yo empecé a pensar gestión con esas influencias: cómo pensar un proceso de salud complejo, más la teoría de la complejidad, es microbiológica, es clínica, personal, subjetiva, pero siempre está mezclada con lo cultural, con lo social, con lo institucional; y cómo enfrentar el micropoder, cómo ampliar el poder de los sujetos, individuales y colectivos. Eso pasa por cambios políticos generales que yo estudiaba en aquel entonces. Creía un poco más que hoy en la posibilidad de democratización radical, de democracia directa, de una cosa que llamábamos socialismo, la producción de sociedades con bienestar. Todo el tema de la gestión, yo no veo la gestión en salud aislada, el SUS[2], el movimiento sanitario ha puesto mucho énfasis en eso, no hay gestión en salud, ni en educación, aislada del trabajo en salud, de la clínica, de las prácticas preventivas, de promoción en salud comunitaria. Hay que tener una coherencia, entre los modelos de gestión, entre los modelos institucionales. Para mí, la desinstitucionalización pasa por

[2] Sistema Único de Salud de Brasil.

la construcción de nuevas instituciones, un grado de democracia, de compartir saberes, poderes, decisiones, deliberaciones, mucho mayor a lo que es la tradición incluso de la gestión comunista o socialista de los sistemas públicos. Tenemos que inventar instituciones con los actores que están involucrados, que son la gente, los usuarios, los enfermos, las comunidades, los colectivos, los profesionales, los trabajadores de salud, en general; pero también con la gente que gobierna, que representa al Estado, porque si son políticas públicas una relación tienen con el Estado, con el mercado también, que no fue eliminado, tiene una relación muy próxima con el Estado. Mi esfuerzo es ese, es una tentativa, en salud mental, en atención primaria, en los hospitales, en la universidad donde soy docente. Como decía Freire y los constructivistas, el saber no está sólo en el científico, en la universidad, está en la experiencia, en la vida, en la existencia pero está en el científico también. Con el pasar de los años, yo leí a Gramsci –que sacó de Hegel– que no hay un nuevo absoluto, esa es una concepción religiosa, idealista, lo nuevo está siempre mezclado con el pasado. Cuando los republicanos conservadores de EEUU –Reagan– empezaron a cerrar manicomios y a tirar a la gente en la calle, era deconstrucción pero sin construcción de nada. Acá en Brasil, en Italia, en el Reino Unido, estamos haciendo distinto: tratamos de deconstruir lo viejo pero poniendo junto lo nuevo, y eso mezcla entonces la clínica ampliada y compartida, la atención primaria incorpora la tradición de la biomedicina, de la bioenfermería, de la bioodontología, incorpora la tradición psicoanalítica, pero en otro escenario, con otra mezcla. Yo he tenido la gracia de no respetar fronteras entre los paradigmas, siempre me autoricé a mezclar psicoanálisis con clínica médica, con atención primaria, pedagogía con clínica médica, educación y salud. Con cada individuo es una relación clínica de cuidados, pero también pedagógica. Intento ser constructivista, él sabe, él está enfermo, ella tiene la experiencia. Es necesaria la transdisciplinariedad, que sea transparadigmática, pero hay que encontrar soluciones operativas, que tengan viabilidad pragmática, que atiendan a la necesidad, pero que consideren las posibilidades culturales, institucionales, científicas, presupuestarias. El tema de lo operativo, de lo concreto, de acercarse desde esa teoría.

El marco de la gestión tiene un desafío mucho mayor del que imaginamos. ¿Será posible producir una sociedad solidaria de bienestar?, manteniendo vivos seis mil millones de personas. Somos 230 millones de personas en Brasil con un grado de desigualdad increíble, en este contexto cómo acercar estos conceptos referenciales, conceptuales teóricos, siempre abiertos. Estamos siempre en obra, una obra en producción, una obra abierta, pero con pragmatismo, de manera operativa, no puede ser abierta solo para tener dudas, hay que intentar hacer lo mejor. En salud mental, excepto la psiquiatría tradicional que es cada vez más farmacológica, cada vez más de los síntomas, cada vez más estricta; más que la neurología, la neurología incorpora más transparadigmas, estudia lingüística, pedagogía. La psiquiatría se aísla en sus identidades idealizadas de las enfermedades con medicalización de síntomas, con una capacidad de rehabilitación muy baja. Nuestro movimiento de salud mental en el mundo, con diferencias entre ellos, pero en general tiene una efectividad de rehabilitación, de producción de vida, de reinserción (abandonando el tema de la curación), de reducción de daños, de mejorar la calidad de vida, de mejorar coeficientes de felicidad, de autonomía, de libertad, de iniciativa. ¿Cómo hacer gestión?

Yo fui descubriendo que el trabajo en salud es muy específico; me ayudo Aristóteles, el tema de la techné y la praxis. La techné es una línea automática, logra el objetivo, que es la productividad, aun cuando también enferma a los trabajadores que están en la línea de producción.

En salud la techné no es efectiva, no es productiva. En los sistemas nacionales de salud hay evidencias sobre eso, son más eficientes y más efectivos, tienen mayor capacidad de resolver problemas de salud que un sistema de mercado como Norteamérica. Gana en todo, en años de vida, en calidad de vida, con costo menor, con atención primaria, con prevención, con cuidado, con inversión en la gente, en un montón de concepciones. La especificidad de salud, como praxis, es que los modelos de gestión tayloristas, neotayloristas, gerencialistas, no son efectivos, dificultan, reducen la calidad, en un efecto negativo.

Volviendo a lo macro, tenemos que inventar una gestión en salud, un sistema de salud que esté más cerca de la sociedad civil y del Estado. Gramsci decía el Estado no va a desaparecer, la sociedad civil va a controlar al Estado. Yo defiendo que los sistemas de salud tengan una autonomía más grande en relación al poder ejecutivo, aun cuando es el nuestro, el que elegimos nosotros. La democracia representativa cambia gobernantes en las elecciones pero el sistema de salud y educación necesitan tener continuidad. En España, en Portugal, en Inglaterra, el director del sistema de salud –o la directora, son mujeres muchas veces– tiene más poder que el ministro de salud, que no es un cargo de carrera, que es un cargo del gobierno de turno. Yo fui a verificar a Portugal, cuando cambia el gobierno salen los centro–izquierda, entran los conservadores, ellos tienen el poder de cambiar 27 personas, 27 cargos, ellos no cambian los directores de salud mental, los directores de oncología, los directores de atención primaria, no son cargos del poder electo. Los distintos logran aumentar o bajar el presupuesto pero las directrices generales son de la nación, son de la constitución. Inventaron modelos de gestión que son públicos, son modelos de gestión que son complejos, porque no pueden ser corporativos frente a los profesionales. En estos 30 años tenemos un montón de experiencias, la gente toma los conceptos y hace otra cosa, que es necesaria, que es posible, que es específica de salud mental o de atención primaria, y eso es muy bueno. Por último, necesitamos de ciudadanos profesionales de salud; necesitamos la formación de gente de la sociedad civil, gente que necesita de cuidados de profesionales; y gente de la gestión que tenga una mentalidad de estadista, que piense en política pero no piense en política centralmente para sí mismo, para el bien de su área de especialidad, que piense en la nación, en la democracia, en el bienestar, en el Estado. El éxito de esos modelos de gestión, de sistema público de salud, de reformas radicadas en atención primaria, en salud mental, depende de gente que defienda a uno mismo, a sí mismo, pero que tiene un proyecto para la sociedad, que tenga una visión de ciudadanos, que tenga una visión del colectivo también.

Iris Valles: Hay distintos niveles de preguntas. Referís que para que se produzcan esas reformas sería necesaria una hegemonía –me aparece muy fuerte– del discurso sanitarista. No sé si en Latinoamérica es así, hablo más de la experiencia argentina, los distintos movimientos en salud, están muy ligados a los actores políticos, no tanto a un discurso sanitario, por más fuerte que haya sido, esa es mi visión. La otra cuestión sería: ¿cómo vio Gastón eso en los procesos nuestros? En Oliveros, la gestión institucional, qué era lo que en ese momento se podía hacer; cómo se cambió la propia unidad manicomial, ¿se transforma en otra cosa, en ese momento? Hasta el día de hoy, por ejemplo, la presencia de abogados en los equipos tiene su marca. La pregunta que me deja picando en relación a lo que planteás en tus libros sobre la cuestión de responsabilidad y autonomía, quizás esta sea una pregunta más para el final, más actual: en el marco de la pandemia, cómo se tensionan esas dos cuestiones, responsabilidad y autonomía.

G.deS.C.: La perspectiva muy sanitarista, que hable de gestión en salud y de trabajo en salud.

Yo soy dialectico, yo creo que hay posibilidad en salud y en educación, incluso en el marco del capitalismo hay posibilidades de avanzar más. Usted tiene razón porque la deuda de la gestión pública no es sólo en salud. Los gobiernos de izquierda, de centro–izquierda en Brasil, de Lula, de Dilma, en los que participé, no han priorizado el cambio de la gestión pública. Seguimos con la antigua, fue mi mayor crítica. Yo intenté radicalizar esto, las políticas de cambio son muy importantes no son secundarias. En Latinoamérica y en Brasil –yo creo que Argentina está cada vez más cerca de Brasil, infelizmente– la desigualdad es creciente, la degradación de la vida urbana, de los barrios, hay más villas miseria. La mitad de las ciudades brasileras son villas miseria, la seguridad pública es para matar gente, es para la elite la salud, la política del SUS. La supervivencia depende de que haya educación pública, que hagamos reforma urbana, una urbanización con participación, con cogestión de la gente, respetando la cultura, el transporte público. Todo eso la pandemia está demostrando que acá es inviable: la media de permanencia de los trabajadores brasileros en el transporte público es una hora y media al día; en una ciudad como San Pablo, casi tres horas. Todo esto muestra un grado de explotación, incluso yo creo que ese movimiento del populismo de derecha, con Bolsonaro acá, el fascismo, tiene un apoyo popular que demuestra la dificultad que los gobiernos de centro–izquierda han tenido de mejorar estos problemas crónicos, incluso la exclusión de gente. Seguimos fuerte en el nordeste, el 70%; la izquierda sigue más fuerte allá. Populismo de derecha muy fuerte en el sudeste, Río (de Janeiro), San Pablo. La cronificación, la salud no va sola. El tema de la democracia. En un debate con la gente de Buenos Aires, Mario Rovere dijo –yo me puse a llorar– que con Bolsonaro no habrá SUS; yo tardé en responder porque me emocioné mucho. Él estaba subestimando la capacidad de resiliencia del SUS y de la educación pública. Bolsonaro eliminó el ministerio de salud, quedó fuera de juego con la pandemia: en tres, cuatro meses logró paralizar, aislar a los técnicos, la vigilancia en salud. Las provincias, los municipios, los profesionales y la sociedad estamos intentando hacer cosas. Rovere tiene razón, pero no de inmediato, pero a mediano plazo él tiene razón. Si no impedimos el fascismo, sino hacemos una defensa de la democracia, no hay futuro. El SUS no sigue sólo. Una política neoliberal muy radical ya estaba implantada antes de Bolsonaro. En los últimos cinco años el presupuesto del SUS estaba disminuido, estamos perdiendo equipos de salud de familia en Río de Janeiro. Tenemos hospitales semicerrados con ociosidad brutal, no hay reposición de trabajadores que se jubilan, que se van. El presupuesto real de la salud pública del sur está cayendo hace cinco años. Bolsonaro está agravando y radicalizando. Entonces perdón por el sanitarismo, usted tiene razón.

Con respecto a Oliveros, con todo respeto, yo hace años que no voy, entonces no puedo hablar desde la experiencia concreta. Tengo nostalgia de la gente, valoro mucho la experiencia, pero me parece que la experiencia internacional es que hay que cerrar los manicomios, los psiquiátricos, para humanizar y mejorar el modelo de atención. Hay que crear centros de atención psicosocial; núcleos de atención; centros de convivencia; salud mental en la atención primaria, salud mental en la urgencia, en emergencia, en los hospitales generales. Hay que ser más radical. No estoy criticando porque no sé si es posible ser más radical en Oliveros, en Argentina, pero como tendencia, como proyecto de futuro. Es importante tener proyecto de futuro, si no nos quedamos pesimistas. Yo creo que Oliveros no va, no va, hay que deconstruir, construyendo otras alternativas, ya que es un municipio chico. Yo sé que hay todo un problema, salió la ley nacional pero no es una política nacional presupuestaria; el sistema de salud argentino es muy

fragmentado, el ministerio nacional y los provinciales, y las secretarias municipales, o sea, todo un lío tan grande o quizás mayor que Brasil. No estoy haciendo una crítica, pero como modelo, como proyecto es cerrar los psiquiátricos monovalentes; aunque no sean más manicomios, como se puede llamar el manicomio antiguo, no funciona de todos modos, no tiene efectividad. No incrementa el cuidado. Y, por último, está la posibilidad de autonomía. La autonomía individual termina en la colectiva, dice Voltaire y dicen los iluministas. Yo creo que eso es muy serio, o sea, no podemos tener autonomía contra la ley, contra el interés de la mayoría. El empresario no puede tener autonomía a base de explotar a los trabajadores, tiene que haber leyes de protección laboral y más. Entonces yo creo que la pandemia es un tema de responsabilidad colectiva, y la autonomía familiar, individual, empresarial, entran en un conflicto muy grande. Tiene que predominar la responsabilidad colectiva. El problema de Brasil es que quien habla en nombre de la nación, que es el presidente de la República, del ministerio de salud, está estimulando la rebelión individual y usa el término norteamericano: la desobediencia civil. Contra la cuarentena, contra el uso de mascarilla o barbijo, contra–contra–contra. Bolsonaro no habilitó el 60% del presupuesto correspondiente al SUS. Ha propuesto que la población se arme contra los fiscales sanitarios, contra los agentes de salud, contra la gente que hace. Bolsonaro habla todo el tiempo de la libertad y sus militantes también (ellos tienen militantes): libertad individual, libertad de emprendimiento, libertad de tomar las tierras de los indígenas porque no son productivas, ese es el concepto que ellos manejan. Pero la palabra es la misma. Es una autonomía muy radical. Ahora, el tema del autocuidado, de la participación, creo que sigue en la pandemia, por medio de conferencias web, de prestación de cuenta –los servicios de salud tienen que prestar cuenta de lo que están haciendo–. Porque aumentó mucho la violencia autoritaria foucaultiana de la salud pública, de la nuestra. La gente que está ingresada en terapia intensiva hasta ahora, hasta quince días atrás, los equipos nuestros del SUS no dejaban comunicar, no daban noticias a las familias. Nunca pensé que iba a pasar algo así aquí en el sistema de salud. Entonces el autoritarismo sanitario se incrementa también. Hay ese estímulo acá a la rebelión, pero es también un no respeto al derecho del que está ingresado, de los familiares que están afuera, los amigos. Los enfermeros que se rebelaron hacen cartas para acá y para allá, ponen sus celulares para la gente que está internada. Están inventando maneras de disminuir el autoritarismo sanitario, médico, epidemiológico y todo eso que incrementa la epidemia en un grado muy grande. Entonces creo que es un desequilibrio muy difícil ese, pero ahora está muy difícil. La consigna de liberar en Brasil está con los fascistas, está con los otros. Pero ellos hablan todo el tiempo de libertad. Ahora perdón por el sanitarismo.

S.G.: Ahora, justamente, una aclaración si no estás mucho en contacto: la pregunta por la Experiencia Oliveros venía no como actor sanitarista sino como actor político para nosotros en el campo de la salud mental. Yo me quedé pensando cómo la obra trasciende al autor. Porque vos has sido una referencia muy fuerte. Yo llegué cuando ya estaba producido el hecho más gestante de esa experiencia donde estaba Gustavo Castaño, Oscar Pellegrini, Miriam Bollini y tantos más, que sería injusto cerrar la lista. Lo que a mí me llama la atención de esa experiencia, –justamente porque no estaba en su producción original cuando llegué ahí– es el efecto de esta propuesta de cómo pensar lo institucional y los equipos de trabajo. Tuvo un impacto que ellos, como actor político, generaron esa característica de nuestra salud mental, especialmente en la región. Es decir, dos paradigmas, dos sostenes, dos experiencias: Atención Primaria Municipal y Experiencia Oliveros. Porque es desde las entrañas del manicomio que surge con claridad el

rescate de la territorialidad de la atención primaria y el cierre del manicomio. De hecho, hoy no está cerrado por falta de decisión política. Bueno y ahí, si bien las experiencias se degradan, se deterioran, se vacían mucho, por suerte porque, como vos decís, no queremos más manicomios. Sí es justo reivindicar que el valor que le otorgamos es que mucha de las discusiones y las nuevas propuestas en salud mental surgen desde la Experiencia Oliveros y vamos al encuentro con Atención Primaria.

Tu propuesta de equipo, de cómo conformar un equipo, de cómo gestionar una institución, después tenía estas consecuencias. No estaba dividido, una cosa el territorio, otra cosa el manicomio. No, eran todos los territorios lo mismo. Justamente en la lógica manicomial había que aplicar una lógica territorial que excede las paredes del manicomio. Eso es lo que distinguió al grupo. Por eso digo, ya que hablaste de obra, la obra excede al autor.

Cómo en muchas cosas te hemos mencionado y se te ha remitido a vos, especialmente quienes se atuvieron a tu experiencia, y excede lo que vos mismo imaginás respecto a sus efectos.

G.deS.C.: Sí. Ahora mire, usted estaba hablando y me acordé de la experiencia de Antonio Lancetti y David Capistrano. Ellos tenían un manicomio allá que se llamaba Anchieta, que era del SUS pero privado; el SUS compraba servicios. Y para desarmarlo, distinguieron mil propuestas de cogestión, de composición de equipos. Pero desarmaron el manicomio en seis meses. En cada ala crearon equipos de profesionales, no sólo con psiquiatras, enfermeros, psicólogos, con participación de las familias, de los usuarios, de la gente y salían por el territorio. Porque la mayoría de la gente vivía en la misma ciudad, en Santos, en la macro Santos. Entonces era posible desde la intendencia construir alternativas, modelos alternativos en atención primaria, en la salud mental, CAPS[3], etc. En la medida que en el territorio, en las regiones, se iba construyendo salían enfermos y profesionales. En seis meses estaba cerrado el manicomio. Acá en Campinas hicimos lo mismo, aprendimos con ellos. Con el Cándido Ferreira que era un manicomio total, increíble, filantrópico, una ONG pero manicomial, fuimos saliendo. Tardamos un año, políticamente fue más difícil, pero fuimos saliendo. En cuanto estábamos allá llevamos adelante muchos de nuestros principios en el manicomio en movimiento, digamos así. Pero el objetivo era salir afuera, sacar, desmedicalizar, desinstitucionalizar. Pero ya se salía con un equipo de muchos profesionales, con acompañantes terapéuticos, o sea con cuadros de personal, con acuerdo de la intendencia se creaba un CAPS en el territorio, equipos de salud mental con apoyo matricial, esa lógica del territorio. Es decir, una desinstitucionalización seguida de la creación de una nueva institución.

Ahí, adelantando un poco, en nuestra nueva institución habrá problemas. Tendrá control social, producirá daños, atenderá necesidades de salud, hará rehabilitación, pero un control social distinto del manicomio. Ese es un problema acá. Porque al criticar los problemas de la salud mental en atención primaria, en los centros de salud mental es verdad que hay un aislamiento, una separación de la sociedad, hay una cronificación de otro tipo, se olvida que la gente no tiene sólo trastornos de salud mental, también tiene diabetes, hipertensión, cáncer de mama, problemas de trabajo y permanece muy aislado ahí. Hay un poeta de Curitiba que falleció, Paulo Leminski, que hablaba sobre los problemas de nuestras soluciones. Entonces yo siempre me acuerdo de eso: nuestras soluciones tienen problemas porque el veneno está adentro, no cambiamos todo. En toda institución habrá un grado de control social, un grado de daño. En toda institución, incluso en el paulofreirismo. Nuestros grupos paulofreirianos tienen algún grado

[3] Centro de Atención Primaria de la Salud.

de control social. Entonces hay que mirar, hay que analizar, hay que dejar que la gente traiga más, que sé yo, hay que estar abiertos. Es dialéctico, no es eliminar por ningún sistema político mágico. Se sigue reproduciendo desde otros actores, otros conflictos, otras diferencias, pero en un grado mejor. Entonces: ¿alcanza sacar el manicomio? Sí, es mejor, hay que sacar el manicomio. Aunque el CAPS de atención primaria en salud mental no sea perfecto; no lo es. Hay que ver e intentar hacer las correcciones, esa es la dinámica. Y si no hacemos eso, la sociedad, los usuarios, no valoran el CAPS, no valoran la atención primaria. Si sólo hablamos del suceso, como los políticos tienden a hacer, nos olvidamos que la gente está sintiendo el problema en el cuerpo, en la vida concreta. El SUS tiene un montón de problemas, pero menores que antes del SUS. Es mejor que el actual sector privado que no tiene insulina para brindar a la gente, que hace una medicalización mucho más fuerte, que cuesta mucho más caro para hacer las mismas cosas que hace el SUS. Entonces le estamos mostrando, incluso a la clase media, que nuestro servicio de salud, de SIDA, de salud mental, de diabetes, de cáncer, de trasplante, son mejores que los de ellos. Por eso hay que tener una gestión abierta, una democratización para no olvidar los problemas neuróticamente, paranoicamente, para no meter los errores debajo de la alfombra como hacen las familias conservadoras. Entonces la izquierda, la democratización, pasa por transparencia, no ingenuidad, pasa por apuntar los problemas.

Yo tengo mucho respeto por Oliveros, yo me siento reconocido y el reconocimiento es muy importante para el ser humano. Que hayan utilizado mis cosas de otra manera, no me causa incomodidad, es lo esperado, eso pasa. Y mejoró, yo creo que mejoró. Permitieron hacer ese movimiento que Iris estaba describiendo de deconstrucción.

S.G.: Me parece que queda abierta la polémica en esto que planteás y que Iris lo ubica como un discurso más sanitarista (equipos de gestión). Un punto importante sería la constitución de actores que impugnan críticamente las prácticas y los modos de producción de micropoderes. La pregunta en relación a los procesos de gestión es si vos continuás ubicando –y me parece que sí por lo que venís diciendo– como ejes para pensar en procesos de gestión, modos de organización de los procesos de trabajo diferentes, si se quiere producir salud en relación a la vida. A lo que vos venías planteando, digamos como un valor de producción de vida, si seguís ubicando como ejes la cogestión, la autonomía y, por otro lado, la clínica. En relación a la problemática de la autonomía me interesaba también pensar la tensión entre el logro de autonomía –que muchas veces es leído en términos de libertad absolutamente individualista como bien lo señalaste– y alienación en los trabajadores. Porque pareciera que las condiciones de la pandemia nos pueden confrontar con un escenario en donde el desarrollo de autonomía en los trabajadores aparece mucho más limitado en torno a poder pensar otros modos organizacionales, otros modos de institución, etc. Como si el desarrollo de la pandemia nos ubicara en torno a condiciones mucho más alienantes y mucho más en retroceso en relación a generar procesos de autonomía. O sea, ¿cómo evaluás esto? Porque para poder pensar la gestión me parece que un punto fundamental es este en torno a la alienación de los trabajadores. Y da la impresión –como vos decías también– que frente a la ausencia de políticas de protección, de condiciones de seguridad para los trabajadores, lo que pudiera fortalecerse es aquello ligado a la defensa corporativa y eso, por otro lado, podría tornarse más alienante.

G.deS.C.: Sobre la constitución de actores, usted tiene toda la razón, una sociedad más crítica, más reflexiva, más solidaria depende de factores sociales. Acá tenemos un movimiento para reglamentación de la milla de WhatsApp, de Facebook, porque los fascistas utilizan, hacen una militancia fascista por la internet muy fuerte; en la elección, pos elección, eran ofensivas.

Muchos de ellos están en la cadena ahora, hay una ofensiva institucional. El control de los medios de comunicación, la democratización de los medios de comunicación. La izquierda, la centro–izquierda, ha estado en el gobierno federal durante 13 años, ocho de Lula y cinco de Dilma. La radio, la televisión acá es una concesión pública, no son privadas, es una concesión. Ni Cardoso, ni Lula, ni Dilma han propuesto cambiar la ley; ya está, crear una red de televisión, de radio, que fuera de los trabajadores, de los sindicatos. No hay, no lograron hacer un canal de televisión para todas las religiones ecuménicas, una sola, pública. Entonces los evangélicos tienen dos canales mayores de televisión, son de ellos. Bueno, entonces, yo no soy inocente en relación a eso, depende de la política. En relación a los partidos políticos, hay una desconfianza de la gente, inmensa, hay encuestas sobre eso. Con los partidos políticos, con todos. Están presos de la influencia de personalidades como Bolsonaro, Lula, gente carismática. Hay una desconfianza grande con los gremios, se burocratizaron, se aislaron de la base. Bueno, entonces hay que cambiar eso. ¿Qué me preocupa mucho? Yo creo en cambios, desde abajo, pero siempre estoy hablando desde arriba, desde partidos, desde los medios de comunicación; pero desde abajo es muy importante. Entonces yo me acuerdo de un concepto de Carlos Matus que es de gobernabilidad. ¿Dónde tenemos gobernabilidad? Hay que actuar como si estuviéramos en el macro, hay que producir democracia en donde estemos, en el centro de salud, en la escuela, en el posgrado. Yo actúo de esa manera, el movimiento sanitario en Brasil está cada vez más integrado con el movimiento de las mujeres feministas, con el movimiento antirracista, que está salvando al movimiento sanitarista porque si no estamos perdidos porque la mayoría de los médicos acompañaron a Bolsonaro, la mayoría, salvo muy pocos. Como también los empresarios adhirieron a Bolsonaro –hay encuestas– ahora ha disminuido, estamos en 50%. Pero la mitad de los médicos, con todo el genocidio que hace el gobierno, siguen justificando al gobierno federal. Acá se creó hace 15 años un modelo inspirado en el SUS, un sistema nacional único de protección social; acá hablamos de asistencia social, ustedes hablan de trabajo social. Entonces, educación y trabajo social tienen que estar juntos, no habrá futuro sin la educación pública, sin un cambio, el tema de la violencia. Ahora lo que me incomoda es cómo los partidos están débiles, están con dificultades, no hacemos nada. Hay que hacer como las mujeres están haciendo. Acá uno de los componentes más importantes del movimiento sanitario que acercó profesionales, intelectuales de la sociedad, de la población, es el movimiento de las mujeres en el suburbio, en la periferia brasilera, luchando por hacer los servicios de salud, por tener un centro de salud, por garantizar insulina, vacunas, y se fueron politizando. Entrar en la conferencia es un pulmón de aire para el movimiento sanitario que no pude ser sólo una cosa de profesionales de izquierda. Pero hago mucho énfasis en el tema de la gobernabilidad, ¿dónde está?, y me desespero. Yo fui presidente de la Asociación Brasilera de Salud Colectiva –Abrasco– y teníamos tres consignas. Una de ellas era: la esperanza somos nosotros, que es no hay que aguardar de los otros, hay que ir a los otros. Segunda: hay que resistir y avanzar, hay que defender el SUS pero hay que mejorar el SUS. Y la tercera era: políticas sociales o barbarie, podemos hablar de socialismo o barbarie, o bienestar y justicia social o barbarie. Teníamos esos tres ejes.

Sobre el tema de la alienación en la pandemia. La pandemia cambió muchas cosas pero en gran medida los vicios organizacionales, corporativos, las hegemonías de la gestión siguen, la burocratización. Las ciudades que tienen una atención primaria más protagonista, más ac-

tiva, los equipos, las alianzas con las mujeres, con gente de los barrios, etc. van teniendo una actuación frente a la pandemia distinta, de vigilancia territorial, comunitaria, de seguir con la atención a los padecimientos de salud mental, de crónicos, siguieron con eso que es esencial, con seguridad. Estas ciudades han tenido un movimiento de defensa de los profesionales más fuerte, para que los que trabajamos acá en el SUS sin equipamiento de protección individual, sin nada; que es una locura: ¿cómo aceptamos eso? Está la pandemia pero ¿cómo estar en una enfermería sin protección? Solo los odontólogos tenían protección individual acá por la epidemia del SIDA. En la epidemia del SIDA lograron, en el SUS, que el Estado le brindara a ellos máscaras, escudos, materiales descartables. Entonces yo creo que hay creación, por ejemplo, la discusión que he tenido con la Atención Primaria de Rosario, son muy creativos. El tema de salir de dentro del edificio del centro de salud y estar más en el territorio, en la habitación, utilizar internet, una manera interactiva, para hacer preguntas para hacer apoyo subjetivo. Acá algunos equipos pelearon y lograron tener una tablet con chip, con teléfono, que ahora fue ofrecida a toda la gente que está inscripta, matriculada, en ese equipo de salud para atender una comunicación. Eso no es general, en Brasil gran parte de la atención en salud fue aplastada, como usted dice, ni trabajo con los padecimientos antiguos crónicos, la gente vulnerable, incluso en salud mental, ni salieron de orientación en la pandemia, ni de vigilancia territorial. Han quedado paralizados y centralizados en el hospital, pero no fue general. Hace un mes o dos, hubo una experiencia de Florianópolis y de São Caetano do Sul, en San Pablo, una ciudad que se destacaba por ese protagonismo. Los otros están intentando retomar. Entonces, es una situación de aislamiento, de separación; pero al mismo tiempo, la salud colectiva nunca ha sido tan discutida, ni reunido tanta gente, tenemos dos seminarios por semana. Se llama Ágora, dos seminarios con temas y con multiplicidades de género, de región, de paradigma, de profesión. Nunca ha sido tan democrática, tan heterogénea. Nosotros, ¿nosotros quiénes?, los progresistas, los demócratas, los de izquierda y tengo miles de personas en cada sesión. Después sigue vivo porque sigue grabado. Entonces hay formas, es una situación muy difícil. Y esa exposición de los profesionales de salud a la vulnerabilidad obliga a pensar, a acercarse a la muerte, puede ser depresión pero puede ser repensar la vida, las relaciones, la felicidad, la profesión. "Ya que estoy, voy a ser una médica de hecho", "Ya que estoy, voy a ser un enfermero de hecho", entonces hay ese movimiento, un cierto espíritu de heroísmo; pero que no es de alienación es de acercarse, de calificarse: "Ya que estoy, ya que puedo enfermarme, ya que puedo morirme, que sea por una cosa que tenga valor", es un sentimiento muy común, incluso en la gente de hospitales.

S.G.: Pensaba que, probablemente, heroico es una palabra complicada, pero entiendo lo que estás transmitiendo y yo digo, bueno, justamente si hay algo que parece que estás planteando es que aun en el medio de esta situación se puede construir un sentido y un sentido que vaya más allá de cada uno de nosotros. Quizás es lo que estabas planteando con la cantidad de gente que se reúne virtualmente a discutir y a seguir pensando. Estas dos cosas que decís, está una en relación a la otra, porque el encontrarse y el retomar estos seminarios o estas cosas probablemente tengan que ver con la necesidad de construir sentidos colectivos. En todo caso, la posición más heroica e individual se puede transformar ahí si hay una construcción de un sentido colectivo. Me parece que hay algo de lo que vos marcás que realmente es un modo de construcción.

G.deS.C.: Un sentido colectivo que está interesante acá en la experiencia, se construyó un slogan, salió despacito, se llama: Unión de las ciencias contra la pandemia. Es un esfuerzo de la interprofesionalidad, de infectólogos que se acercaron a la gente de salud colectiva, de la salud mental. Hay fenómenos, de los biólogos, de los microbiólogos que hablan de lo perdido, de la resistencia, que hablan de la vacuna. Entonces, estos encuentros nuestros son interprofesionales, muy interesantes; las mesas entre comillas, la gente que va y hace la presentación. Los fascistas empezaron a invadir nuestros espacios, empezaron a hacer invasión y a amenazar y a gritar: "¡Viva la cloroquina!"; "¡Viva Bolsonaro!". Esas cosas locas y empezar a pegar la dirección de la gente, la gente se asusta. Entonces es un movimiento que encuentra incluso una oposición fuerte pero que sigue cada día más fuerte. La gente está más junta. El movimiento de los médicos de terapia intensiva dice: "Yo no vivo sin los fisioterapeutas, sin las enfermeras", "Que sería de nosotros sin…"; eso antes no pasaba. Entonces, hay corporativismo, hay cosas indignas, pero hay un movimiento y nunca se habló tanto del SUS y de la salud pública, no hablo de salud colectiva, no uso esa expresión pero hablo de salud pública. Con muchas concepciones contradictorias, controversias pero ingresó en la agenda de la sociedad. También, un cambio de los medios, incluso de los medios hegemónicos conservadores: hacen debates en la TV Globo con epidemiólogos, con agentes de atención primaria; gente que se enfermó y curó va a dar su testimonio. Está interesante. Me parece que ahora hay un grado de preocupación, de desánimo muy grande, porque acá tenemos un problema doble: un problema político gravísimo (del fascismo militante activo del presidente al frente) y un problema de la pandemia (de las deficiencias del SUS, de las ciudades).

S.G.: *A*cá, los fenómenos de resistencia aparecen donde peor estábamos en las condiciones y muy ligados a las decisiones políticas. El planteo que vos hacés viene encabezado por gente que no es la que estaba en las mejores condiciones pero sí con mucha potencia política. Son los extremos que aparecen, pero bueno, ese es otro tema, ya que es muy actual, digamos, es muy complejo. Pero es muy duro lo que decís de Brasil. 50% no es que me sorprenda, pero es duro pensarlo. 50% ¿qué hicimos?, ¿qué nos pasó por encima? ¡Qué bárbaro!

G.deS.C.: Es muy duro, es muy duro.

S.G.: Y no disponer de los médicos, no es cualquier dato.

G.deS.C.: Mirá vos: hay 32% de la gente de Brasil en las encuestas serias, en las encuestas que nosotros hacemos, que la Universidad hace, 32% consideran al gobierno bueno. Ahora, ¿bueno u óptimo? 32%, un tercio, pero hubo un cambio, un cambio de la cualidad, de las características de la clase social de sus apoyadores. Cuando él empezó el gobierno, tenía el mismo 32%; nosotros (los de izquierda) tenemos 32%; y hay un medio ahí que fue para acá y para allá. Bolsonaro perdió la mitad de sus apoyadores: médicos, empresarios, universitarios, clase media, clase media alta (él estaría con 15%); pero ganó 15% de apoyo entre la población más pobre de Brasil. Porque obligamos (el Congreso obligó), hicimos un frente político que creó un auxilio de emergencia de 600 reales[4] que es tres veces mayor que la "beca familia" (que era de 200 reales) y para una cobertura mucho mejor de gente: para los empleados, para autónomos, un montón de gente. Él fue contra, él quería 200 reales, pero obligamos y ganamos. Pero él lo está capitalizando entre la gente pobre y ha mantenido, o sea, la mitad de sus apoyadores está

[4] Moneda brasilera.

entre ex apoyadores de Lula, de la izquierda, entre la gente más pobre de Brasil. Entonces, él ha mantenido un tercio con ese cambio. Es muy triste. El mayor apoyo de Bolsonaro es entre los empresarios (que fue casi 70%, cayó un poco pero sigue 53%) y la segunda categoría profesional son los médicos (llegaron al 70% de apoyo a Bolsonaro, ahora está en 50%).

S.G.: Hay que crear una medicina sin médicos.

(Risas).

G.deS.C.: Casi que estamos obligados a hacer eso.

S.G.: Bueno, Gastón, no queremos robarte más tiempo. Seguramente quedan muchas cosas más, así que seguiremos en otras charlas.

G.deS.C.: Gracias Silvia, una alegría muy grande hablar con ustedes.

Entrevista a Oscar Pellegrini

Silvia Grande: La idea que teníamos respecto de esta entrevista es precisamente poder trabajar y poner en contexto lo que ha sido la "Experiencia Oliveros" y la interlocución con Gastón (de Sousa Campos). No solamente cuáles eran las inquietudes respecto de esa interlocución, sino para poder reconstruirlas en el marco de ese proceso, para poder historizar esa interlocución. Es por eso que nos interesa hablar con vos Oscar, uno de los protagonistas de ese momento y de esa experiencia. Este sería el objetivo, de alguna manera, y las preguntas para despuntar esta entrevista serían: ¿de qué manera y en qué momento ustedes se pusieron en contacto con Gastón? y ¿cuáles eran las problematizaciones que estaban transitando, que los llevaron a buscar a Gastón como interlocutor?

Oscar Pellegrini: Nosotros habíamos arribado, con un proceso colectivo de asambleas en los pueblos y de mucha movilización, a la dirección del hospital en el año 1996. Era un proceso muy participativo por cómo se había dado, en medio de un conflicto, el cuestionamiento a los lineamientos que se venían llevando adelante en la institución. Empezamos a gestionar la institución de modo asambleario, discutiendo los presupuestos, discutiendo los lineamientos políticos, los lineamientos clínicos y, en ese momento, era muy ferviente la discusión sobre los modos de gestionar la institución y los modos de llevar adelante una clínica. Para nosotros en esas circunstancias fue primordial el encuentro con Gastón. A Gastón lo encontramos a partir de una actividad que realizamos en el Instituto Lazarte. Él había venido como docente a una de las maestrías y, como nos había interesado la temática de lo que venía a plantear, fuimos varios del equipo de dirección de la Colonia –teníamos un equipo colegiado de dirección–. Podría decir que los dos referentes más importantes de todo ese proceso, entre lo que fue la dirección de la Colonia de Oliveros y la Dirección Provincial de Salud Mental –que fueron más o menos 16 años–, han sido Gastón y Fernando Ulloa. Con Fernando Ulloa como equipo de la Colonia y como colegiado de la Dirección Provincial de Salud Mental, nosotros trabajamos con él mensualmente o cada dos meses durante 12 años prácticamente. Y con Gastón a partir de haber iniciado esa relación en el Instituto, después lo empezamos a invitar a la Colonia para trabajar con él cuestiones puntuales de la Colonia. Fue muy importante para nosotros porque encontramos conceptualizadas algunas cuestiones que veníamos trayendo intuitivamente en la práctica, es decir: todos los planteos de reforma de la reforma; toda la cuestión de la gestión colectiva; el concepto de clínica ampliada. Nosotros discutíamos mucho el concepto de clínica ampliada y Gastón vino en una serie de oportunidades a jornadas de nuestra institución. Nosotros teníamos la posibilidad de invitarlo, lo hemos invitado y por suerte ha venido. Teníamos un vínculo, así como un comodín, que era Rosana (Onocko Campos) que es su pareja, era compañera nuestra de cursado en la facultad y una gran amiga. O sea que además de unirnos el respeto por su producción política y por su producción clínica, nos unía también todo el afecto y la familiaridad que le aportó de entrada esta circunstancia.

S. G.: Nos parece muy interesante esto que vos venís señalando. Para poder pensar la reforma de la reforma y este proceso que ustedes se venían dando era necesario no solamente pensar en términos de reformular algo en torno a la clínica, sino también a la gestión. O sea que no se podía reproducir un proceso de gestión, continuar con un proceso de gestión tradicional, cuan-

do de alguna manera se quiere transformar algo en esa institución y, más allá de la institución, no es solo una institución Oliveros, en tanto una institución, sino un modo de institución. ¿Qué cuestiones de la gestión tradicional les hacían obstáculo?, ¿qué cuestiones estaban interrogándose o pensando en la necesidad de transformar en torno a la gestión? Y por otro lado, lo de la clínica también nos parece interesante.

O.P.: Claro, nosotros no admitíamos posible una gestión que no llevara adelante un modelo de atención clínica, o sea que son centrales la tensión entre la gestión institucional y la gestión clínica. Por gestión clínica me refiero al mano a mano con los usuarios. Y en ese punto, el primer gran obstáculo de una institución en la provincia de Santa Fe es que para llevar adelante un modelo de gestión colegiada, de gestión colectiva, el estatuto que genera por ley todo el organigrama de una institución no tiene absolutamente nada que ver. Es un estatuto de una administración taylorista, donde hay un director, un subdirector, hay jefes, hay jefes de departamentos, hay jefes de sala, y donde se supone que las órdenes se van cumpliendo de arriba para abajo. Nada más falso en la realidad, en los hechos concretos, que ese modo de organización de una institución. Está claro en este tipo de instituciones que el poder no desciende de arriba hacia abajo y que el poder en la proximidad del territorio lo tienen los que trabajan, hay que incidir en los procedimientos de trabajo para poder generar nuevas estructuras de poder. En los primeros años, hubo un trabajo muy fuerte de tres o cuatro años –o un poco más– de capacitación del personal que había, personal de enfermería, personal de mantenimiento; pero no me quiero ir del eje de la pregunta. Me decían cuáles eran los obstáculos. Un obstáculo era el fundamento taylorista de la organización que, además, no permitía contratar recursos alternativos. Para contratar un músico vos tenías que convencer a los gerentes del Ministerio, porqué alguien tenía que venir a tocar la guitarrita, te decían: ¿por qué van a gastar plata en alguien que venga a tocar la guitarrita?, ¿para qué sirve eso? Peyorativamente, porque un lugar donde el lugar del médico tiene esa figura mitológica es en el hospital psiquiátrico. Se supone que el médico es el director, toda una serie de suposiciones que después todo el mundo pervierte, porque la escena es la escena de todas las perversiones. El otro limitante era para pensar la democratización del poder dentro de los equipos técnicos de salud, la dificultad de incorporar recursos humanos no tradicionales a las prácticas sanitarias. Por suerte, pudimos hacerlo valiéndonos de la ley de autogestión, que daba cierta autarquía porque los hospitales son entes autárquicos, a pesar de que no se autofinancian sino que dependen del presupuesto de la Nación, tienen ese concepto y eso nos permitía cierta independencia. Esa autarquía, que es una ley posterior a la ley de creación de este tipo de institutos, nos permitía una cierta libertad y una cierta creatividad, con lo cual nosotros pudimos tener un colegiado de gestión que no existía en la ley estatutaria del Ministerio. El Ministerio tenía algo parecido, que en realidad no tenía nada que ver, que era el Comité de docencia e investigación, que era un ente asesor que no tenía por supuesto ningún tipo de incidencia en el presupuesto, digamos un *pour la galerie*. En cambio, nosotros habíamos logrado en la práctica –con la decisión política de la dirección– que el consejo de gestión del hospital decidiera sobre los recursos del hospital. Y en ese consejo de dirección estaba: el jefe de enfermería; el jefe de mantenimiento; el jefe del departamento médico; el director; se elegía un representante por las organizaciones de la comunidad; un representante de la cooperadora; el representante del área cultural, de distintos espacios que nosotros habíamos ido creando en el desarrollo de herramientas clínicas alternativas a lo que es la situación del encierro. Y para

nosotros fue valioso encontrar que el movimiento sanitario brasilero hubiese podido avanzar en la formulación técnica de cómo conformar este tipo de equipos. Y me parece que ese fue el hallazgo y el gran descubrimiento, porque cuando lo escuchamos a Gastón por primera vez dijimos: este tipo ha conceptualizado lo que nosotros venimos haciendo y no encontrábamos cómo ponerle la palabra precisa. Así que les diría que fue así como un amor a primera vista, no sé si contagiada por la primera vista de Rosana, o por lo que escuchamos en el auditorio, pero así fue. Una relación que siguió durando porque nosotros ya teníamos todo el proceso de la Colonia que fue el primer proceso de salud colectiva que hubo en todo el ámbito de la salud pública de Santa Fe. No hay otra experiencia de gestión colectiva anterior, lo que ha habido son experiencias en los 70 de comunidades terapéuticas que es lo más parecido que uno puede llegar a encontrar en el desarrollo de las distintas experiencias. Nosotros logramos reinstalar en el Ministerio a partir de toda la movilización que se generó en el impacto de la Colonia de Oliveros. Hay que aclarar que ninguno éramos ni del PJ, ni ninguno fuimos del PSP, ni de la UCR; quizás una de las falencias que hayamos tenido haya sido el anclaje a los partidos políticos. Pero era una experiencia que gestionaba desde el trabajo y lo que fue consiguiendo, lo fue consiguiendo desde su inserción territorial en el trabajo, obviamente con una perspectiva de derechos humanos, con posiciones políticas de lo que son políticas de Estado, diferenciando claramente lo que pueden ser las alianzas partidarias de las políticas de Estado, no sé si tan claramente, pero intentábamos diferenciarlo. Y la relación con Gastón continuó. Obviamente también varios miembros de la comunidad hospitalaria fuimos a hacer pasantías a la Experiencia de Campinas a través de Gastón; también compañeros hicieron maestrías tanto en Campinas como en Río de Janeiro con Paulo Amarante. Se generó un vínculo de trabajo, con nosotros fueron muy generosos y nos abrieron las puertas a todo aquello que pudiéramos hacer. Entonces cuando ya estábamos en la Dirección Provincial de Salud Mental también Gastón era viceministro o secretario ejecutivo del Ministerio de Salud de Brasil, nosotros éramos invitados: así como se invitaba al Ministerio de Salud de la Nación, nosotros éramos invitados a los eventos importantes del Movimiento de Salud Colectiva Institucionalizado en Brasil. Hemos ido a la Confederación Nacional de Salud, a las Confederaciones Nacionales de los CAPS; íbamos obviamente también por motivación propia a los congresos de Abrasco[1]. Es decir, todo aquello que fuera situación institucional importante en el campo de la salud nos tenía como invitados y nosotros participábamos realmente con mucho entusiasmo. No sólo participábamos los compañeros de la dirección, también participaban los compañeros de las salas, los enfermeros. Así que en eso tengo que rescatar que fue un proceso que, más allá de los encuentros que teníamos con Gastón, seguía teniendo una relación de trabajo importante que duró años. No podría precisar, como puedo precisar con Fernando que fueron 12 años, porque hay algunas cuestiones que se trabajaron pero no estaba precisamente la presencia física de Gastón en una reunión, pero sí trabajábamos con algún compañero que iba a hacer una formación allá.

S. G.: Al escucharte, es para pensar la utilización que hicieron ustedes de este formato que fue el hospital de autogestión, que fue muy resistido políticamente porque era un modo de hacer ingresar la privatización en el hospital público, toda una discusión. Sin embargo, lo que nos parece muy interesante es cómo cuando hay un proyecto institucional claro, aún esa alternativa –con la que políticamente se estaba en desacuerdo– pudo ser utilizada en función de la estrate-

[1] Asociación Brasilera de Salud Colectiva.

gia que ustedes se venían planteando. Digamos, cómo la existencia de un proyecto político claro permite utilizar algunos recursos porque se sabe cómo gestionar, cómo utilizar esto en el marco de un proyecto. Es interesante.

O.P.: Eso lo aprendimos en la peor época del neoliberalismo de los 90.

S. G.: Exactamente eso era lo que queríamos marcar: cómo cuando hay un proyecto político algo fuertemente resistido por su carácter mercantilista fue una oportunidad en el marco de una estrategia.

O.P.: Como legislación –la ley de autarquía de los hospitales– era una ley bancomundialista y bien economicista. Siempre estuvimos ideológicamente opuestos a eso porque desplazaba a la población que no tenía una cobertura social, la desplazaba hacia la inasistencia y permitía que la población con obra social ocupara camas hospitalarias. Entraba en la lógica economicista la política pública de salud, y es así. Pero es cierto que le encontramos esa brecha como para poder darnos nosotros una organización estatutaria interna. Y así fue como nosotros por decisorios de la propia dirección del hospital y decisorios del consejo fuimos ampliando de ese consejo de dirección que tenía cuatro personas a 16, digamos que era más o menos lo que era el colectivo de gestión del hospital de esa época. Hay que decir que era muy participativo todo desde el inicio, porque si había una asamblea de hospital no bajaban de 100, 150 personas. Después hubo gente que llamaba asamblea a reunirse cuatro o cinco debajo de una planta y se apoyaban en sellos sindicales, con convocatoria bastante escasa, y tenían capacidad para molestar en vez de para sumar. Pero las asambleas institucionales del hospital no bajaban de 120, 130, 150 personas. Hay que tener en cuenta que buena parte del personal no podía salir de la sala, o sea que vos tenías de los 300 empleados del hospital, tenías 100 que estaban cubriendo los turnos y de los restantes estaba viniendo un porcentaje altísimo de la institución. Siempre fue un modelo participativo. Quizás por la inserción que habíamos tenido antes de llegar a la institución, quizás porque además llegamos con el aval de haber recorrido en asambleas los pueblos relevando un proyecto institucional distinto del que se estaba intentando llevar adelante en ese momento. Y nos permitió acceder a la dirección con un formato de toma hospitalaria; y, además de tomar el hospital, nos quedamos con la dirección del hospital. Cosa que realmente vista a la distancia fue un gesto político de reconocimiento por parte del Ministro Rubio en ese momento.

S. G.: Oscar, aunque no sea el objetivo de la entrevista, quien lea esto seguramente se va a preguntar por esos movimientos previos de los que hablás: el recorrer los pueblos y las asambleas. Esto que estás planteando supone desde el vamos una mirada absolutamente diferente respecto de lo que es el lugar de una institución. Es un antecedente político y un posicionamiento también respecto de cómo se está pensando el lugar que una institución tiene en la comunidad.

O.P.: Sí, el conflicto inicial. Nosotros como grupo, como equipo de gente, quienes estuvimos luego en gestión hospitalaria, habíamos ingresado en el año 1992. Un grupo importante porque había sido a partir de una denuncia que había investigado el Instituto Gardella, era en realidad el hoy Instituto Gardella. En aquel momento, era el Centro de Investigación de Derechos Humanos de la Facultad de Derecho que lo dirigía el Dr. Gardella, que había vuelto del exilio, tenía algunos alumnos de la Facultad –chicos que estaban por recibirse o recién recibidos– y dirigía investigaciones en derechos humanos con ese equipo de gente. Te puedo nombrar a: *Chino* Rosúa, Alejandra Rodenas, Sergio Rodríguez, *Quique* Font. Te nombro todas personas conocidas que han seguido después su trayectoria en distintos ámbitos pero que el puntapié inicial quizás de su práctica lo hicieron de la mano de Gardella relevando las violaciones a los derechos humanos en la Colonia Psiquiátrica de Oliveros. Esa denuncia, ese informe llegó a las cámaras legislativas y, como uno de los delitos más flagrantes era la inasistencia, una

de las respuestas fue un presupuesto especial para nombrar una cantidad de recursos humanos. Y ahí entramos a trabajar algunos abogados dentro de los que nombré, algunos enfermeros, algunos médicos, algunos psicólogos, algunos trabajadores sociales. Y fue un impacto muy grande para la institución el ingreso de todo ese recurso humano porque no había. Antes lo que había era un médico de guardia. Entonces, de entrada el ingreso nuestro tuvo que ver con estos dos significantes: salud mental y derechos humanos. Que son dos significantes que las Madres de Plaza de Mayo y, particularmente, desde de la Universidad Popular de las Madres de Plaza de Mayo logran sintetizar cuando empiezan a desarrollar los congresos de salud mental y derechos humanos, o derechos humanos y salud mental. Nosotros desde la Colonia siempre fuimos colaboradores de la Universidad Popular de las Madres y hemos participado fuertemente en esos encuentros que para mí, en la historia de mi trayectoria profesional y política, han sido los encuentros más enriquecedores porque se juntaban los movimientos populares, con los equipos técnicos y la gente que estaba trabajando en una perspectiva de derechos humanos en el campo de la salud, entendiendo la salud más en el concepto de lo que es la clínica ampliada que plantea Gastón. Nosotros teníamos una discusión bastante infantil en ese momento. Gastón planteaba la ampliación de la clínica desde lo clínico biomédico hacia la salud mental y hacia lo político. Y nosotros, como estábamos más parados desde lo político y de la salud mental, la planteábamos al revés hacia lo clínico. A nosotros nos faltaba ampliar la clínica desde un concepto más médico en ese momento. Era la coyuntura de esa circunstancia. Entonces nosotros entramos en el año 1992 con ese concepto de trabajo desde una perspectiva de derechos humanos en el campo de la salud dentro de la Colonia. Y empieza a suceder que las gestiones políticas que se fueron sucediendo comienzan a pensar –vaya solución, cada tanto aparece esto en los carteles– la solución del sistema penitenciario, en vez de pensar en la reforma de la justicia y otra serie de cuestiones, es más fácil pensar en agrandar los contenedores. Pensaban cooptar parte de la estructura hospitalaria que nosotros ya habíamos empezado a vaciar, porque había hacinamiento, y de haber hacinamiento a haber altas y sostenimiento de las altas en el territorio, empezó a haber espacios vacíos en la institución, que obviamente nosotros le dábamos un uso pero que ya no eran los contenedores que eran antes. Entonces ahí se le ocurre al equipo que gestionaba la dirección del hospital llevar adelante este proceso de transformación del hospital en cárcel. Cosa a la que nosotros nos opusimos desde el primer momento, lo discutimos. Ahí estuvimos muy enfrentados con Rosúa que era uno de los que lideraba esa cuestión. Nos opusimos y finalmente llamamos a asambleas en los distintos pueblos, apoyados por los movimientos sociales de distintos pueblos y por los curas del cordón industrial que tuvieron un papel muy importante en colaborar con nosotros en esas convocatorias. Entonces íbamos a asambleas desde Fray Luis Beltrán a San Lorenzo, Maciel, Oliveros, Puerto Gaboto. Te nombro cantidades de pueblos donde íbamos a asambleas en parroquias, en centros culturales, donde participaba una cantidad importante de vecinos preocupados por la circunstancia; porque además también le cambiaba un poco la característica a la zona. Las localidades más cercanas veían amenazado su perfil turístico y de descanso de fin de semana; ya habían de alguna manera convivido con la institución psiquiátrica durante años y se les agregaba una nueva crisis identitaria respecto de su funcionamiento estructural. Entonces, yo creo que por distintas razones, nosotros llegamos "con toda esa mar detrás" diría Fernando Ulloa.

S.G. Para retomar lo que veníamos hablando, vos decías que esta interlocución con Gastón les permitió encontrar algún tipo de formalización de aquello que venían intentando como otro modo de gestión. ¿Qué desarrollo tuvo esto? Por otro lado, ¿cuáles fueron los límites en la transformación en ese proceso de gestión? Seguramente han aparecido cuestiones que han hecho tope, es una transformación que básicamente vos ubicabas en relación con la democra-

tización de los equipos y, por lo tanto, también con la democratización de la institución y con otro lugar de los–as usuarios–as, con otro espacio de los usuarios–as. A tu parecer y en el recorrido posterior, cuáles fueron las limitantes que ese proceso fue encontrando, porque tenemos la Colonia aún abierta.

O.P.: Tenemos la Colonia aún abierta y, en realidad, hay límites concretos que tienen que ver con la cuestión presupuestaria. Porque yo creo que, desde el punto de vista del presupuesto de la Provincia, lograr una red de casas que alojen humanamente a los pacientes con los niveles de asistencia adecuados en el marco de la comunidad, no es plata, no es plata que se asigne a la Dirección de Salud Mental. Entonces, ahí, esa limitante tiene dos cosas. Una es la limitante política de que uno no le haga comprender o no logre afiliar a las autoridades a una idea más humana de la atención de la salud mental. Ahí está la discusión de los costos pero también hay una discusión política porque si se entendiera políticamente la cuestión se asignarían los recursos. El único gobernador de todos estos años (de la democracia para acá) que habló y enunció la cuestión del cierre del hospital (tengo que decirlo, es un reconocimiento póstumo) fue Hermes Binner. Binner en algún momento dijo que la intención política era cerrar los institutos manicomiales. Después eso no se acompañó con las medidas presupuestarias pero por lo menos lo enunció, cosa que nunca un gobernador dijo. Nunca la representación política más alta del Estado provincial tuvo esas palabras en su boca excepto Hermes, que además hablaba poco. Yo imagino que debe haber tenido también sus limitaciones de poder para poder pensar estas cosas, porque tampoco es que uno en el gobierno significa que tenga todo el poder. Pero sí logró por ejemplo (esa gestión) el cierre de "El Corralito"[2] que era uno de los lugares de mayores vejámenes dentro del sistema penitenciario y que tenía ciudadanos restringidos en su libertad en situaciones de a–juridicidad total. Y eso hay que reconocerlo, ya que falleció hace poco, habría que reconocer que fue la gestión Binner. La gestión de Binner obviamente llevando adelante proyectos que se venían gestando desde situaciones anteriores pero supo agendar esta situación y ponerla en agenda como para que se dé la circunstancia. Han sido como una parábola los 12 años del gobierno del socialismo en salud mental. Porque arranca con toda esta potencia donde parecía que se podía cerrar "El Corralito" que era impensable, después se podía cerrar el IRAR[3] (cosa que no se hizo), y después se vino una especie de apolille (en el sentido de apolillarse, no de dormir, sino de que te agarren las polillas) de todo un formato que tenía que ver con lo colectivo pero que quedó descolectivizado, por lo menos, en el campo de la salud mental. Los últimos dos gobiernos del socialismo fueron un retroceso considerable al punto tal que hoy tenemos las instituciones psiquiátricas con ciudadanos detenidos con custodia y hemos vuelto a la situación anterior, a aquella que se denunciara como violación a los derechos humanos en la Colonia. Porque uno de los grandes problemas que teníamos en las instituciones psiquiátricas antes de todo este proceso de gestión (que fue la Colonia y la Dirección Provincial) era que pasaba a ser un territorio gobernado por los custodios y por presos que no tenían que estar ahí. Y

[2] "El Corralito" nominaba al pabellón psiquiátrico de la unidad penitenciaria de Coronda, creado en 1985. Allí se alojaban personas declaradas inimputables (para cumplimiento de una medida de seguridad) y las imputables con padecimientos en su salud mental. Durante su funcionamiento hubo reclamos de diversas organizaciones gubernamentales y de derechos humanos denunciando la ilegalidad del mismo y la violación de los derechos de las personas internadas allí.

[3] Instituto para la Recuperación del Adolescente, dependiente del Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Diversidad de la provincia de Santa Fe. Desde 1999 aloja adolescentes y jóvenes, de entre 16 y 18 años, en conflicto con la ley penal. A lo largo de estos años, hubo reiteradas denuncias –de trabajadores, de organizaciones de derechos humanos y de Defensoría– por las condiciones de detención y la situación edilicia, y por violencia institucional.

si tenían que estar ahí, tenían que estar sin custodios. Es decir, nosotros (con la Dirección Provincial de Gustavo Castaño, con la dirección nuestra en la Colonia de Oliveros) no permitíamos que en las instituciones psiquiátricas hubiese personal de custodia. Si se tiene que hacer cargo el sistema de salud, hay que hacerse cargo desde el sistema de salud. Y hay que discriminar muy bien clínicamente qué cosas se pueden y qué cosas no se pueden dentro del sistema sanitario. Porque esto retrotrae a unos niveles de violencia inusitados en la institución psiquiátrica.

S. G.: Nunca más propicio historizar para poder encontrarnos con la actualidad, donde claramente este encuentro que proponíamos tenía que ver con leer ciertas coordenadas históricas y justamente esa lectura te lleva a ubicar la más terrible actualidad. Entonces, nos parece que la historia sirve para esto, para leernos en nuestra actualidad. Nos parecen realmente muy importantes estas lecturas.

O.P.: Acá vale (no por casualidad) el título del libro de Gastón (que no estaba traducido y nosotros lo teníamos un poco como biblia roja, porque además tiene tapa roja): "Reforma da reforma". En el momento que la reforma se burocratiza, entran a suceder las mismas cosas que sucedieron siempre. La burocratización es una forma del malestar en la cultura, es una forma en que los cuerpos pierden el contentamiento y dejan de luchar, en las palabras de Ulloa. Por eso la cuestión de la ternura y la alegría es la mejor vacuna para este tipo de cuestiones. Cuando uno deja de tener iniciativa política, cuando uno deja de capacitar (no estoy hablando de formar, sino de incrementarle permanentemente las capacidades al recurso para enfrentarse con una realidad que es cambiante), cuando uno pierde esa direccionalidad política y clínica, se burocratiza y la burocracia nos enferma a todos. Obviamente a los que más enferma es a los usuarios, pero nos enferma a todos. Porque es un problema, la lógica manicomial es un problema de la cultura, del sufrimiento en la cultura. Es una de las facetas de la segregación como lo es la criminalización de la pobreza, la discriminación de las minorías étnicas, de identidad, de lo que fuere. Es uno de los campos de trabajo en la cultura a los cuales hay que poder discutir, criticar y superar en una perspectiva más humana, en una perspectiva del respeto de la dignidad humana.

S. G.: No podemos agregar nada más porque este cierre que hiciste nos parece que es cierre y apertura para seguir con toda una serie de cuestiones que planteás en un marco que claramente nos posiciona respecto de la direccionalidad de esa lucha. Muchísimas gracias Oscar y la verdad es que esperamos que quienes lean esta entrevista la disfruten tanto como quienes la estamos compartiendo en este momento. Muchas gracias.

O.P.: Gracias a vos Silvia (Grande) por la invitación. Y barbijo y alcohol en gel para todos. (Risas).

Entrevista a Graciela Iglesias

Lucía Briguet: ¿Podes contarnos cómo funciona el órgano de revisión y cuál es la situación en las diferentes provincias? ¿Hay un único modo de funcionamiento o en las diferentes provincias tiene diferentes formas?

Graciela Iglesias: El Órgano de Revisión fue creado por la Ley Nacional de Salud Mental y tiene su fundamento en los estándares de derechos humanos y en los 21 principios de Naciones Unidas para la protección del enfermo mental Res. 46/119 Asamblea General de Naciones Unidas diciembre de 1991. El marco de actuación que tiene el Órgano de Revisión es el siguiente: es un organismo de monitoreo, de supervisión del sistema de salud mental, velando por los derechos de las personas que se encuentran bajo ese sistema en cualquiera de las intervenciones que pudiesen existir o que la persona pudiera realizar o estar comprometido su derecho. En ese sentido tiene una doble función, por un lado, el organismo nacional cumple una especie de rectoría en el resto del país marcando los estándares de seguimiento que están entrecruzados con los derechos humanos y a partir de los derechos humanos es que se supervisa un sistema sanitario, entonces hay una relación que tiene que ver con los casos particulares y con los casos que están en un proceso de internación. Todavía Argentina regula la internación involuntaria entonces esa regulación implica un control de legalidad por el debido proceso y entonces ahí tenemos un control estricto sobre las internaciones. Y, por otro lado, tiene un trabajo más político institucional que es de promoción, supervisión, recomendaciones, requerimientos, dictámenes que atraviesa a todos los colectivos que están implicados desde una perspectiva de derechos humanos y por supuesto de género, así como lo que es el paradigma de la infancia. Con personas mayores igual, aunque habría que detenerse un poco en establecer la diferenciación en cuanto a las personas mayores y el tratamiento que las personas mayores reciben desde la ley de salud mental.

La situación de los Órganos provinciales ha sido una meta del Órgano Nacional, es decir, la promoción de los órganos de revisión locales. El país está cubierto de Órganos de Revisión o de leyes que tienen a su implementación, por ejemplo: toda la Patagonia tiene Órgano de Revisión, La Pampa tiene un proyecto de ley que ha quedado detenido en el ejecutivo, en Mendoza tiene media sanción y eventualmente puede perder estado parlamentario este año si no se sanciona, San Luis tiene su ley de desinstitucionalización y hay que continuar con el trabajo para la creación del Órgano de Revisión, la Rioja está en este momento reglamentando su ley de Salud Mental y Órgano de Revisión o sea que se suma al Órgano de Revisión, Catamarca de la misma manera, La Rioja finaliza el proceso para la implementación efectiva y Catamarca la comienza, Jujuy tiene su Órgano de Revisión pero no ha dado cumplimiento a la secretaria ejecutiva, la provincia de Tucumán está con la reglamentación de la ley, Chaco está en pleno funcionamiento, Misiones tiene la ley de Salud Mental pero no han legislado sobre el Órgano de Revisión es una cuestión que está pendiente a realizarse, Corrientes tiene un proyecto de ley para la implementación del Órgano de Revisión, Entre Ríos está en pleno funcionamiento, Santa Fe comienza ahora en pleno funcionamiento del Órgano de Revisión se está concursando el cargo de secretaria ejecutiva, Córdoba está en un proceso de definición para la sanción de la ampliación de la ley que constituya el Órgano de Revisión local, Buenos Aires tiene su Órgano

de Revisión asentado en la defensoría del pueblo y Santiago del Estero tiene un proyecto de ley y el compromiso para la creación del Órgano de Revisión. Así que el país está cubierto en las distintas etapas de los Órganos de Revisión. Todos funcionan con los mismos ejes que el nacional, exactamente todos, de hecho, tenemos un consejo federal donde intercambiamos y encuentros con cada una de las provincias para acompañar el proceso y para definir líneas de actuación. Pero todos los Órganos de Revisión tienen un mismo lineamiento a nivel nacional y cuidamos mucho que eso se sostenga y se mantenga.

L.B.: ¿Qué ventajas y desventajas encuentra en los diferentes lugares?

G.I.: Las ventajas y desventajas que existen tienen que ver con la idiosincrasia de la cultura y de las prácticas que existen en cada una de las regiones, eso es favorable en un sentido y puede ser una barrera en otro sentido. Pero no hay circunstancias desfavorables que uno pueda visualizar en relación al funcionamiento, puede haber mayor esfuerzo, mayor trabajo, mayor necesidad de incidir sobre las barreras existentes, pero no existen desventajas, por lo menos no en lo que se visualiza hasta este momento.

L. B.: ¿Cuáles son las cuestiones que el Órgano de Revisión va agendando como problemáticas a resolver o los obstáculos que encuentra para poder efectivizar la aplicación de la ley?

G.I.: La agenda que tiene el Órgano de Revisión como objetivo general es el atravesamiento del ejercicio y disfrute de la capacidad jurídica de las personas, o sea, la toma de decisiones y con eso viene la vida independiente, poder vivir de manera autónoma con los apoyos que se requieran. Eso implica que nuestra preocupación está en el proceso de desinstitucionalización y en este año que es el 2020 en la transformación del sistema, en la sustitución de un sistema por otro y esto es altamente complejo. Pero la efectiva implementación es una definición que creo que en este año es una definición de gobierno y entonces todo lo que se haga se va a hacer en torno a generar este nuevo sistema que contenga un sistema de atención a la salud que sea respetuoso del derecho de las personas a vivir en comunidad y a través de un modelo de vida independiente con los apoyos que se requieran dónde salud es un aspecto más pero no es el único.

Los obstáculos son múltiples pero el mayor obstáculo son las estructuras armadas desde tanto tiempo atrás, la conciencia, la cultura, la falta de dispositivos o presupuestos, pero quizás lo primero sea desarmar y destruir los mandatos estructurales que tienen que ver con la monovalencia en el sentido de que únicamente un hospital psiquiátrico es el único que está capacitado para atender la salud mental. Eso debe desplazarse a un concepto más integral de lo que es la salud mental y después las lógicas, las capacitaciones, la formación de quienes intervienen que complejiza porque a veces se quedan desentrañando en lo que le pasa a quienes intervienen y no puede haber un desplazamiento total hacia poner el centro en la persona exclusivamente. Esas son las barreras más grandes pero además las personas usuarias del sistema todavía, salvó en alguna región, no pueden organizarse debidamente porque hay muchos atravesamientos que se lo impiden que tienen que ver con esa lógica que mencionaba sumado a una pobreza estructural que en lo que es la institucionalización psiquiátrica aún persiste y en lo que es el modelo de atención requiere de una amplitud para generar una red integrada de cuidados y que esos cuidados sean cuidados continuos con los apoyos que las personas necesitan pero también con la libertad y la dignidad que merecen.

Reportaje a Ánfora

LA CAPITAL

Decano de la prensa argentina

Un género que está de moda
"Bailanta, no hay desfile"
Hay gente que vive de esto, otra que trabaja por diversión y otra que lo hace por el dinero

Hoy Gratis
Fiestas Deliciosas Nº 2

EL PRESIDENTE HABÍA DICHO QUE "EN SANTA FE LOS BROTES VERDES DE LA ECONOMÍA EXPLOTAN"

Cruzan a Macri en la provincia por su balance económico

• Contigiani, ministro de la Producción provincial, advirtió que "el modelo agroexportador es importante, pero no resuelve la pobreza, el desempleo y una distribución territorial desequilibrada". Reclamó una política de desarrollo. Página 14

Bonfatti
"Estoy muy preocupado por la marcha del país"

FILAS SALADAS.

Municipales rechazaron un bono de $3.000 y van al paro

• La huelga será hoy y mañana próximos y abrirá a todos los municipios y comunas de Santa Fe. Piden que se reanuden las negociaciones con los intendentes. Página 3

FRACASÓ EN GENERAL

"Nos obligan a seguir con el plan de hacha"

La película de los pacientes

• "Anfora, ¿Y si un cuerpo fuera un ánfora?" es el título del filme que fue realizado por 20 personas del Centro Cultural Gomecito en el Hospital de Salud Mental. Se estrenó el viernes 18 a 20 docentes en el cine El Cairo. Página 11

ANFORA

SE TRATARÁ EN LA TRIBUNA DE DIPUTADOS

Quieren eliminar los feriados puente

• El próximo, que será el proyecto al Congreso, dice que "afecta la productividad y la motivación de los jóvenes". Página 20

Además

Crítica de concejales
Un millonario conflicto directo en el municipio
La intendenta Fonti con apoyo por $ 700 millones con el cobro Bonus en Rosario. Página 4

Zaeta sin
Ex ministro a un policía de Santa Fe con droga
Es un sobrevivir que estaba bajo tortura médica. Tenaces: Ariel con recibir cargos. Página 24

Hallaron sus zapatillas
Rastrillajes en Pérez para buscar a un chico
Tiene 12 años y desapareció hace dos semanas. Dicen que a ese peligroso barrio. Página 10

Deportivo

COPA ARGENTINA

Central ya tiene rival: River

• Los ocelotes jugarán la final con los millonarios, que superaron anoche a Gimnasia por 2 a 1. Sorteo el 11 de diciembre

Montoya: "Me quedé para ser campeón"

• El volante marcó el gol de Central con el título: "Ahora quiero y no quiero"

MIRELLES

Todas las fichas en Escobar

• Duda lo de no confiarse al jovencito para reemplazar a Fernández

WhatsApp: +54 9 341-5-970763 | Facebook: Diario La Capital - Rosario | Twitter: @lacapital | Instagram: diarioincapital

Participantes: Ignacio Blaconá (IB), Leo Villarruel (LV), y Entrevistadoras (E) Gisela Santanocito, Lorena Figueras.

E: Buenos días, ¿cómo les va, Ignacio, Leo? Los presentamos: Ignacio Blaconá, director de la película *Ánfora*. Leo Villarruel, protagonista. La película, que es una producción del centro cultural El Gomecito. ¿Qué significa/significó *Ánfora* para ustedes?

LV: Hola, mi nombre es Leo y soy el protagonista más siniestro de la película. Y bueno, para mí *Ánfora*… No me voy a referir a la realización de la película que fue como un trabajo, sino a cuando vi la película, voy a focalizar en ese momento. Para mí fue un hecho histórico, un sueño cumplido, equiparable a cuando me recibí de abogado. Estoy hablando de cuando yo me vi en la pantalla grande, en la película. Para mí significó eso: un hecho histórico, un sueño cumplido y se lo debo más que nada a Nacho –a Ignacio Blaconá– que fue el director de la película. Eso significó para mí *Ánfora*. Y además de trabajar con un montón de chicos en un muy buen grupo humano, significó fortalecer algunos vínculos. No solo sociales… Yo hacía mucho tiempo que ya no tenía vínculos más que en el barrio donde vivía. Y entonces, esa apertura fue como un despertar en esta película. Yo focalizo más que nada en el día en que me vi en la película que fue un despertar, fue un hecho histórico en mi vida. Equiparable, como digo, al momento en que me recibí de abogado.

IB: Con respecto a qué significa *Ánfora,* concretamente para mí, fue el proyecto más ambicioso que planteamos desde el Centro Cultural Gomecito (al menos en lo que a mí me compete: el taller de producciones audiovisuales) y que pudimos finalizar, que pudimos concluir de forma exitosa, porque nos encontramos con múltiples obstáculos en el camino. Lo planteamos como un largometraje de ficción, así que son muchísimas las complejidades que tiene, los obstáculos que nos fuimos encontrando en la preproducción y en el rodaje mismo. Así y todo, no claudicamos en nuestra idea original de hacer una película, ese sueño de algún día poder proyectar una película del centro cultural en un cine de la ciudad. Esto fue en el cine "El Cairo", con sala llena, con toda una expectativa, con toda una movilización de trabajadores, de vecinos y de gente de distintos palos artísticos de la ciudad, que también colaboró de alguna manera. Para mí es, como dije al principio, el proyecto más ambicioso que pudimos abordar y finalizar con éxito. Y como les decía, a pesar de todos esos obstáculos, no claudicar en la idea. Los obstáculos no fueron los de producción de un largometraje de ficción, sino de la dinámica de nuestro centro cultural y de los participantes de nuestros talleres. Por eso, nos encontramos con que era muy difícil a veces plantear escenas y plantear un guion que debíamos respetar. Más allá de las dificultades técnicas: nosotros no teníamos experiencia en una producción así, de semejante envergadura. Habíamos hecho documentales, hasta nos animamos a hacer un ciclo para televisión, pero nunca un largometraje. Es como el partido más difícil. Cualquier persona que se involucra de alguna manera en un largometraje documental o un largometraje de ficción… todo el tiempo, toda la energía que

uno tiene que poner para que ese proyecto vea algún día la luz. Y bueno, eso también es lo que yo llevo como una alegría y un inmenso honor, el haber podido mantener desde un principio esas ganas, esa motivación de terminarla. Hoy por hoy podemos decir que orgullosamente el Centro Cultural Gomecito tiene una película en la que están involucrados tanto usuarios como trabajadores, con el mismo nivel de compromiso. O participaron cada uno en lo que podían y se comprometían a aportar desde su lugar. Así que llevo con orgullo, haber podido terminarla y hoy estar hablando de los resultados, de lo que dejó esta película.

E: ¿Cómo surge la iniciativa de filmar *Ánfora*?

LV: Surge a raíz de que Nacho, como director del taller audiovisual, junto con Tito Ramone, que es un usuario que participa del taller –los dos tienen un fanatismo por el cine, al grado tal de una locura, locura por el cine [ríe], los considero dos psicópatas del cine– y yo, que también formaba parte del taller, fui el tercer loco por el cine (tenía conocimientos sobre cine, me gustaba, pero no sabía nada sobre hacer cine). Y bueno, esta conjunción de nosotros tres… yo tomé el personaje que me eligieron como actor, para hacer este personaje siniestro de la película. Esta locura de los tres de hacer una película fue un sueño cumplido, desde mi parte. Así fue como se inició la experiencia de *Ánfora,* producto de estos dos psicópatas. Y me sumaron a mí como el tercer loco, para la parte de actuación, y logré compenetrarme y hacer lo que habíamos planeado para la película.

IB: Con respecto a cómo surge la iniciativa, es a partir de nuestros encuentros en el taller audiovisual. Allí nos encontramos gente a la que nos gusta ver películas. Sentimos pasión por el cine. Pero no solo nos gusta mirar películas, sino que también nos gusta realizar nuestros propios experimentos audiovisuales. Así fue que nos embarcamos en esto de construir un guion, desde cero, con ideas que tenían algunos de los usuarios. De ellos, algunos llegaron hasta el final y otros quedaron en el camino, pero muchos siguieron aportando (personajes, escenas), y así fuimos componiendo esta película, que surgió por eso: simplemente por el interés, las ganas y lo felices que nos hace estar produciendo un hecho audiovisual. Siempre lo hacemos con muchas ganas porque es algo que nos gusta. Nos gusta poder expresarnos, para nosotros las producciones audiovisuales son una herramienta fundamental y muy valiosa en la comunicación.

E: Escuchamos que han sorteado obstáculos, que no claudicaron en la idea de producir un largometraje: ¿Recuerdan alguna viñeta de la experiencia que quieran compartir? También mencionan que la película es o ha sido un acontecimiento, hecho histórico: ¿Qué condiciones institucionales, de trabajo en equipo, prácticas en salud mental se dieron o acompañaron el proceso de producción de la peli?

IB: Una de las grandes anécdotas es que salimos en la tapa del diario *La Capital.* No es poca cosa: la nota, una de las más significativas, ahí con la foto para el diario. A la mañana siguiente, después de que nos hicieran la nota en el Gomecito, me despierta un amigo y me dice "Nacho, estás en la tapa del diario *La Capital* con unos compañeros del Gomecito". Nos habían venido a hacer una nota, pero jamás nos íbamos a imaginar que íbamos a estar en la tapa del diario. Así que fue un acontecimiento, realmente, con mayúscula, el estreno de la película. Y después en cuestiones laborales, con el equipo: una producción audiovisual es un trabajo en equipo –y por eso yo decía lo de los obstáculos–, acá era toda gente sin experiencia, nunca participamos en una producción tan compleja, por eso en todo momento nos encontrábamos con dificultades para trabajar. Por ejemplo, pacientes que tenían un rol, un personaje en la película, y les dieron

de alta o terminó el tratamiento o por algún motivo no tuvieron más ganas de participar de la película o simplemente se alejaron. Entonces tuvimos que reemplazarlos por otros o modificar el guion o agregar una escena distinta o sacar otra, para ir sorteando esos obstáculos. Por eso digo que teníamos esos problemas. En una de las escenas, Leo termina haciendo otro papel más, sumado a su protagonismo en la película. Fue una situación que no estaba prevista y como no vino ese actor el día del rodaje de esa escena (que además era muy compleja porque había mucha gente) tuvimos que pensar en una alternativa y bueno, la alternativa fue que Leo reemplazara a ese otro personaje. Pero Leo ya tenía un papel, entonces tuvo que hacer dos papeles ese día. Era pensar siempre cosas sobre la marcha. Imprevistos. Eso también tiene que ver con una producción audiovisual. Otra cosa que nosotros veíamos mucho, trabajando con la improvisación, en algunas producciones audiovisuales del Gomecito (porque habíamos encontrado una forma de trabajo, con otros coordinadores de talleres) y en esta película fue adaptarse al guion que había, a la historia, entonces había que respetar esa historia. Y no era fácil con algunos pacientes, participantes, usuarios. Era difícil que siguieran la historia al pie de la letra. Entonces siempre se abrían nuevos frentes de acción en la película. Y hay cosas que nunca las sistematizamos. Siempre se dice que el humor en la psicosis es difícil de abordar y acá también otro tema fue la repetición de ciertas escenas, de ciertos diálogos que queríamos que estuvieran en la película y no sé qué sentido o qué resultado habrán tenido en ciertas personas que participaron. Por eso digo, nunca sistematizamos, porque este trabajo fue una experiencia de abordaje de una película con un guion, del Gomecito. Así que eso queda pendiente de algún análisis que puedan hacer algún día los psicólogos junto con los que participaron en la película.

LV: Bueno, en cuanto a las condiciones de grabación y todo lo que tiene que ver con el proceso de la película, nos encontramos con varias facetas: la faceta del caos, de muchas personas, de tratar de ordenar ese caos. Incluso porque nosotros al principio pensamos una idea de película de ciencia ficción, de extraterrestres, pero dijimos "Vamos a ponernos de acuerdo en lo que queremos" y de acuerdo con las personas que éramos, como bien dijo Nacho, dijimos "Loco, vamos a poner un objetivo". A los tres nos gusta el terror, entonces ahí ya empezamos a variar. No sé si a variar o a desvariar [ríe]. Bueno, por nuestra locura por el género de terror, terminamos haciendo una película de terror. En cuanto a las cuestiones económicas: es una película de muy bajo presupuesto, así que fue todo a pulmón. En un momento, la locura, la locura de Nacho, que yo digo que es un psicópata: quería maquillaje, quería vestuario… [ríe] Como no conseguimos, tuvimos que aportar cada uno su propio vestuario, su maquillaje. En cuanto a las funciones, le quiero recordar a Nacho que no solo hice dos papeles en la película (hice del personaje más siniestro de la película y también de padre de familia), sino que también hice una colaboración técnica como ayudante de iluminación. En un momento, a la vez que actor tuve que ser asistente, porque no teníamos tanta gente que colaborara. Todos querían actuar, pero nadie colaborar detrás de escena: tener una luz, tener el micrófono. Como era un grupo muy reducido, yo, Nacho (dirigiendo y con la cámara) y el otro psicópata del cine que es Tito Ramone tuvimos que multiplicarnos y hacer varios papeles. Y bueno, como viñeta, comparto lo de Nacho, la tapa de *La Capital*. Para mí también fue otro hecho histórico. Haber visto *Ánfora* y la primera vez en mi vida que salí en la tapa de un diario. Más a mí, que yo quiero ser del jet set, como dice Soda Stereo.

E: Resaltan la producción creativa, la improvisación. Dicen que encontraron formas de

trabajo con compañeres y coordinadores de otros espacios. ¿Cómo plantean la modalidad de trabajo en el taller audiovisual? ¿Qué vínculos encuentran entre el arte y la salud mental?

LV: Bueno, en el proceso creativo de *Ánfora,* hubo las dos situaciones, tanto planificación como creatividad, producto de los tres descerebrados que somos [ríe] Nacho, Tito Ramone y yo. Y en cuanto a lo que nos llevó el proceso entre creación e improvisación terminamos con un final feliz en una película de terror. Es en lo que coincidimos. Hoy no sé si la haríamos con un final feliz. Pero bueno, la uno terminó con un final feliz. En cuanto al proceso de trabajo con otros talleristas, depende más que nada de la voluntad de cada uno, el tiempo de disponibilidad y utilizar muy bien el tiempo que tiene cada uno para participar en la película. Eso, tres descerebrados que somos Nacho, Tito Ramone y yo. Eso, en cuanto al equipo. En cuanto al arte y la salud mental, creo que son complemento. Puede ser, como yo digo, una terapia. Se nos ocurrió, de acuerdo con el programa que tenemos en televisión, hacer una carrera que se llame cineterapia. Y después creo que el artista hace una obra de arte (la película es una obra de arte) y que no está loco el artista porque haga una obra de arte. Creo que no tiene que ver con eso. Y que el loco, por tener un padecimiento mental, tampoco se puede ver privado de realizar una obra de arte. Incluso, en la película nadie se da cuenta de que son usuarios, de que están internados ni nada que se le parezca, sino que pueden pasar como personas comunes. Así que eso es lo que pienso. Y eso de que el loco no puede hacer una obra de arte ni ser un artista: no podemos juzgarlo ni prejuzgarlo, sino que depende del contexto que esté viviendo cada persona o cada grupo como para realizar una película. Depende de la situación que esté viviendo, en ese presente, ese grupo o persona.

IB: Una película te da posibilidades creativas infinitas. Por eso es todo un desafío enorme meterse a hacer una película. Yo a veces veo que fue arriesgado el tema de largarnos a hacer un largometraje. Porque en tantas posibilidades que uno tiene, en tantas posibilidades creativas, uno también puede perderse. Y perder el rumbo, como bien cuenta Leo. Iba a ser de ciencia ficción y después termina siendo de terror. El tema de la violencia que iba a haber en la película la terminamos resolviendo de una manera más sugestiva, si se quiere. Y tantas otras cosas que hemos ido modificando. También llevar un guion a lo que es realizarlo, ahí aparecen las complicaciones. Bueno, ya hablamos de las complicaciones. Pero fue para mí arriesgado porque nos metimos y no teníamos práctica para algo así, tan grande. Nosotros en el taller audiovisual tuvimos muchísimas experiencias y realizamos muchos experimentos de género: habíamos comenzado con sketch, en los inicios del taller; después nos volcamos a unos cortometrajes. Y después nos metimos a un ciclo de TV. O sea, una cosa nos iba llevando a la otra. Nos íbamos sintiendo cada vez más fortalecidos y nos íbamos metiendo en algo más grande. Incluso, el tema de la locura y el arte siempre nos interesó. Es más, tenemos dos ciclos, que fueron transmitidos por Canal 4 y TV Regional, que tratan un poco desde distintas visiones lo que es el arte y la locura. El primero se llama *Luces calientes,* al que invitamos artistas y gente de distintas profesiones de la ciudad de Rosario y hablamos un poco sobre locura y arte, si hay algún vínculo entre las dos. Y el segundo es *Pastillas,* que fue con usuarios y trabajadores de salud mental, y lo preguntábamos por separado: qué representaba el arte, qué representaba la locura. Siempre aparecen muchas conexiones, pero son misteriosas esas conexiones. Y yo no puedo develarlas acá, porque si no estaría cometiendo un… [ríe] No, no, no voy a develarlas porque lo más lindo es que sigan siendo misteriosas esas conexiones. Y la forma de trabajar, ya lo dije, nos gusta experimentar.

Hemos pasado por muchos formatos, desde la improvisación hasta trabajar con un guion. Cada uno con sus resultados, con sus potencialidades, con sus pros y sus contras. La primera vez que nos aferrábamos con *Ánfora* a un guion –si bien después fue mutando–, lo difícil con ciertos participantes era que respetaran esa idea. Muchas veces se iba por las ramas. También se me viene a la cabeza eso: que fue un desafío muy arriesgado lo de *Ánfora.* O quizás lo sentí yo, desde mi responsabilidad, mi rol. Sentí que era un barco muy grande, que había que timonearlo todo el tiempo para que no se hundiera como el Titanic. Pero por suerte lo llevamos a buen puerto. Y ahí está la película.

E: Vimos la película, y el Titanic estuvo bien conducido. Teniendo en cuenta la experiencia *Ánfora*: ¿Qué es la desmanicomialización?

LV: La desmanicomialización para mí es cerrar los manicomios. Y es para mí increíble que sí se dio esa tarea de desmanicomializar y se dio a través de la película *Ánfora.* Y no solo a través de la película, sino a través del dispositivo en el Gomecito. Se da todos los días, a través de los talleres, de ese lado macabro que es el manicomio. Cuando Julieta, que es la directora del Gomecito y una de las protagonistas de la película, cerró la puerta que comunicaba el Gomecito con el manicomio, con el Agudo Ávila. Ese acto que pareció una estupidez, fue un pequeño gran acto de desmanicomialización en su momento. Hoy en 2020, diez años después de la Ley de Salud Mental… Cuando la vea a Julieta le voy a decir que, así como se cerró en su momento que se abra, también bajo el discurso de desmanicomialización. Que se abra nuevamente esa puerta para que se dé la comunicación entre el Agudo Ávila y el Gomecito. Y después, en cuanto a qué es para mí es la salud mental: La salud mental es la coherencia y el equilibrio emocional que una persona, individuo tiene a lo largo de su vida. Y que va variando según el momento, circunstancias y medio circundante.

IB: Con respecto a la desmanicomialización, personalmente, trato de que mi trabajo en el Centro Cultural Gomecito tenga que ver con eso. ¿En qué sentido lo digo? En el de que las producciones culturales y artísticas tengan que ver con eso, con poder cruzar esa frontera de prejuicios y que cualquiera de estas producciones pueda ser vista o disfrutada por cualquier persona, por cualquier receptor sin que medie el prejuicio de quién las hace. Para eso, las cosas que vamos haciendo… o al menos mi interés está ahí: es comprometernos con cierto estándar de calidad de esas producciones, que no tengan ese condicionamiento, y de esa forma saltar esa barrera que no nos permite comunicarnos. Bueno, el arte es una herramienta de expresión. En mi caso, yo la utilizo para eso, para abonar a la desmanicomialización, para a través del arte dialogar con los destinatarios de nuestros productos. Eso, por un lado. Por otro, con respecto a la salud mental, creo que es una utopía. Se habla de la salud mental, o de cierta insanía o de cierta salud. Y me parece que no existe eso, cada uno tiene lo suyo, sus rollos, sus mambos. La salud mental me parece que sería lo más parecido a poder vivir de una manera más respetuosa con respecto a las diferencias de cada uno. Creo que esa sería una manera saludable de vivir. En una sociedad en la que las diferencias a veces establecen prejuicios. Trabajar para disolver esos prejuicios es trabajar en pos de la salud mental y de la desmanicomialización.

E: Por último, ubicar que *Ánfora* de alguna manera ha sido un punto de llegada, producto de un proceso que tiene una historia de la que ustedes han dado cuenta. En función de esto, quisiéramos preguntarles si tienen pensado o están pensando en algún otro proyecto.

IB: Siempre andamos con un proyecto bajo el brazo. Al menos en materia audiovisual, nos

cansamos pronto (al menos yo me canso pronto) de lo que hacemos y siempre queremos experimentar algo nuevo. Embarcarnos en un proyecto que nos estimule, que nos de ganas de ser parte, a los que formamos el equipo y desandar ese camino. Pero a veces trato de no atormentarlos demasiado porque… bueno, esto Leo lo debe tener claro. Cada comienzo de año en los talleres proponemos película o cortometraje o programa de televisión… Lo más concreto este año es que hagamos *Cine Café*, un ciclo de entrevistas a personas ligadas al cine y a la producción audiovisual, pero no descarto que esta pandemia nos derive hacia otras cosas. Cuando podamos volver, veremos qué hacemos concretamente. También tenemos ganas de hacer la continuación de *Ánfora,* pero sin final feliz. Así que la dejamos ahí picando para ver con qué volvemos al taller audiovisual. Bueno, les mando un abrazo a todos, espero que haya servido esto de algo y que sea una entrevista productiva para la revista Barquitos Pintados.

LV: En cuanto a los proyectos, estamos con *Cine Café* junto a Tito Ramone y Nacho. Es la continuación de un programa que salía por televisión (no sé si está saliendo *Cine Café I* en estos momentos), en el cual entrevistamos a referentes locales que tienen que ver con el cine o son del jet set local. Es un programa que tiene que ver solamente con el cine porque, como ya dije, somos unos locos o psicópatas por el cine. Y bueno, el programa consta de una entrevista a mi cargo, un *cinetest* a cargo de Tito Ramone y todo en la dirección y edición de Nacho. Pero tiene que ver con el cine y con referentes del medio local. Esos son los proyectos de hoy. Y también a largo plazo quedaría hacer una *Ánfora II,* en la cual yo voy a hacer un personaje más diabólico que el de la primera, seguramente. Pero no es para esta instancia, está ahí en el freezer. Bueno, estamos llegando al final, espero que les haya servido esta entrevista. Llegamos a un final feliz, como con la película *Ánfora.* Final feliz para esta entrevista, así que gracias totales.

En el siguiente link, podrán encontrar y disfrutar la película: https://www.youtube.com/watch?v=7BtG64QUGfA

Presentación de la Película en la Facultad de Psicología-UNR-2019

Víctor Balmaceda-Actor-Prueba de vestuario y caracterización

Leonardo Villarruel-Actor-Protagonista Promoción de la Película

Ignacio Blaconá-Director y Candela Montenegro-Actriz-Rodaje de escena

Daniela Gianoni-Trabajadora del Centro Cultural El Gomecito interpretando personaje

Julieta Morandi y CarolinaTravaíni - Trabjadoras del Centro Cultural el Gomecito-Backstage

Julián Jaime-Tallerista de El Gomecito backstage

Reportaje a *"El Horno está para bollos"*

Entrevistan por el Comité de Redacción, lxs autorxs del reportaje Paola Benítez y Tatiana Moreno.

¿Por qué invitamos a *"El Horno está para bollos"* a Barquitos Pintados Nº 4?

En la organización de Barquitos Pintados Nº4, en el marco de una de las reuniones de Comité Editorial, una compañera lanzó la propuesta: "En este número tenemos que contar la experiencia de los y las trabajadoras de El Horno".

El Horno es un grupo pre–cooperativo de cocinerxs conformado por usuarixs de los servicios de salud mental con el acompañamiento de trabajadorxs de la provincia de Santa Fe y se constituye como una de esas experiencias "paradigmáticas" en cuanto a cómo pensar y constituir los nuevos (y no tan nuevos) modos para alojar el padecimiento subjetivo en un marco de respeto por los DDHH. En tanto la convocatoria para esta revista se ordena en torno a la desinstitucionalización y la propuesta de reflexionar sobre qué instituciones queremos, "El Horno" debía estar. Por un lado, se conforma, de acuerdo al marco de la LNSMyA (Ley N° 26657), como un "dispositivo de lógica sustitutiva", que además se encuentra inserto en una red de soporte intersectorial e interministerial, pero además se constituye como espacio que busca favorecer:

El respeto a la dignidad de cada persona, lo que implica una justa remuneración por su trabajo.
El trabajo por la autonomía.
La valoración y la promoción de la red social de apoyo.
El reconocimiento de las necesidades de cada persona.
La promoción de los valores de la solidaridad y la organización colectiva.
La contribución al desarrollo de las habilidades y apuesta por las potencialidades singulares.

Para acordar un encuentro con lxs trabajadorxs, nos comunicamos con Yanina, una de sus referentes. Nos esperaron un viernes durante la jornada laboral, en La Toma[1], lugar emblemático para la ciudad de Rosario en tanto símbolo de la lucha y resistencia de trabajadorxs. No es cualquier lugar el que aloja al proyecto de "El Horno".

Camino a La Toma

La Toma condensa múltiples recuerdos. A partir de la crisis económica y social del 2001 eran reiterados los abrazos al edificio. Como estudiantes de la facultad en ese momento, estábamos atentas a un posible desalojo. Frente a alguna sospecha, rápidamente se organizaba junto a otros ciudadanxs un muro de personas abrazando al supermercado ex –Tigre para acompañar a lxs trabajadorxs a defender sus fuentes laborales e intentar resistir ese terrible final. La red de facultades se encontraba alerta, acompañando, resistiendo. La empresa había quebrado y sabíamos que si esxs trabajadorxs abandonaban sus puestos, en ese contexto de pérdidas de garantías sociales, era muy probable que no encontraran otras fuentes de trabajo.

[1] La Toma: Establecimiento ocupado y puesto en funcionamiento por sus trabajadores. Antes sede central de Supermercado Tigre SA de ROSARIO (en calle Tucumán 1349). Desde Julio de 2001 estamos resistiendo las agresiones judiciales y patronales. Centro Cultural de La Toma

Luego vinieron algunas asambleas interfacultades, la sala de teatro, los talleres de teatro, arte, juego, espacios para que artesanxs vendan sus producciones, un lugar para que trabajadorxs y sindicatos discutamos condiciones laborales, espacios de salud mental para la comunidad. Un lugar en pleno corazón de Rosario para que cartonerxs acopien y seleccionen los materiales reciclables vendibles. Un espacio de reuniones donde diferentes sectores confluyeron, ante la embestida en contra de la LNSMyA, en el armado del Movimiento de usuarixs y trabajadorxs en defensa de la ley Nacional de Salud Mental y Adicciones y también se transformó en espacio de encuentro para la organización y resistencia frente al último gobierno neoliberal

La Toma siempre alojó distintos sectores políticos, no le tiene miedo al conflicto, la Toma presta escenario para la desobediencia, siempre puja para parir en contra de la corriente y aún hoy continúan los abrazos solidarios ante los intentos de desalojo.

Para las entrevistas, nos acercamos el día acordado, unos minutos más tarde. Se encuentra en pleno centro de la ciudad de Rosario, lugar estratégico para cualquier emprendimiento. A pesar de la pandemia y la importancia del aislamiento preventivo, sigue habiendo mucho movimiento en las calles de alrededores por lo que no nos fue sencillo el acceso.

El lugar es muy grande y alberga numerosos proyectos y emprendimientos autogestionados y de organización colectiva. Al ingresar nos acercamos a un señor que vestía delantal de cocina a quien le preguntamos si nos podía orientar. *Ah! Buscan a los chicos de El Horno, están arriba trabajando*, nos responde de un modo muy amable y nos señala la escalera que se encuentra a la izquierda del salón de planta baja.

Subimos las escaleras anchas y comienza a sentirse cierta "mística" difícil de describir. Las paredes se encuentran cubiertas de afiches, notas y frases que no sólo publicitan encuentros, actividades y espacios de formación, sino que, desde la diversidad de posiciones y agrupaciones, todos parecieran coincidir en la importancia de la organización colectiva y sobre todo de lxs trabajadorxs.

El primer piso se presenta, al igual que la planta baja, imponente. No se llega a ver el final del salón. Caminamos hacia donde se ve un grupo de personas y allí vienen a recibirnos. Nos acercamos a una mesa donde hay reunidas cuatro mujeres, nos saludamos y para no interrumpir la conversación nos dirigimos hacia la parte de la cocina. Se ven muchas maquinarias de acero, impecables, relucientes: hornos, hornallas, todo de carácter industrial, detrás de mostradores también brillosos. Ese espacio debe ser compartido con otrxs trabajadorxs de otros grupos por lo que es fundamental la organización.

Mientras esperábamos para las entrevistas, nos mostraron cómo organizan los pedidos a domicilio, modalidad que han tenido que implementar para hacerle frente a la pandemia. También nos relataron que han ampliado la elaboración de productos, mostrándose muy orgullosxs de la última receta lograda: las empanadas de verdura, con masa casera, aclaran. Por supuesto reservamos algunas docenas para llevarnos luego de nuestra tarea.

¿Qué es El Horno?

La pregunta no pudo ser contestada con una respuesta simple: ¿Es un dispositivo? ¿Un microemprendimiento? ¿Una empresa Social? ¿Un espacio de inserción sociolaboral? ¿Una cooperativa? Quizás es un poco de cada una. Se acordó, entonces, que su definición se encontraba "en construcción/discusión".

En ese enorme salón hay un rincón con una mesa y sillas que agrupa a lxs integrantes de El Horno. Sobre una de las paredes se encuentra un cartel que intenta aproximarse a una definición del espacio:

El Horno está para bollos. Emprendimiento Gastronómico. Dirección Provincial de Salud Mental.

El proyecto gastronómico es una herramienta social que permite trabajar aspectos vinculados a la reinserción socio–laboral. Apuesta a promover y crear espacios laborales en sistemas de micro cooperativas. La capacitación gastronómica se propone como una manera de poder formular una forma tentativa de organización, generando un programa básico de conocimientos efectivos en torno a la tarea, que permita incorporar idoneidad en la elaboración de alimentos y al mismo tiempo ir generando las condiciones colectivas de estructura grupal.

Todas las personas que han participado en El Horno han dejado una marca, y eso está guardado no sólo en la memoria de quienes forman parte de la experiencia, sino que el registro de cada una de ellas permanece en el espacio, interviniendo una pared de azulejos blancos: fotos, nombres, frases. Como escribe Eduardo Galeano en El libro de los abrazos: Dicen las paredes.

El Horno por lxs trabajadorxs

Debido a las medidas de cuidado necesarias por la pandemia, lxs trabajadorxs se organizaron para asistir en pequeños grupos algunos días de la semana.

El día en que nos acercamos se encontraban trabajando Walter y Matías. Cuando estuvieron desocupados nos sentamos junto a una mesa un poco más alejada del espacio de producción para poder conversar.

Comité de Redacción: Ahí está. Estamos grabando con los compañeros de "El horno no está para bollos"

Entrevistado y una de las integrantes del Comité de Redacción: ¡"El horno está para bollos"! Risas

CdR: ¡Ay, perdón, qué bárbaro! Estamos con Walter y Matías.

CdR: Queremos que nos cuenten cómo comienza "El horno está para bollos". ¿Desde cuándo están ustedes?

Matías: Yo estoy desde el inicio. Me la crucé a Yanina en el Agudo Ávila[2], me estaba haciendo atender por consultorio externo después de una crisis que tuve.

CdR: ¿Qué edad tenés Matías?

Matías: Yo tengo 34. Empezamos primero como una mini capacitación con un profesor que ya no está. Empezamos a trabajar todo lo que eran las palmeritas, facturas, más que nada panadería.

CdR: ¿En qué año fue eso Matías? ¿te acordás?

Matías: Y… hace ya cuatro años, tres años… Tres años.

CdR: ¿2017 más o menos?

Matías: Sí. Después nos pusimos como meta hacer las viandas del Agudo Ávila; entonces entramos en otra capacitación, ya de platos, de sopa. Se les hacía también un jugo, también a los chicos. Y el pan de la vianda también se lo hacíamos nosotros. Hicimos catering para la Facultad de Psicología, un par de veces.

CdR: Sí, los contratamos las dos veces que hicimos la presentación de los números anteriores de esta revista "Barquitos Pintados". Es más, en una oportunidad, Yanina servía la cerveza. ¿Estuvieron ustedes?

Matías: Con la choperita (risas).

CdR: Yanina era la encargada (risas).

Matías: Sí, sí… en ese estuve yo (risas).

CdR: ¿Y en el comienzo dónde funcionaron?, ¿siempre acá en La Toma?

Matías: Sí. Yanina te ubicaba por el Agudo Ávila porque ella estaba trabajando todavía ahí. El último mes empezó a buscar entre la gente que trabajaba con ella y dijo: ¿quién quiere un proyecto de gastronomía para conseguir plata? Yo me prendí al toque porque había sido cocinero durante muchos años. Trabajé en varios locales gastronómicos importantes, entonces cazaba más que el resto. Después se hizo otra capacitación que se llamó "Cocinando sueños" donde se buscó otro grupo de trabajo. Como un equipo A y un equipo B. Entonces el equipo

[2] Centro de Salud Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila. Hospital monovalente de la ciudad de Rosario.

B se encargaba de los panes, los jugos y los postres, y nosotros nos encargábamos de los platos.

CdR: ¿Y cómo se solventó el proyecto? Ustedes tuvieron las capacitaciones, ¿quién financió las materias primas para la producción?

Matías: Nosotros estábamos en el Nueva Oportunidad[3] entonces nos daban 1200 pesos por mes. Entonces el primer año fuimos a un curso de emprendedores de la Municipalidad donde al final del curso te daban 7.000 pesos, nosotros éramos 10, sacamos 70.000, juntamos todo el pozo y de ahí empezamos: compramos un horno, compramos una heladera.

CdR**:** Mira qué interesante. Vi un video que salió hace muy poquito que participa "El horno", que están armando para funcionar como cooperativa. Pero se ve que siempre han funcionado en esta idea del cooperativismo. Walter, ¿usted estuvo también desde el inicio, como Matías?

Walter: No, no. Yo estaba en el dispositivo de "El Tocadiscos"[4] y me trae la coordinadora. Me la presenta a Yani, entonces Yani me pone en el turno tarde, con el profesor Marcone y ahí los conozco a ellos.

CdR: ¿Y desde cuándo más o menos?

Walter: Hace dos años

CdR: ¿Hay un grupo estable en este momento?, ¿son un grupo estable?

Matias y Walter**:** Sí.

CdR**:** ¿Cuántos son?

Walter: Once

CdR**:** ¿Hombres y mujeres?

Walter: Sí.

CdR: Son mixtos, diríamos.

CdR: ¿Y hay dificultades en la organización?, ¿Cuándo se presenta algún conflicto en el trabajo?

Matias: No, porque nosotros nos reunimos en asamblea. En las asambleas puede ser que haya habido en el principio ciertas rispideces porque algunos sabían cómo manejarse en asamblea, otros no. Hubo que empezar a explicar qué era una asamblea, cómo trabajar. Entonces en las asambleas nos decimos las cosas en la cara, después está todo bien. Después en el trabajo, como el trabajo es siempre el mismo, a los mismos les toca hacer siempre las mismas cosas, entonces se perfecciona uno en hacer, por ejemplo, galletitas con chocolate, y él (señalando a

[3] El Programa Nueva Oportunidad es una política pública social innovadora en la que intervienen el Estado municipal, el provincial y las organizaciones e instituciones sociales. Que busca generar una transformación integral, desde lo económico y educativo, así como en lo estructural y simbólico. El programa propone un abordaje integral de jóvenes en situación de alta vulnerabilidad social, a los que se acompaña en un trayecto pedagógico de capacitación y fortalecimiento de vínculos sociales, con herramientas concretas para que puedan construir un proyecto de vida. (Extraído de https://www.santafe.gob.ar/noticias/noticia/265667/. Página del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Santa Fe).

[4] El Tocadiscos es un dispositivo de promoción de la salud e intercambio de lazos sociales y reinserción dependiente de la Dirección Provincial de Salud Mental. Se centra en el intercambio de música desde los diferentes efectores de salud donde se afianza la referencia de la población desde un marco de reflexión y construcción colectiva con el objetivo de que sus participantes puedan reinsertarse socialmente desde un espacio de juego, creatividad y salud. (Extraído de http://gobierno.santafe.gov.ar/prensa/mitemplate.php?idnoticia=177484&mostrarmenu=si&include=noticias_prensa/2013/280113s20.htm&ptitulo)

Walter) hace relleno de empanadas.

CdR: Walter, ¿vos tenías conocimiento previo como Matías?, ¿sabías algo de gastronomía?

Walter**:** No

CdR**:** Aprendiste acá

Walter: Cociné siempre para mí porque yo no soy de acá. Vivía solo y siempre cociné yo. Y me casé y cocino todavía. (Risas)

CdR: Sos el cocinero, diríamos, viste que uno toma ciertos lugares. Walter, ¿qué edad tenés vos?

Walter**:** 50

CdR: ¿Cómo se organizan, qué días están viniendo?

Walter: Si, por ejemplo, yo vine el martes y ahora me tocó venir el viernes, separamos por grupos de tres personas, por el tema de la pandemia.

CdR: Ah, o sea que ahora hay ciertas particularidades en la organización. ¿Si no antes, venían todos los días?

Walter: Si, si, antes veníamos todos los días, había dos turnos, uno de las 8.30 de la mañana hasta las 12.30. Después el otro grupo era de las 11 hasta las 14.

CdR: ¿Respecto de las ventas, ahora cómo es, ¿cómo venden, a dónde?

Matías: Se vende por internet y en el supermercado de abajo.

CdR: Ahí producen y venden, vi que hay una heladera. ¿Uds. venden la comida ahí? ¿cómo es la venta acá?

Matías: No, ahora no estamos haciendo grandes comidas. Estamos haciendo canelones, empanadas y pre pizza. Porque se puede congelar.

CdR: Una experiencia interesante de El Horno cuando preparaban la comida para los comensales del Agudo. ¿Ese trabajo lo continúan realizando?

Walter: No, nos sacaron el contrato.

CdR: ¿Hace cuánto les sacaron el contrato?

Walter: Hará dos meses.

Matías: Lo que pasa es que hicieron el convenio hasta diciembre del año pasado y seguimos trabajando sin convenio y cuando no nos pagaron, les dijimos, bueno, nosotros no seguimos.

CdR: ¿Y se puede actualizar ese convenio? Porque está buenísimo, es un laburo estable. ¿Es posible?

Matías: Lo que pasa es que nos deben plata todavía de noviembre, yo no quiero hablar mal (risas), pero nos fueron pagando de a poco, en vez de un mes entero, nos pagaban la mitad de un mes y llegó el momento en que nos debían plata de hace mucho, y les planteamos que nos pagaban o no seguíamos, y nos dijeron que no podian. También por la pandemia, mucho de lo que es el gasto de Salud, de la Dirección de Salud fue al coronavirus y no a los proyectos. Muchos de los proyectos se cayeron porque prácticamente todo el principio de la pandemia, todo el gasto fue a la pandemia.

CdR: Walter, vos decías que estaba bueno atender a los comensales del Agudo. ¿Por qué?

Walter: Porque cocinábamos comida distinta todos los días, atendíamos a la gente, la gente se iba contenta, la gente tenía un lugar donde sentarse para comer. No es lo mismo que llevar una vianda y algunos comen en la calle como pasaba antes. Acá venían a sentarse.

CdR: Acá, lo atendían en el comedor ¿No?

Matías: Si, acá en la Toma, en el comedor en la parte de atrás

CdR: ¿Ustedes no sólo preparaban la comida, también los atendían?

Walter: Si, si, le llevábamos la atención a la mesa

CdR: ¿Han podido establecer lazos de amistad con los que venían? Digo, porque venían a comer periódicamente las mismas personas

Matías: Si, aparte yo me sigo atendiendo en el Agudo Ávila, y me dicen: Ey! Mati ¿Cómo andás?

CdR: Claro, te conocen de ahí.

Matías: Me conocen, porque aparte yo era el que preparaba los platos abajo, se ponía una mesa, se ponía una olla, y se separaba en porciones para cada uno, y uno de los compañeros hacía de mozo, e iba llevando a cada mesa, cada plato, entonces a mí me tenían fichado.

CdR: Cada uno se va perfeccionando en una tarea, como decías.

CdR: ¿Qué implicó para ustedes participar de éste proyecto?

Walter: Una oportunidad de trabajo, una oportunidad de tener un sueldo, eso implicó.

Matías: Más ahora en la pandemia. Aparte, tiene que ver –por lo menos en mi caso– yo soy gastronómico, vos no le podés decir yo tengo que ir una vez al mes al psiquiatra, me tengo que ver dos veces por mes con mi acompañante terapéutico. Entonces, cuando vos le empezás a decir eso, la gastronomía es muy cruda, la mayoría de los días que se pueda trabajar, días de fiesta, cómo el día de la madre, del padre, el día del niño, que se yo, vos estás trabajando. En cambio, acá venías a la mañana, haces una tarea, te cagas de la risa, nos ponemos a escuchar música, es distinto. Yo le puedo pagar la manutención a mi hija, después de un año con éste trabajo.

CdR: ¿Cómo se organizan con el sueldo? ¿cómo se constituye el sueldo de ustedes?

Walter: Tenemos un sueldo fijo.

Matías: Nuestro sueldo viene de las ventas del Instagram y del supermercado, se divide en partes iguales, se le paga a la contadora, y se nos deposita en una cuenta.

CdR: Qué bien, o sea que, si un mes se vende más, ustedes cobran más dinero. ¿Así es?

Matías: No, cobramos por lo general, siempre 8.000. Si hay demás se guarda un resto para el aguinaldo o para pagar manufactura, o para ver si hay que reparar algo. Ahora se nos rompió el microondas. Se hace un fondo aparte para estos imprevistos.

CdR: ¿Hay algún requisito para formar parte del Horno?

Matías: Antes no, venían por lo general de lugares donde la gente no iba a conseguir trabajo en otro lugar, entendes. Hay chicos que escuchan voces, al principio te da miedo, después te cagas de risa y después se cagan de la risa de ellos mismos. Al principio te da una cosa, decís, bueno… ¿Dónde voy a trabajar, con quién? Pero después cuando te pones a trabajar, te ponés a hablar al pedo y ya está.

CdR: ¿A vos te pasó lo mismo W. en relación a los compañeros?

Walter: No, no yo no tuve problemas, me adapté al grupo.

CdR: ¿Walter qué experiencia laboral tenías vos?

Walter: Yo trabajé en el frigorífico Swift. Tengo un oficio que es carpintería, trabajaba en el Swift y trabajaba en carpintería. Mi papá fue carpintero también, y aprendí el oficio de lustrador.

CdR: ¿De dónde sos?

Walter**:** de Jujuy.

CdR: ¿Cómo llegaste acá?

Walter: Me vine, en realidad, mi cuñado era de Rosario y me pide que le lleve una cosa a su mamá, y la mamá me dice que me quede para probar y me quedé, en el 90.

CdR: ¿Te gusta Rosario?

Walter: Si ya estoy adaptado, tengo una hija de 17 años,

CdR: ¿Cómo se conforma el equipo?

Matías: En el equipo terapéutico organizativo, está Yanina, Natalia, Marcia y Martín. A la que se le ocurrió todo y mandó siempre para adelante, la que consigue los catering es Yanina, todo lo que tiene que ver con salud mental y los catering que hicimos.

CdR: ¿Cuándo ustedes se sienten mal, se les complica, tienen una crisis, como los acompaña el dispositivo, o que se hace en esos casos?

Matías: Ha pasado que una chica tuvo una crisis, entonces los coordinadores la llaman, hablan con ella, la tranquilizan.

CdR: ¿Pueden ausentarse ustedes? ¿Les corresponden días para faltar?

Matías: Lo único que hay que hacer es avisar, pero se tiene contemplado que somos pacientes de salud mental

CdR: ¿Cómo los ha tratado el sistema de salud? ¿Cómo sienten que los ha acompañado, o no?

Walter: Yo tengo mi psiquiatra, tengo mi psicóloga ahora no estoy yendo por la pandemia. Me atienden en el centro de salud de mi barrio.

Matías: Yo empecé a atenderme en el distrito sur. La psiquiatra que me tocó no me comprendía para nada, me dio la orden para internación y ahí llegue al Agudo. Yo iba antes al Agudo a la guardia, entonces conocía a uno de los médicos de ahí, y cuando vio la orden de internación dijo: no este chico no está para internación. Está para consultorios externos. Y empecé ahí.

CdR: En sus barrios ¿ustedes se relacionan con los vecinos, en su cuadra, tienen gente conocida, gente que ustedes quieran?

Matías: Si, si, si, normal.

CdR: Quieren decir algo, más en una revista que está dedicada a gente del campo de la salud mental, de la psicología, trabajadores que se quieren formar en esto.

Matias: Que no bajen los brazos, la gente que estudia psicología tiene que tener un cierto temple, y cierta constancia. Que no tengan miedo. A veces hablar con alguien que escucha voces, o que tiene problemas de esquizofrenia, puede causar miedo, pero cuando vos te ACERCAS, VES QUE ES UNA PERSONA NORMAL, que tiene un problema o que está pasando un mal momento.

Walter: Que ayuden a los enfermos de salud mental, que siempre estén dispuestos a estudiar.

CdR: ¿Qué les parece el nombre "usuarixs de salud mental", en lugar de pacientes o enfermxs? ¿Se sienten reconocidos en eso?

Walter: Usuarios de salud mental, es el más aceptado. "Y trabajadores".

CdR**:** ¡Muchas gracias!

El Horno por el equipo de acompañamiento del proyecto
Entrevista Yanina Di Giusti y Marcia Reitich

Yanina: (Sobre los inicios de El Horno) Una cuestión personal. Yo me quería ir de Consultorio Externo porque estaba atendiendo pacientes sin ningún proyecto que implicara una

práctica superadora para lxs usuarixs. Cuando asume nueva gestión en hospital Agudo Ávila les propongo irme. Había que pensar alguna propuesta. Se venía pensando en lo institucional la transformación del sector de Consultorios Externos, bastante devaluado en su práctica. Me pregunté ¿que vienen a pedir lxs usuarixs al Servicio Social de Consultorio Externo en el Hospital Psiquiátrico de la ciudad de Rosario?: comida, pase de transporte, pensión y ayuda para resolución de un conflicto interpersonal en el núcleo familiar. Se daba una respuesta casi inmediata: le doy la vianda del servicio de catering porque no tiene en el lugar donde reside las condiciones para cocinar. Le gestiono la tarjeta alimentaria para complementar y además se le tramitaba el certificado único de discapacidad, la pensión y el pase de colectivo. Ahora, en algún momento, eso no es una respuesta que pudiera abordar de un modo integral la complejidad de alguien con sufrimiento mental en el lugar donde vivía. ¿Qué sucedía? En 3 o 4 meses la persona regresaba con alguna otra cuestión, un nuevo problema. Por ejemplo, había sacado un crédito para comprarse un celular y ahora no le alcanzaba para vivir. Por ejemplo, en la situación de un joven, en donde yo tenía que ir a arreglar todas las deudas que tenía con todos los quioscos del barrio. Entonces pensaba: esto no pasa por acá, la cuestión de salud mental en este consultorio porque esa población ya estaba abordada en términos materiales, en cuanto a la prestación de un servicio. Y aparecían cuestiones tales como: estoy solo, no sé qué hacer con mi tiempo, no tengo amistades, no sé con quién compartir, no tengo guita, quiero un trabajo. Yo siempre planteaba, en el marco de los Promover[5] y esto lo discutíamos con lxs compañerxs de los otros dispositivos –Pomelo en el Patio, Gomecito, Café con Leche, Hilos Enredados[6]– que tenía que haber algo diferente a la propuesta cultural y social. Algo de una capacitación en oficios en la que se pudiera producir un objeto que sea disputable en el mercado y poder consolidarlo.

A partir de esto insisto en irme del hospital para comenzar a delinear ese proyecto.

También aparecía una escena, un horror casi dantesco en el modo en que se entregaba la comida a las personas que iban a retirarla, todas personas que habían sido externadas. Largas filas de pacientes amuchados en portería. Y también cómo se comía esa vianda, en la calle, sentados en los banquitos de la facultad (la Facultad de Medicina que se encuentra a la vuelta del hospital) con cubiertos de plástico, que los hundían y se quebraban. Terminaban comiendo con la mano, sin tomar agua. Luego se acercaban por la tarde donde yo estaba para solicitar agua. Se comían las dos comidas que les entregaban en el mismo momento.

El Negro, Martin Abraham[7], venía sosteniendo el Nuevo Oportunidad. Él había estado muchos años en La Posta[8] y quería regresar a trabajar en Salud. Y Marcia nos junta. Habíamos trabajado juntos en V. G. Gálvez.

---

[5] Programa Promover la Igualdad de Oportunidades de Empleo dependiente del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de Nación. Tiene como objetivo asistir a sus participantes para que construyan o actualicen su proyecto de formación y ocupación, en el desarrollo de trayectorias laborales, en la finalización de estudios formales obligatorios, en experiencias de formación o de entrenamiento para el trabajo, en la generación de actividades productivas de manera independiente y/o en la inserción en empleos de calidad. Perciben una ayuda económica a cargo del MTEySS por un plazo máximo de 24 meses. (Extraído de https://www.argentina.gob.ar/trabajo/discapacidad/promover).

[6] Dispositivos Sustitutivos de la Dirección Provincial de Salud Mental.

[7] Martín es Trabajador Social y junto a Yanina comenzó con el proyecto de El Horno está para bollos

[8] La Posta es un Centro de Día para adolescentes y jóvenes dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Santa Fe ubicado en la zona norte de la ciudad de Rosario.

Todas: Chistes sobre la pareja de novela (risas)

Yanina: Surge la idea de montar un Centro de Capacitación Laboral, en el marco del Nueva Oportunidad que es un programa provincial que convocaba a jóvenes que habían dejado la escuela y no tenían empleo ni formación en oficios. Les permitía capacitarse y participar de espacios de intercambio y reflexión para adquirir herramientas de inserción laboral. Empezamos a discutir un proyecto, a la vuelta de las vacaciones lo presenté en el hospital Agudo Ávila y me fui.

En principio el proyecto tenía que ver con transformar cierto espacio del hospital Agudo Ávila en Centro de Capacitación Laboral o el Multiespacio.

CdR: ¿En qué espacio lo habían pensado?

Yanina: Lo habíamos pensado adentro no afuera. La idea era utilizar la planta baja del pabellón 3 que da a calle Santa Fe. Íbamos a cerrar la puerta que comunicaba con el interior y abrir otra hacia afuera. La propuesta era poner un barcito, armar un salón.

Marcia: Con un polo de capacitación y una cocina.

CdR: Claro es un lugar estratégico en la ciudad.

Yanina**:** Era un dispositivo que podía sustituir a la internación por un espacio que pudiera alojar a una gran cantidad de personas en distintas actividades. Incluso habíamos pensado en un área de deportes. La idea era que participara un médico clínico del Centro de Salud para lxs usuarixs que quisieran hacer futbol, yoga, caminatas. Que pudieran hacer esas actividades, no ahí adentro sino en los centros deportivos distritales y otros espacios conveniados. O sea, un Centro de Formación Laboral que incluyera distintas disciplinas que estuvieran relacionadas a un trabajo preventivo con jóvenes. Cursos de electrónica, arreglo y colocación de aire acondicionado, panificación, gastronomía. Y estar vinculado a un "Petit Café" que pudiera ofrecer alguna propuesta de formación laboral pero que también fuese una salida laboral.

También un polo de formación e investigación para los profesionales en Salud Mental.

Marcia: Polo tecnológico, polo de capacitación.

Yanina: Polo deportivo, todo pensado en el marco de sustituir un pabellón.

Marcia: Hicimos un recorrido para presentar el proyecto por los distintos dispositivos y nos encontramos con cierta resistencia, siempre te sorprende. Hubo que evaluar lo posible a mediano y largo plazo.

Yanina: Resistencias dentro y fuera del hospital.

CdR: ¿Y cuáles eran los argumentos?

Yanina: Varios, diversos.

Marcia: Los mismos que aparecen ahora, por los cuales se da de baja el convenio con El Horno está para bollos y se le da nuevamente el servicio de comida para los pacientes externados a una empresa de catering privada.

Yanina: Otros modos de pensar la Salud Mental, ni mejores ni peores. Este proyecto tiene detrás mucho esfuerzo intelectual, pensar, discutir, con quienes, como y hacia a donde.

Marcia: Se daba simultáneamente la presentación del proyecto de cierre de los Consultorios Externos y apertura del Centro de Salud[9]. Se pensó entonces desde la dirección del hospital en

[9] En mayo de 2019 se pone en funcionamiento el Centro de Salud n° 36, perteneciente al primer nivel de atención de la Provincia de Santa Fe (Atención Primaria de la Salud)

ir de a poco. Entonces buscamos otro lugar para armar la capacitación gastronómica y después si se lograba con lxs usuarixs armar una cooperativa, volveríamos por otra vía. O sea, comenzamos con la capacitación y continuamos paralelamente discutiendo el proyecto del Multiespacio. Durante un año nos juntábamos semanalmente.

Yanina: Vino Gutman (Roberto) a hacer una supervisión. Fue muy interesante ese proceso. Nosotrxs no lo pudimos recuperar por el desgaste personal, pero en algún momento quizás se pueda recuperar pensándolo desde un lugar propositivo. Los proyectos no son de uno, son del Estado. Cuando vos logras articular con otros sectores del Estado, porque estaba el Ministerio de Desarrollo Social, el Ministerio de Salud, el de Trabajo, de Educación, los Centros Distritales, había todo un montaje de una estructura interministerial…

Marcia: Con el tiempo se concretó el espacio de El Horno como una cooperativa de trabajadores, donde lxs usuarixs que son lxs trabajadorxs fueran lxs protagonistas. Por eso ahora nosotros los acompañamos a ellxs, lxs trabajadores. Eso fue un montón. Lo otro está escrito. Uno llega a donde llega, hay procesos políticos. No se puede hacer todo junto.

CdR: ¿Por qué las resistencias a la construcción de un proyecto Multiespacio?

Yanina: Son ideológicas las disputas, después se transforman en construcciones políticas, pero en principio son ideológicas. En el hospital existían situaciones violentas que en algún punto se tornaron intolerables para mí, quería pensar y armar con otrxs un proyecto diferente.

A partir de ahí nos mudamos a La Toma. (Chistes… no vuelven más, risas). Hablamos con Carlitos Ghioldi, con Sergio Marioni –Secretario coordinador de APDH y referente de La Toma– y nos dijeron ¡Sí! La Toma es un espacio público no estatal, abierto a la comunidad. Nosotros queremos, ¡vamos para adelante!, nos dijeron. Nos ofrecieron la cocina de atrás y a partir de ahí la estructura que ustedes conocen con el Nueva Oportunidad, de lo que hoy es El Horno, que antes no era El Horno, era una capacitación laboral para los usuarixs de SM. Vinieron aproximadamente 45 usuarixs a anotarse entre externadxs e internadxs del Hospital.

CdR: ¿Todxs usuarixs del hospital Agudo Ávila?

Yanina: Exclusivamente del Agudo Ávila. Terminaron la capacitación 25 aproximadamente.

Marcia: El hospital Agudo Ávila para el proyecto brindó 3 recursos humanos Yanina, Valeria y Natalia, compañeras que llevaron adelante el proyecto.

Yanina: Empezó como un dispositivo, ¿por qué? Porque era una formación, capacitación 3 veces por semana, venían con el Profesor, se encontraban para trabajar cuestiones singulares y grupales. Después, ese dispositivo fue mutando. El 10 de octubre 2017 fue una fecha emblemática porque nos convocan desde la Dirección de Salud Mental de la Provincia para hacer un catering por el día de la Salud Mental en el Centro Cultural Fontanarrosa. Fue un antes y un después. A partir de ese momento se abrió una puerta que no estaba antes. Pudimos preparar comida, desayuno, almuerzo y merienda para 500 personas.

Yanina: Inicialmente era constituir un centro de capacitación para población de los Servicios de Salud Mental y el acto inaugural fue la primera capacitación donde vinieron usuarixs pura y exclusivamente del Agudo Ávila, fue el acuerdo que hicimos con el Agudo Ávila porque nos trasladamos 3 compañeros de ahí para trabajar en este proyecto. El 10 de octubre se produce una apertura distinta porque es pensar a mitad de la capacitación, que iba a pasar con ese grupo, hacia donde iban, que posibilidades concretas tenían en el mercado laboral, como acompañar…

CdR: ¿De qué año estamos hablando?

Yanina: 2017, el 22 de diciembre del 2017 mítico, 55 grados de calor a la sombra, se entregan los certificados en La Toma –Carlos Ghioldi[10] y el profesor (capacitador) de ese momento– a los 25 usuarixs que habían pasado por la capacitación. Se hace una feria de platos y se degusta todo lo que se había aprendido durante el año. Enero y febrero lxs usuarixs participan de las actividades de los natatorios municipales, se los acompañan desde el Nueva Oportunidad, participan de los juegos acuáticos de la Florida. En marzo y abril se tenía que cerrar la capacitación. Una opción era finalizar la capacitación y que el grupo se organizara a partir de allí y volver armar otra. Otra opción era entender que –como el grupo había llegado a un nivel de producción porque habían realizado el catering del 10 de octubre (Día Mundial de la Salud Mental), que habían hecho empanadas para eventos– era posible armar un grupo de trabajo y poder llegar a posicionarlo como una cooperativa de trabajo gastronómica. Entonces en marzo fue toda una discusión nuestra, entre los 4 que estábamos de "si tomábamos esa posta o no". Finalmente la tomamos. En ese contexto no podíamos pensar una cooperativa de 25 personas, había que pensar una cooperativa más acotada, por el tema de distribución de ingresos que sea equitativa y empezamos a pulir ese grupo reflexionando aquel que podía estar en una relación laboral con otro sin que el otro se le tornara persecutorio o perseguido, entonces en ese punto era visibilizar quienes pudieron sostener la actividad, quien vino, quien se sintió interesadx. Y ahí surge el grupo de 14 usuarixs de El Horno está para bollos. En marzo se finaliza la capacitación y en mayo se da de alta el nexo con lo que se convoca a 14 usuarixs a formar parte de una capacitación nueva y empezar a constituir un grupo de cooperativa gastronómica. Nosotros siempre tuvimos vínculos de afuera hacia adentro, no sólo con salud mental, entonces hicimos cursos con la municipalidad de emprendimientos, cursos con la universidad, curso de manipulación de alimentos, curso con la cocina integrada de la municipalidad de las tres economías de las distintas harinas. Se constituyó un grupo de personas que atravesaron distintos espacios de formaciones y tenían la posibilidad de hacer un vínculo con otrx, de poder aprender una actividad y ese grupo fue y es hoy el "Horno está para bollos". Por eso hoy ya no es un dispositivo, ya no es más un dispositivo. Es un grupo de personas que trabaja, en donde hay un grupo de consejerxs que acompaña a materializar el proyecto a lxs trabajadorxs.

CdR: ¿Cómo se ha financiado?

Yanina y Marcia: Desarrollo Social de la Provincia a través del Plan Abre[11], no fue Salud, eso es lo interesante, hubo articulación entre los ministerios.

Marcia: La expectativa era que trabajadores cooperativizados sostengan el proyecto del Multiespacio, igualmente una expectativa fue que lxs trabajadores cooperativizados pudieran llegar rápidamente a armar las viandas de comida para lxs usuarixs que comían en la puerta del Hospital. Se ofreció ese servicio, lo que pasa es que los papeles de la cooperativa van a estar a fin de este año, por lo cual buscamos apadrinamiento de una fundación. La cuestión era que ellxs llegaran a constituirse como grupo, laburar y pudieron brindar durante 9 meses 80 viandas diarias, y eso lo pudieron hacer.

CdR: ¿Y eso se podrá volver hacer?

[10] Dirigente gremial y referente del espacio La Toma.

[11] El Plan Abre, dependiente del Gobierno de la Provincia de Santa Fe, propone una estrategia de intervención integral sustentada en la coordinación entre diversas áreas que conforman el Gabinete Social de la provincia de Santa Fe y los gobiernos locales. (Extraído de https://www.santafe.gob.ar/ms/presente/programa/plan–abre/

Marcia: Fue buscado el consentimiento para esa tarea, no fue que nos regalaron nada, no fue fácil conseguir el consentimiento, nosotros logramos conversar con el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe que este grupo de trabajadores podían realizar la comida y que el Estado dejara de pagar un catering de una empresa privada y eligiera esta cooperativa de trabajadorxs usuarixs de los servicios de salud mental. Todo este proceso no ha sido fácil. Existían cuestiones administrativas del Estado, finalmente lo aceptaron, lo sostuvieron, vino el cambio de gobierno y no se renovó. De hecho, nuestro convenio era hasta diciembre ya que las autoridades salientes no podían dejar convenios firmados para el futuro. El nuevo grupo de autoridades vuelve a no entender el valor y la importancia que la cooperativa fuese quien pudiera cocinar las viandas. El convenio con la universidad fue distinto, se suspende por la pandemia.

El tema fue que se vino la pandemia, seguimos enero, febrero, marzo. No dábamos más, había que definir el convenio. Los convenios se firman en marzo. Entonces se desata la pandemia, vimos que no iba a haber nada, en el medio la gente comenzaba hablar de otras cosas (refiriéndose al clima social). Ahí fue el acuerdo con universidad (el comedor de la universidad toma la entrega de vianda para los comensales del hospital Agudo Ávila) que nosotrxs nos corríamos y empezábamos hacer delivery, la idea era continuar trabajando aún en este contexto. Y el hospital vuelve a pagarle a la empresa privada. Creo que la pandemia está tapando de algún modo la posibilidad de organizarnos y tener las reuniones y disputar la realización de las viandas. Nosotrxs mientras tanto con lxs trabajadorxs armamos el delivery para vender a través de las redes, instalarnos como empresa social como mucha gente está haciendo en esta pandemia, tomamos esa vía, no nos fue mal, en este momento podemos sostener los ingresos.

Yanina: Mientras tanto, falta que salgan los papeles de la cooperativa, hasta que se resuelva la cuestión de la pandemia. Si desde Salud se dispone que este espacio sea un dispositivo sustitutivo se necesitan 100.000 pesos mensuales para sostenerse, 8000 pesos para pagarles a les trabajadores los ingresos, 10.000 pesos para insumos, 10.000 pesos para La Toma que nos aloja y nos brinda la estructura y 10000 pesos para contratar una persona que esté vinculada a la gastronomía. De hecho, la provincia le debe a El Horno una parte del de noviembre y diciembre. Les tendrían que garantizar a la cooperativa ese dinero para que pueda solventarse. Por eso no es un dispositivo sustitutivo, es una empresa social. Todos los días vienen a trabajar acá, a ver como juntan los 8000 pesos para cada uno de ellos y ponen su esfuerzo físico. ¿Nosotrxs como equipo que estamos haciendo? Apoyándolxs y acompañándolxs en las actividades. Lo peor que hubiera acontecido es que nosotrxs hubiéramos decidido no volver… y que todos ellxs hagan lo que puedan en La Toma o cada unx en su casa y se disolvía. No había convenio con la provincia, agregado el contexto de pandemia…

Marcia: Un poco fue lo que pasó los primeros tiempos de cuarentena cuando se disolvió lo del convenio en medio de la pandemia. Durante 15 días estuvimos ahí cada uno guardado en su casa, con la preocupación respecto de dónde quedaba todo esto, pensando que se podía disolver y entonces: chau, fin. Pero luego, nosotrxs volvimos, ellxs también, aún en el medio del paro de colectivos y ellxs pudieron volver hacerse cargo y nosotrxs decidimos seguir acompañando.

La vida después

Ensayo fotográfico sobre la vida de cotidiana de personas que viven en Viviendas asistidas

Durante los años 2014 y 2016, visité semanalmente tres Casas asistidas ubicadas en la localidad de Oliveros, Santa Fé, que dependen de la Colonia Psiquiátrica Dr. A.I. Freyre de esa misma localidad.

Allí viven personas que han estado internadas en dicha institución en un promedio de 20 a 30 años. Siguen siendo pacientes psiquiátricos, que al tener la posibilidad de acceder a este dispositivo terapéutico vuelven a vivir en una casa, un pueblo, un barrio, volviéndose a insertar en el entramado social, teniendo vecinos, pudiendo recibir a su familia de origen o amigos.

Mi trabajo se basó en tres ejes:

- **Documentación fotográfica del Dispositivo Viviendas asistidas a través de visitas. Esto me permitió compartir su tiempo libre y registrar su vida cotidiana.**

El profundo interés de concurrir a una casa donde viven personas que han pasado muchos años de su vida bajo el sistema manicomial reside en intentar dar cuenta de todas esas mínimas acciones cotidianas que nos van constituyendo como alguien singular, que dan sentido de pertenencia e identidad, un lugar en el mundo. Nos habilita como sujetos y nos da un espacio en donde estar y habitar. Pasar tiempo en sus casas me ha permitido ser testigo y dar cuenta de todo eso a través de las imágenes. Quienes no hemos pasado por una situación de vida de estas características, entendemos como dado y natural el hacer cotidiano. Ciertas reglas y actividades de la vida nos vienen dadas de forma natural, como algo permanente y estable desde el inicio. Pero justamente todo esto, lo que nos da cierta estructura y sentido a cada uno.

Pertenecer a un barrio, tener una casa, convivir con otros formando un núcleo de pertenencia, tener un lugar donde invitar o recibir a la familia o los amigos, festejar cumpleaños, mirar novelas, hacer asados, tener mascotas, despertar cuando uno lo desea, bañarse, cocinar, hacer las compras, lavar la ropa, leer, tener una cama propia, ropa, plantas, objetos afectivos personales, etc. Todo esto constituye la vida cotidiana y es lo que quise reflejar en las imágenes para dar cuenta de este sentido de pertenencia e identidad nuevamente puesto en movimiento.

- **Construcción de un Álbum de fotos personal.**

Semanalmente les llevaba a cada uno fotos de la visita anterior. Fui documentando en imágenes **lo que hacían en sus vidas,** y a través de ello se fue conformando **un relato de vida**. Una **memoria**.

Se mostraban muy interesados en ver las imágenes **y en tenerlas**. Era fundamental que las tuvieran, que fueran imágenes propias y que las tuvieran a su disposición. Allí se miraban y se reconocían, se veían más gordos, despeinados, con una ropa que no les gustaba o, simplemente,

haciendo cosas que les gustaban.

Las imágenes eran **un testimonio de su existencia**, una realidad objetivada que hablaba de ellos, de cada uno. Decían: ***"este soy yo", "mira como salí", "que cara de enojada que tengo"***.

Las imágenes servían de disparador para relatar cosas de otro tiempo, estados de ánimo, reconocerse. Verse allí, en las fotos, les devolvía algo propio. Les daba un lugar en el mundo. Poder mostrarles a otros esas imágenes de ellos mismos en un contexto, en una casa, en un barrio, haciendo algo, era decir: ***Este soy yo.***

Una vez, Zulema, me mostró una fotografía que yo le había sacado. Estaba parada en el patio de la casa y ví que había recortado la foto a la altura de su estómago. Cuando le pregunté por esto, me contó que una tarde le dolía mucho la panza (pude ver que en ese momento su mano se encontraba ahí),

"Como me dolía la panza, recorté en la foto donde me dolía el cuerpo." – me dijo.

Otra paciente, Lili, muchas veces miraba el Álbum y contaba en voz alta como se veía allí: ***"Aquí salí linda, me había puesto los aritos verdes...", "En esta foto estoy entrando en mi casa...", "Fui a el almacén de Susana, salí muy bien en esta foto "***

Una de las fotografías de Zulema fue elegida para difundir este trabajo en las redes sociales con motivo de una muestra. Muchos meses después recibimos un mensaje de una mujer que quería contactarse con Carolina Garbosa, la Psicóloga que coordina este Dispositivo. Esta mujer era la nieta de Zulema, quien no conocía a su abuela, sólo sabía que ella había estado internada en la Colonia Psiquiátrica. De esta manera pudieron ponerse en contacto y conocerse. Así también Zulema reencontrar a su hija, conocer a sus nietos y bisnietos.

- **Trabajar el adentro y el afuera del Hospital.**

Visitarlos me permitió tomar contacto con la cotidianeidad en la que vivían, generalmente desayunaba en una de las casas, visitaba la siguiente y almorzaba en la tercera. Alternaba el orden de las casas cada semana. De esta forma podía acompañar a quien se encargara de hacer las compras por el barrio, a la hora de cocinar participaba de todo el ritual de elaborar la comida y de "sentarse a comer" como en toda casa familiar.

Esta experiencia me llevo, paulatinamente, a percibir cierta presencia de una dinámica familiar. Se repartían los quehaceres diarios, había quienes se ocupaban de cocinar, otros lavar, otros poner y sacar la mesa, tender la ropa, hacer mandados. Los pasatiempos consistían en mirar las telenovelas, escuchar la radio, pasear.

Todo lo anterior es un proceso: estos habitantes tuvieron que volver a encontrar los saberes olvidados por la internación. Cómo poder encontrar el deseo acerca de qué hacer allí, disponiendo de libertad para moverse y elegir, en todos los planos posibles: qué comer y cuándo, disponer de las horas para dormir, elegir cómo y con qué vestirse, cómo cortarse el cabello.

En una de las casas, vivía una pareja, que durante años estando adentro del hospital, pasaban el día a la intemperie, bajo las plantas (ya sea pleno invierno o pleno verano) lo habitual era tomar leche compartiendo un jarro por las mañanas. Cuando los visitaba, junto a una AT, ellos mantenían esta costumbre a pesar de poseer vajilla, víveres y un lugar dónde sentarse a comer. Parte de nuestro trabajo fue trabajar la cuestión de que, al concurrir a su casa en las mañanas muy temprano, pudiéramos desayunar todos. Y de a poco ir preparando un café para la visita

que llegaba, teniendo pan hacer tostadas, sentarse a la mesa y dedicar un tiempo a tomar una taza de café con leche caliente con algo para comer. De a poco intentar instaurar algo del orden de la vida cotidiana, que en esta situación había quedado suprimido por la lógica del manicomio.

▲
Aquí están Lili y Gregorio en la puerta de su casa.

◄ **Aquí esta Lili preparando un café para todos.**

◄ **Todas estas personas quisieron tener una fotografía en el frente de su casa:**

Otro ejemplo es el de Ricardo que, durante su vida en la Colonia, después de comer les daba las sobras a todos los perros que estaban cerca de su pabellón (que eran muchos y muy similares entre sí). Cuando lo visité en su casa tenía una perra y al terminar de comer le tiraba en el piso del comedor las sobras de su plato. Aquí fuimos trabajando la cuestión de que la perra era su mascota, que debía comer afuera de la casa, tener un plato, un collar, una cucha, un nombre. Hacer hincapié en que él estaba adentro de la casa, y los animales afuera. Y que eran cosas diferentes.

Isis Milanese

Ricardo con su perra *Chiquita* ►

DIÁLOGOS

Salud Pública y Salud Mental: del Trabajo de Campo al Campo de las Prácticas.

Introducción

El presente escrito propone dar cuenta de ciertos tiempos académicos que trascienden una currícula universitaria –planes de estudios– y marcan cómo una ciencia disciplinar, la Psicología, avanza y se hace eco de los atravesamientos históricos políticos que configuran su práctica.

La docencia universitaria se enriquece de múltiples formas no solo por los progresos y los desarrollos que se producen en el interior del campo de las ciencias de la educación, sino específicamente por los hitos disciplinares cuyos marcos referenciales son inherentes a la historia de la Psicología y sus consiguientes configuraciones. Dichas expresiones, conjugadas con las demandas de distintos movimientos y actores sociales –quienes sin duda rescatan tensiones de trascendencia epocal– son aquellas que en el mejor de los casos se plasman en políticas públicas de educación

Con el advenimiento de la democracia las Carreras Universitarias adscriptas en las ciencias sociales tuvieron una eclosión en su matrícula de ingresantes (Guaglianone, 2011), –crecimiento por cierto esperanzador. El desafío que se inauguraba, sin embargo, portaba la tarea para nada menor que le esperaba a la Psicología: la de despojarse de aquellos "lastres" producto de los momentos más oscuros de la historia argentina. Los Planes de Estudios no podían resultar ajenos a estas circunstancias. Eran tiempos de cambios y expectativas renovadas; tampoco el psicoanálisis podía quedar ajeno a estos desafíos: prometía volver a sus fuentes, aquellas que remitían a Freud, sin descuidar a Lacan y Klein.

Bajo estas coordenadas, la Asignatura Trabajo de Campo Salud nace en el año 1984 con un enfoque sanitarista y preventivo, con aportes de la psicología social comunitaria. Esta perspectiva representaba para les estudiantes de 4to. año de la Facultad de Psicología cambios discursivos, en los cuales les docentes psicólogues/psicoanalistas, rescataban categorías (grupo–comunidad/promoción y prevención) cargadas de historia –fruto de experiencias truncadas– en nuestro país y fortalecidas en otros. Y con ellas la tan necesaria ruptura con el modelo asilar–manicomial podía transmitirse a través de estas experiencias, y en esta dirección encontraron un lugar en el programa.

Estas experiencias, y las referencias conceptuales a las que aludían, se sostenían en contenidos de Salud Pública y resultaban para les estudiantes el primer acercamiento teórico–práctico al campo de la salud. Esta impronta de acercamiento, de re–conocimiento territorial, de encuentro con la realidad de la Salud Pública fue un signo distintivo de la materia Trabajo de Campo Salud, reivindicado por les egresades y sostenido por les docentes hasta la actualidad.

Un poco de Historia…

A finales de los 80 nos encontrábamos con una agenda política que señalaba cómo crecían las restricciones presupuestarias del gasto público en la educación superior. Lejos quedaban los

aires renovadores del inicio de la democracia, se aceleraban activamente ejes de discusión donde la evaluación era requisito y garantía de calidad y eficiencia. Las expectativas genuinamente abrazadas en el inicio de democracia, dieron paso a comienzos de los 90, a sus más encontradas adversidades; aquella inercia reflejada en un plan de estudios que comenzaba alejarse de las demandas sociales, propiciaba una vez más una aproximación peligrosa a las ya incipientes políticas públicas de corte neoliberal que marcaban una agenda política, de una pretendida Reforma del Estado.

A nivel de la enseñanza universitaria se produce una explosión de los posgrados con el consecuente debilitamiento de la enseñanza de grado (Mollis y Jaim Etcheverry, 2003) Las motivaciones que se proponían algunas de estas transformaciones se presentaban bajo un discurso neutro y objetivable que prioriza los intereses de grupos y clases económicamente favorecidas. Ante semejante embestida, el posicionamiento de les docentes tuvo su lugar; en una cátedra para el momento conformada por integrantes que supieron resistir aquellos tiempos oscuros de nuestro país y otros más noveles formados en la democracia, los discursos hegemónicos de corte economicista no tenían buena acogida. Aun cuando estos discursos al interior de la Psicología se hubieran comprometido con promesas de cambio, ya parecían no ser suficientes para desmantelar las lógicas que imperaban en el presente.

En razón de estas discusiones, "la heterogeneidad" y las pretensiones contra–hegemónicas de multidiscursividad teórica –en contraposición a las escuelas de mayor pregnancia en nuestra Facultad– parecía constituirse en una posibilidad concreta para los ansiados cambios de rumbos, para resistir al llamado "capitalismo académico" (Nuñez Jover, 2010). Casi sin darnos cuenta, entre discusiones internas, a veces acaloradas, se asumió que la "heterogeneidad" requería que a las lecturas ya consolidadas (medicina social – psicoanálisis – psicología social) se sumarán otras que reclamaban ser exploradas.

En los 90 la articulación de la catedra con el Centro de Asistencia a la Comunidad (CEAC) de la Universidad Nacional de Rosario, tuvo incidencias en el programa. En la bibliografía se incluyeron autores de la teoría sistémica con el fin de sumar otra mirada y brindar herramientas desde el paradigma de la complejidad, para analizar la organización del sistema de servicios de salud, la interacción del equipo de salud con la comunidad y el funcionamiento administrativo de las instituciones de salud.

Sin embargo, la incorporación de teorías no resultaba ser un requerimiento de una cátedra, más bien podía pensarse como un analizador de aquella postergada modificación de un plan de estudios. Les docentes de los Trabajos de Campo (área laboral, educativa y salud), advertimos para mediados de los 90 (Plan de Estudios/96) las insalvables distancias entre las reformas necesarias al plan de estudios y las propuestas ofrecidas, pues casi ninguna de las modificaciones pretendidas quedaron establecidas en él. A las necesidades de mayor cohesión entre la comunidad y la universidad, a la articulación entre la producción y el uso del conocimiento de relevancia social, se dieron respuestas modestas. Ejemplo de ello fueron los seminarios de pre–grado cuya intención era cubrir áreas de vacancia académica, en lo que podía considerarse una línea de doble escape –reducir esa distancia e introducir nuevas escuelas teóricas. Una vez más, al repliegue casi inercial sobrevendría la resistencia a nuevos embates de una década que se apagaba dejando a luz laceraciones profundas. Sus expresiones no tardaron en presentarse: la fragmentación del lazo social tiñó de irrelevantes los esfuerzos docentes realizados, expre-

siones que excedieron nuestra capacidad de interpretarlas en la integralidad de las dimensiones afectadas. La crisis económica, política y de representatividad se profundizaba. La referencia al año 2001 se impone. El desenlace que hoy conocemos se acercaba, y como no podía ser de otro modo, encontró a docentes y estudiantes al frente de diversas luchas, junto a trabajadores de la salud y a diversos sectores con reclamos impostergables.

Hacia el 2001, las políticas neoliberales produjeron violentos procesos de exclusión y desamparo social, provocando una crisis social, política e institucional que decantó en emergencia sanitaria intensificando las problemáticas de salud / salud mental. Fue un tiempo de acción y participación, nos encontró a todes en las calles defendiendo "Lo Público" y nuestra Universidad.

Las marcas indiscutibles de aquella etapa de fragmentación de lazos sociales en nada resultaron ajenas a les docentes del entonces Trabajo de Campo Salud: primaba el sentimiento de recomenzar en más de un sentido. A las nuevas experiencias se ofrecieron múltiples lecturas, a los quiebres se sumaron reacomodaciones, y en el proceso conjunto de interpelación a una práctica, les estudiantes se acercaron a las propuestas de nuevos movimientos sociales –clubes del trueque– cooperativas, entre otros –lugares donde el proceso salud–enfermedad debía re–significarse. Fuimos testigues actives, y en otros casos actores comprometides, en una asignatura cuyos contenidos mínimos: salud–enfermedad– atención; instituciones sanitarias, políticas de salud /salud mental, APS; epidemiología; promoción y prevención, estuvieron atrapados en reformas que no siempre eran tales, y en discusiones que por momentos los excedían, pero que se dirigían sin equívocos a su consolidación como nuestros contenidos base y con ella la cátedra recobraba un más definido funcionamiento.

En los años siguientes, las acciones gubernamentales en el campo de la salud (Plan Federal de Salud, Programa Remediar, Programa de Médicos Comunitarios) tendieron a restaurar el sistema sanitario con un fuerte anclaje territorial, en pos de revertir la desigualdad en el acceso a la atención y recomponer el lazo social.

En los año 2007 y 2008 respectivamente, los informe de la OPS/OMS "La Renovación de la APS en las Américas" e "Informe sobre la salud en el mundo, APS: más necesaria que nunca", retornan a las concepciones históricas de la Declaración de Alma Ata que apuntan a fortalecer la Estrategia de Atención Primaria de la Salud en sus diferentes niveles. Estos documentos se incluyeron en el programa de la materia, no solo por la potencia que implican, sino también porque en la provincia de Santa Fe se producían políticas de salud en concordancia con el planteamiento de dichos informes.

Ciertas reivindicaciones se plasmaron, finalmente, bajo el formato de Resolución del Ministerio de Educación N° 343/2009 y su art.43, la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26657. Ambas normativas ingresarían como incorporaciones trascendentes en aquellos –que sin saberlos– serían los últimos Programas de la asignatura Trabajo de Campo Salud.

El año 2013 comienza un proceso de discusión del Plan de Estudios de la Carrera de Psicología. En ese proceso resulta interesante transmitir lo que ha sido un hito en la historia de la cátedra: "El trabajo de campo".

Los Trabajos de Campo

En el año 2014 a través de la resolución Nº 140/2014 del Consejo Directivo de la Facultad de Psicología y la resolución N° 437 del Consejo Superior de la U.N.R. se aprueba la Modificatoria del Plan de Estudio de la carrera de Psicología. De esta manera la asignatura "Trabajo de Campo (Área Salud)" de cuarto año pasa a denominarse "Salud Pública y Salud Mental", ubicada en quinto año.

En el marco del Plan de Estudios anterior (de acuerdo a la resolución 215/97 del Consejo Superior), nuestro "Trabajo de Campo (Área Salud)" era el último de un grupo de trabajos de campos (luego del Área Laboral y el Área Educativa), ubicados en el Ciclo Básico de la carrera y referenciados en el Departamento de Metodología. A su vez, cada Trabajo de Campo pertenecía a un Área diferente, en nuestro caso, integraba el Área de la Psicología Clínica.

El Plan de Estudios 2014 no sólo modificó la denominación y año de la cátedra, sino también sus Áreas de pertenencia, pasando a ubicarse en el Área Social y Comunitaria, enmarcada a su vez en el Área Curricular de Formación Profesional. ¿Qué implicó para les docentes que constituimos la cátedra y para les alumnes estas modificaciones, corrimientos y adaptaciones curriculares?

Estos cambios se constituyeron en un acontecimiento fuertemente instituyente con múltiples implicancias. Nos centraremos en este apartado en algunas de las consecuencias derivadas del hecho de dejar de ser un "Trabajo de Campo", realizando algunos contrapuntos respecto de lo que fue Trabajo de Campo Salud y lo que es hoy Salud Pública y Salud Mental.

Los trabajos de campo, surgidos de la práctica antropológica, son una herramienta central dentro del campo de la investigación cualitativa. La anterior pertenencia al Área de Metodología implicaba destinar parte de la bibliografía a desarrollar contenidos relacionados con los métodos cualitativos de investigación y orientar a les alumnes a lo largo del año para la realización de un ensayo de investigación enmarcado en esos lineamientos. El pasaje del Área Metodológica al Área Social Comunitaria implicó un cambio de perspectiva en relación al eje de la materia y sus contenidos. Una de las primeras consecuencias de este pasaje es la eliminación de la bibliografía metodológica del programa (que dejó de ser uno de los ejes centrales de la materia) lo cual posibilitó dar mayor énfasis a contenidos específicos de la Salud Pública y la Salud Mental.

El pasaje de la Formación Básica a la Formación Profesional implicó en este nuevo rearmado estar más próximos a las Prácticas Profesionales Supervisadas. Cambio importante en la significación al pasar de ser el "último de los trabajos de campo" a ser una de las cátedras "antesala de las prácticas", tal como muches docentes señalan al describir la cátedra. Esta reubicación en la que les estudiantes se aproximan a los efectores y dispositivos de Salud Pública tanto en el área municipal como provincial es un "encuentro con las prácticas en terreno" en un momento de la carrera en la que se enfrentan al inminente inicio de sus propias prácticas formativas.

Sin embargo, el presente está compuesto, sin dudas, de retazos del pasado. Es tema de debate y reacomodamientos, al interior del equipo docente de la cátedra, la naturaleza del trabajo exigido a les estudiantes como acercamiento y exploración del campo de las prácticas. El formato del mismo conserva aún muchas de las características que poseía otrora: los viejos trabajos de campo insisten y pugnan por no desaparecer.

La nominación de lo que es ahora Salud Pública y Salud Mental se vuelve más aprehensible: con el cambio de Plan emerge otro nombre, las significaciones que le eran asignadas a la materia se vieron conmovidas emergiendo otras. Nuevos y viejos sentidos (en permanente construcción y deconstrucción) y, seguramente, otros por–venir configuran el actual lugar dentro de la Carrera.

La Propuesta de la cátedra fue y es proveer a les estudiantes elementos conceptuales para una lectura crítica en cada coyuntura de la relación de los procesos de salud–enfermedad–cuidado, los procesos socio sanitarios, haciendo hincapié en la problematización y discusión de los modelos de atención/cuidado de salud mental.

Los ejes que organizan la transmisión en la actualidad son: las políticas públicas, las problemáticas emergentes ligadas a los procesos histórico–sociales y las prácticas en el campo de la salud/ salud mental. Dichos ejes se articulan y problematizan en la transmisión de los diferentes contenidos del programa: Historia y Conformación del Sistema de Salud Argentino, Políticas en Salud/ Salud Mental, Salud Publica/ Medicina Social/ Salud Colectiva, Proceso Salud Enfermedad Cuidado, Epidemiología, Atención Primaria de la Salud, Promoción/ Prevención/ Atención/ Rehabilitación/ Prácticas Comunitarias, Desmanicomialización y Dispositivos Sustitutivos. En este marco la discusión del derecho a la salud es historizada y contextualizada en cada tiempo histórico y se entiende no solo como el derecho al acceso a servicios de atención, sino también como equidad en el cuidado integral de la salud de la población. Este posicionamiento se desarrolló con debates, por momentos de gran tensión, pero que en el transcurso del tiempo fueron fructíferos y permitieron consensuar lineamientos conceptuales.

Resulta de suma relevancia explicitar de acuerdo al trabajo pedagógico que se propicia en la cátedra, la importancia de la formación académica tanto de estudiantes que se incluyen en las comisiones de trabajos prácticos en calidad de "Ayudantes", como de aquellos egresados que realizan un proceso de formación posterior a su egreso de la universidad como "Adscriptes" a la asignatura. En ambos casos, se visibiliza un fuerte interés por los contenidos transmitidos y no podemos dejar de nombrar la relación transferencial que se produce en el proceso enseñanza–aprendizaje donde se da una mutua transformación de todes les actores implicados en dicho proceso, el cual presenta fuertes resonancias en las posteriores elecciones laborales orientadas al campo de "lo público". La propuesta de cátedra con respecto a la formación de Ayudantes Alumnes consiste en brindar un acompañamiento pedagógico procesual que enriquezca los caminos elegidos y por elegir, a través de diferentes ofertas ligadas a la currícula anual, donde les ayudantes tengan participación real en la construcción/discusión y ejecución de la modalidad de las clases prácticas que se llevan adelante. Incluso, acompañando a territorio cuando esto es posible en conjunto con les docentes responsables del práctico.

En relación a les Adscriptes a la asignatura se plantea un trabajo de seguimiento, fortalecimiento y discusión de contenidos, con fuerte presencia de los mismos en el proceso de reflexión crítica sobre la teoría a partir de los datos concretos que ofrece la realidad. Asimismo, se les solicita a modo de integración de aprendizajes, la elaboración de un trabajo de contenidos de la materia a elección, acorde a sus intereses y recorridos singulares. Dicho trabajo es acompañado en su construcción por les docentes de referencia.

Del Trabajo de Campo al campo de prácticas.

En el año 2012, se firman los primeros Convenios entre la Facultad y la Secretaría de Salud Pública, lo que significó contar con amparo legal para que les estudiantes realicen los trabajos de campo en el campo de la Salud Pública. El cambio de Plan reforzó y potenció los convenios y las relaciones con los efectores. Implicó que les integrantes de la Cátedra, en distintas reuniones, comenzaran a elaborar alternativas que hicieran posible un acercamiento mayor y sostenido con les distintes profesionales que trabajan en los Efectores de Salud (públicos; ONG y otras organizaciones sociales vinculadas a la temática).

Tal es así que en el año 2015 se organiza un primer encuentro en la Facultad de Psicología entre les Integrantes de la Cátedra y les trabajadores de los Efectores de Salud, dicho evento se denominó "Desayuno de Trabajo de la Cátedra de Salud Pública y Salud Mental", desde aquel momento inaugural y hasta ahora, se sostienen diálogos continuos y se efectúan los encuentros de manera anual y cuando las circunstancias lo permiten, a principio y a fin de año.

A lo largo de estos años los "Desayunos de Trabajo de la Cátedra de Salud Pública y Salud Mental" han logrado consolidarse como un espacio de encuentro colectivo, para trabajar sobre la formación y primer acceso al campo de las prácticas en salud/salud mental de les estudiantes que cursan la asignatura. Estos encuentros tienen como objetivo fundamental propiciar:

- El vínculo continuo entre les distintos profesionales de los efectores de salud y les integrantes de la cátedra.
- El conocimiento de situaciones y temáticas actuales en materia de salud y salud mental.
- La elaboración y coordinación de acciones que hagan posible la llegada de les estudiantes al campo de las prácticas en salud/salud mental.
- El análisis conjunto del trayecto de les estudiantes por el campo de las prácticas en salud/salud mental del año académico, así como el diseño para la salida del año próximo.
- La formalización de convenios específicos de la Cátedra, mediante la firma conjunta entre la autoridad de la Unidad Académica y el/la referente del Efector.

Este espacio de encuentro colectivo, construido y sostenido durante estos años nos permitió:

1– En el 2017 nos encontramos produciendo distintas actividades de formación no tradicional, comprometidas con la defensa de la Educación en las Universidades Públicas; laicas; inclusivas.

2– Hoy en el 2020, con la distancia prevista para conservar la salud debido a situación de pandemia COVID 19, pensar y concretar alternativas creativas conjuntas, a favor de garantizar la formación de les estudiantes de la Asignatura Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología.

El campo de las prácticas situadas desde los marcos legales vigentes.

La provincia de Santa Fe ha sido una de las pioneras, junto a otras provincias del país, en la sanción de una Ley Provincial en Salud Mental en el año 1991. Dicha ley fue producto

de la acumulación de procesos de trabajo y discusión de los equipos de trabajadores en el campo de la salud mental en distintas ciudades de la provincia. El objetivo era contar con un instrumento legal para ordenar los procesos de internación, poner límite a la coacción y arrasamiento de derechos de les usuaries, apuntando a transformar el modelo de atención manicomial.

Su reglamentación corresponde al año 2007, tiempo en que ya se estaban fortaleciendo los abordajes de Salud Mental en APS y constituyendo diversas modalidades de abordaje en el resto de los niveles de atención. Las experiencias de les distintes actores involucrades se materializa en la reglamentación donde aparece con mayor claridad cómo atender los problemas de Salud Mental bajo la premisa de la desinstitucionalización, la atención por fuera de la internación manicomial y el armado de dispositivos de atención comunitarios en el marco de la APS.

Hacia fines de 2010 se sanciona la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657 (LNSMyA), la cual se reglamenta en 2013. Si bien, la ley se sanciona como decíamos en 2010, años antes comenzó un proceso de debate de trabajadores en salud mental, organizaciones, movimientos de usuaries y familiares, que fueron junto a las experiencias desmanicomializadoras de distintas provincias, la base para promulgación de la ley nacional. Es así que al interior de la cátedra "seguíamos de cerca" este cambio paradigmático que venía a transformar el modo de pensar la salud mental y su tratamiento. Algunos autores plantean que esta ley es una ley de derechos humanos, porque justamente nace en el marco de un conjunto de leyes que se sancionan en ese período con un claro enfoque de derechos (Ley de Identidad de Género, Matrimonio Igualitario, Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes, Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales, Ley de Educación Sexual Integral, entre otras). Ya en el 2011 la letra de la ley se incorpora como contenido obligatorio en el Programa de la materia, y es en parte donde comienza un nuevo desafío para docentes y estudiantes, allí en el campo de las prácticas, en el encuentro con los efectores de salud, con el territorio, con les usuaries, y les trabajadores. Interesante acompañar ese encuentro, con múltiples líneas de fuga, paradojas, contradicciones, pero con la convicción de estar acompañando a les estudiantes en su formación de manera crítica y reflexiva ante este cambio, como así también en la transformación hacia un cuidado en salud mental más respetuosa del sujeto y sus derechos, en definitiva, más humana.

En diciembre de 2017 producto del empuje del Movimiento de usuarixs trabajadorxs en defensa de LNSMyA, La Asamblea de usuarixs de Salud Mental por nuestrxs derechos y la Dirección Provincial de Salud Mental, se sanciona con fuerza de Ley Nº 13733 el Órgano de Revisión y Promoción de Derechos de los usuarios de los servicios de salud mental de la provincia de Santa Fe, que propone resguardar los derechos humanos de les usuaries de los servicios de salud mental. Sin lugar a dudas un hito fundamental, que sin embargo, a casi tres años de su sanción no ha sido materializado.

En las legislaciones vigentes puede leerse la perspectiva de derechos que propone, y pueden plantearse algunos núcleos conceptuales paradigmáticos que dan cuenta de ello, como la definición de salud mental, el abordaje interdisciplinario e intersectorial, el consentimiento informado y el régimen de internaciones, por mencionar algunos. Trabajar sobre estos núcleos es crucial en

la salida a terreno que realizan les estudiantes, más allá del efector al que asistan, ya que pueden vislumbrar en el territorio, el cruce, la tensión y los desafíos entre la teoría y la práctica.

En el 2013 nos proponemos como cátedra iniciar una investigación sobre la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en Hospitales Generales de Rosario y Gran Rosario, realizada entre los años 2013–2015. La misma arrojó datos sobre los núcleos ya mencionados, y otros, como la formación de trabajadores que no pertenecen al "campo psi", la estructura edilicia de las instituciones, y sobre todo cómo trabajar sobre las representaciones que recaen sobre las personas con padecimiento subjetivo. Dicha investigación ubicó el interrogante sobre las políticas vinculadas y que propician las prácticas en Salud Mental en Hospitales Generales. Durante los años 2015 a 2017, llevamos adelante la investigación denominada "Políticas en Salud Mental en Hospitales Generales de la Ciudad de Rosario y Gran Rosario". La misma nos permitió relevar datos sobre los espacios de gestión, organización y funcionamiento, así como la coordinación y articulación entre diversos actores de cargos jerárquicos de direcciones concretas para la implementación de políticas para mitigar el sufrimiento psíquico.

En este sentido, en el año 2019 y con propósito de finalización en el año 2021, (tiempo que se vio modificado por la actual Pandemia de Covid–19), apostamos a un nuevo proyecto que tuviera continuidad a los fines de avanzar en diagnósticos en torno a prácticas y políticas en salud mental. El Proyecto se denomina "Continuidad de la atención desde la perspectiva de usuaries de Centros de Atención Primaria de la Salud con Trastorno Mental Severo y Persistente". La investigación se planteó analizar la continuidad de la atención desde la perspectiva de usuaries con Trastorno Mental Severo y Persistente referenciados en Centros de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Rosario, actualmente se encuentra en curso.

La participación de la Cátedra en las Jornadas de DDHH y Psicología, gestó un momento de encuentro e intercambio de experiencias donde se logro establecer un trabajo conjunto entre el Programa de Articulación Territorial del Museo de la Memoria, y ofició como instancia habilitante para pensar nuevas propuestas entre ellas la investigación en DDHH.

Asimismo, y entendiendo que el enfoque de Derechos Humanos es fundamental para formación de los profesionales psi, en el año 2019 se presenta un proyecto de investigación con el objetivo de investigar cómo se incorpora y se plasma la perspectiva de DDHH en la formación de les futures psicologues. El proyecto que se denomina "Perspectiva de Derechos Humanos en la formación de grado de lxs psicólogxs. Una aproximación regional" y que se llevará adelante entre los años 2020–2021, prevé la inclusión de la perspectiva que sobre la temática tienen les estudiantes a fin de tensionar la letra escrita con la transmisión y la apropiación.

Experiencia y tramas en tiempo de Pandemia.

Una pandemia mundial, de repente, detiene la vida tal y como la conocíamos y nos lleva a una reorganización permanente de la cotidianidad. En ese proceso las instituciones se redefinen y la virtualidad ya no es un medio más para comunicarnos, es "el" medio para trabajar y estar juntes.

La Facultad de Psicología inaugura aulas virtuales y les integrantes de la cátedra comenzamos a encontrarnos sistemáticamente para construir y formalizar un trabajo posible de llevar

adelante, teniendo como objetivo primordial generar condiciones de acompañamiento y accesibilidad a les estudiantes para transitar la materia.

En ese contexto, trabajamos y pensamos de qué modo formalizar un acompañamiento a les estudiantes que articule los contenidos de la materia con lo que nos está ocurriendo a todes: la Pandemia.

De modo artesanal definimos el trabajo en los teóricos y prácticos. La presencia (virtual) de les estudiantes, sus preguntas y producciones nos delinean por dónde seguir. El programa adquiere más vida que nunca, en la apuesta a una transmisión que nos acompañe a comprender lo que está sucediendo. ¿Qué es una política pública en este contexto? ¿Cómo se organiza el sistema de salud frente a una Pandemia? ¿Qué es epidemiología y epidemiología en salud mental? En el marco de la APS ¿cómo trabajan los efectores, cómo organizan la atención y el cuidado de la Salud Mental? ¿Cuál es la formación de les psicologues que necesita la Salud Pública de mañana?

Habitualmente los prácticos se construyen retomando lo trabajado en los teóricos con actividades concretas que habiliten a la discusión, reflexión. ¿Será posible de modo virtual organizar, aunque sea algo de esa experiencia?

La salida al campo, el ingreso a las instituciones, la realización de entrevistas a trabajadorxs, la participación de les estudiantes en los dispositivos ya no es posible y la sensación de pérdida de la herramienta fundamental de enseñanza aprendizaje es inevitable. Esa herramienta que año a año nos devuelve procesos de interpelación continúa, este año no es viable. Entonces una de las docentes comenzó a comunicarse con los efectores y comenzamos a recuperar experiencias de atención en documentos, en videos, en participaciones de trabajadorxs de la salud en los teóricos por meet.

Lo inédito, viable, se sistematiza y cobra forma colectiva. A pesar de este contexto las interrogaciones entre estudiantes, adscriptes, ayudantes y docentes se puntualizan y relanzan cada vez.

Esta cátedra intenta día a día reforzar mediante la práctica docente, la idea de una universidad que no es ajena a la sociedad en la que está inmersa, una formación crítica, comprometida con lo social y defensora de los derechos humanos.

"La Universidad debe ser flexible, pintarse de negro, de mulato, de obrero, de campesino o quedarse sin puerta, y el pueblo la romperá y él pintará la Universidad con los colores que les parezca".

Ernesto Guevara. Discurso al Recibir el Doctorado Honoris Causa de la Universidad Central de las Villas, 28 de diciembre de 1959.

Docentes de Salud Pública y Salud Mental

- Cóceres, Osvaldo. Psicólogo. Psicólogo Social. Profesor Titular Cátedra Salud Publica Salud y Salud Mental.
- Velzi Diaz, Alberto. Psicólogo, docente e investigador. Doctor en Salud Colectiva.
- Suarez, Sandra. Psicóloga, docente e investigadora. Especialista en Salud Mental.
- Ballerini, Alejandra. Psicóloga, docente e investigadora.
- Marini, Marisa. Psicóloga, docente e investigadora. Coordinadora Académica de Carrera

Especialización en Psicología Forense. Miembro fundadora del Centro de Estudios en Psicología y Legalidad (CPL). Psicóloga en el ámbito Juridico–Forense.

- Del Carlo, Cristian. Psicólogo y profesor de Psicología. Docente e Investigador. integrante del equipo profesional de Salud Mental y Derechos Humanos en cárceles, Ministerio de Justicia de la Nación.
- Celaya, María de los Ángeles. Psicóloga, docente e investigadora. Integrante del equipo interdisciplinario del Centro de Salud Itatí de la Municipalidad de Rosario.
- Garcete, Esmeralda. Psicóloga y profesora de Psicología. Docente e investigadora. Especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria. Integrante del equipo de La Estación Espacio en Red de la Municipalidad de Rosario.
- Figueras, Lorena. Psicóloga, docente e investigadora. Especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria.
- Santanocito, Gisela. Psicóloga y profesora de Psicología. Docente e investigadora. Especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria. Integrante del equipo técnico del Centro Residencial Casa de la Niña. Dirección Provincial de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Santa Fe.
- Benitez, Paola. Psicóloga, docente e investigadora. Especialista en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria. Integrante de los equipos interdisciplinarios socieducativo del Ministerio de Educación de la Provincia de Santa Fe.

Referencias bibliográficas

- Guaglianone, A. L. (2011). La conformación del sistema de educación superior en Argentina. *Revista de la Educación Superior*. Vol. XL (3), 163–184. https://www.ses.unam.mx/curso2019/materiales/Sesion2/Guaglianone2011_LaConformacionDelSistemaDeESEnArgentina.pdf
- Mollis, M., y Jaim Etcheverry, G. (2003). Posgrados universitarios: ¿actividad académica o servicio al cliente? el caso de la Universidad de Buenos Aires. *Calidad en la Educación,* (18), 261–276. https://doi.org/10.31619/caledu.n18.400
- Nuñez Jover, J. (2010). Conocimiento académico y sociedad. Editorial AU. La Habana.

Documentos

- OPS/OMS (2007) La Renovación de la APS en las Américas https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas–OPS.pdf
- OPS/OMS (2008) Informe sobre la salud en el mundo, APS: más necesaria que nunca https://www.who.int/whr/2008/summary/es/
- Resolución del Ministerio de Educación N° 343/2009 y su art.43 http://fepra.org.ar/feprav3/documentos/normas_ejercicio_pais/Resolucion_343_Ministerio–de–Educacion–de–La–Nacion.pdf
- Ley Provincial de Salud Mental Nº 10772/91 http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/

content/download/33098/171113/file/Ley%20Provincial%2010772.pdf
- Reglamentación Ley Provincial de Salud Mental. https://www.santafe.gov.ar/normativa/getFile.php?id=101799&item=52222&cod=f694a22abacc5eee265dea4d5aa1f3f5
- Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones Nº 26657. http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000–179999/175977/norma.htm
- Ley Nº 13733 Creación del Órgano de Revisión y Promoción de Derechos de los usuarios de los servicios de salud mental de la provincia de Santa Fe. http://www.saij.gob.ar/13733–local–santa–fe–organo–revision–promocion–derechos–usuarios–servicios–salud–mental–lps0013733–2017–11–30/123456789–0abc–defg–337–3100svorpyel

INÉDITOS

Lo clínico y lo sustitutivo

Miriam Bollini

Pensar lo clínico en Psicoanálisis es pensar lo sustitutivo. Desde Freud, el síntoma sustituye lo reprimido inconsciente y se presta a la posibilidad de que el cifrado de deseo y goce que condensa sea puesto a producir en transferencia en el dispositivo psicoanalítico.

¿Qué ocurre cuando las coordenadas clínicas son otras? Lacan, en "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis", introduce la concepción que "hay que formarse de la maniobra, en este tratamiento, de la transferencia", advirtiéndonos que "utilizar la técnica que Freud instituyó fuera de la experiencia a la que se aplica, es tan estúpido como echar los bofes cuando el navío está en la arena". Sin embargo, allí también nos orienta que es en el eje imaginario, en el lugar de filia, ese afecto amistoso, donde podemos situarnos en un lugar pertinente.

¿Cuáles son entonces las condiciones para sostener un trabajo clínico cuando nos encontramos con padecimientos subjetivos donde lo que prevalece es la precariedad de recursos simbólicos, la gravedad y, sobretodo, estructuras clínicas que no son las neurosis?

Invitada en esta ocasión por el ERAPP[1], quiero relatarles, algunos avatares de mi práctica institucional en la Colonia Psiquiátrica de Oliveros, intentando dar cuenta de los procesos clínicos y políticos sustitutivos de los cuales fui partícipe desde distintos lugares de la trama hospitalaria y por fuera de ella.

Historizando un poco. Los comienzos, año 1992, 40 profesionales fuimos convocados a partir de la creación de cargos de planta, a través de un decreto de las cámaras legislativas provinciales a consecuencia de la grave denuncia de violación a los derechos humanos en la Colonia Oliveros; que, en esos momentos, contaba con una población cercana a los 700 pacientes. Los psiquiatras –ex residentes del Hospital Agudo Ávila, con una fuerte impronta psicoanalítica– ante el pedido formulado de trabajar separados, uno en cada sala, propusimos agruparnos de a tres, en dos pabellones que serían, a su vez, salas de ingreso. Una de mujeres y el pabellón 7 de hombres, donde me tocó trabajar.

Con una población de 60 pacientes, hasta ese momento, solo había un office de enfermería donde estar, reunirse y atender. Fue necesario el recorte de un espacio para la privacidad de un encuentro. Depósito de ropa y sala de primeros auxilios fueron convertidos en consultorios. Fueron años de trabajar conjuntamente con los enfermeros, remontando escepticismos, creando camaradería, poniendo en cuestión las viejas prácticas y también las nuestras, intentando dar cuenta del porqué analistas.

El registro de ser paciente de, en una serie; la apertura de un tiempo de espera para ser atendido; el ofrecimiento de una escucha íntima; y la instalación de una demanda diferente; produjeron efectos clínicos que no se hicieron esperar: de ser depósito a depositario.

La complejidad de las situaciones a atender abarcaba una amplia gama: desde las

[1] Espacio de reelaboración, análisis y producción de prácticas para psicólogos trabajadores en el ámbito público, Universidad Nacional de Rosario.

desestructuraciones psicóticas y las crisis, hasta la cronicidad severa de años de institucionalización, donde el arrasamiento subjetivo no condescendía ni a un atisbo de demanda. No alcanzaba sostener entrevistas semanales con los pacientes, cuando éstas eran posibles. Verdaderos secretarios del alienado, a partir de ese encuentro repetido y de lo que se podía ir tramando allí. Tramitábamos también citaciones a familiares, salidas terapéuticas, entrevistas en los juzgados, visitas domiciliarias. Escaseaban los recursos y había que ingeniárselas con lo que contábamos.

Hacerle un lugar al encuentro de equipo, compartir con los enfermeros no solo el pase de sala sino también la discusión clínica escuchando sus voces fue imprescindible para este trabajo. En esos años realizamos un cartel sobre psicosis, conjuntamente con los psicoanalistas Luis Giunípero y Alberto Manino quienes concurrían cada 15 días al Hospital.

Uno de mis colegas, Gustavo Castaño, coordinó un Taller de Escritura en la sala y con manufactura y recursos propios imprimimos una revista que se tituló: "Aventuras en el Paraíso. Revista de humor poético". Fueron tiempos fructíferos y entusiastas, que encontraron su límite.

Los vaivenes políticos e institucionales; los cambios de dirección de la Colonia, donde cada vez resultaba más difícil velar el horror de lo manicomial; las trabas burocráticas que hacían obstáculo todo el tiempo. Comenzó a perfilarse la amenaza del traslado de población carcelaria al Hospital, con el argumento del espacio ocioso en el predio y el hacinamiento en las cárceles.

En el año 1995, desaparece de la Colonia un paciente que atendía: Andrés, quien con un cuadro de esquizofrenia severa, se rearmaba y se desanudaba frecuentemente. Su sensibilidad y capacidad creativa lo sostenían como dibujante talentoso y fecundo escriba, término con el que solía denominarse. Mi trabajo clínico con él, avanzaba por esos desfiladeros de precaria estabilización. Un día de invierno como tantos, fui a trabajar al Hospital, llevaba dos dibujos de Andrés que había hecho enmarcar, quizás en los pasos de hacer marco a lo fragmentario de su existencia. No se encontraba en la sala desde hacía unos días, los enfermeros lo buscaron, inclusive a caballo por el descampado y a orillas del Carcarañá. Nadie me había avisado, ni a su padre, a quien llamé para notificarlo y saber si tenía noticias de él, si estaba allí. El director de la Colonia en ese entonces, político de pueblo que asumía ese lugar como un cargo más entre varios y decía desprejuiciadamente no saber nada de salud mental, minimizaba la cuestión y me respondía que ya iba a aparecer, que estaría en algún pueblo cercano tomando un trago en algún bar! No escuchaba nada de lo que le refería de su condición subjetiva y de la gravedad de la situación. Fue con mis compañeros del (pabellón) 7 y con la familia que realizamos su desesperada búsqueda, denunciando también la situación en la policía y en los medios. No supimos nunca más nada de él.

Pensé que no podía seguir trabajando en esas condiciones. Empezamos a pensar con otros que se iban ellos o nos íbamos nosotros. Comenzaron tiempos de organización y de lucha, compartidos con el trabajo clínico. Esta vez los que denunciábamos éramos la mayoría de los profesionales: reuniones, asambleas, petitorios, notas en los medios, puebladas contra la cárcel en la Colonia, con las comunidades de la zona, sumando al conjunto de los trabajadores y también a los curas progresistas que nos apoyaron.

Finalmente, en mayo del 1996, desplazamos a esa nefasta conducción y asumió Gustavo Castaño, como interventor primero y luego como director. El equipo del (pabellón) 7 y algunos compañeros más nos trasladamos al ámbito de dirección del Hospital. Comienza así lo que hemos dado en llamar Experimento Oliveros. Prolífica experiencia colectiva que ha dado lugar a muchos escritos y a muchas polémicas.

Quisiera comentarles ahora algo de lo que escribí en ese tiempo inaugural: *"Mucho se habla y se agitan las aguas sobre el tema de la desmanicomialización. M*ás hay una pregunta que insiste y que resiste aún a las experiencias más acabadas*, como la de Trieste, y esto es: qué hacer con la locura; cómo anclar la errancia subjetiva, esa deriva que transcurre, fantasmática social de la nave de los locos que no amarra en ningún puerto; cómo abrir las puertas del propio encierro, aún más poderosas que la de los manicomios, la de ese soliloquio que no hace lazo, que no anuda, que no hace cadena, que encadena. ¿Cómo abrirlas (y se abrieron) sin expulsar al vacío, al agujero letal de lo real que precipita?; ¿cómo desasilarse sin deshilacharse?; ¿qué contiene, qué sostiene, qué suple la metáfora que no advino ni va a advenir?*

Y si invertimos la cuestión: ¿desde dónde se sostienen los manicomios? Posicionados desde un discurso ideológico podríamos decir: –desde el imperativo social de aislamiento y encierro de la locura; –desde la discriminación y el estigma de peligrosidad que se le imputa; –desde un orden legal y un discurso Amo que perpetúa respuestas alienistas o de enajenación social para reelegirse a sí mismo.

¿Pero solo desde allí? Las puertas del asilo están abiertas y, sin embargo, aún hoy son muchos los que no pueden irse. ¿Razones? Unas cuantas, por nombrar algunas: elevado porcentaje de pacientes ancianos, con décadas de internación en la Colonia, que se ha instituido para ellos como un lugar para vivir; pacientes con deterioro psíquico severo, gatistas, débiles mentales profundos, psicóticos graves; ingresos judiciales de pacientes en crisis y no tanto, donde la problemática se enfatiza en torno a la marginalidad y a la ruptura de lazos afectivos, sociales, laborales; y podríamos seguir.

Hay cuestiones que soportan un orden de necesariedad que no se encuentra en el afuera, que asilan, que hospedan: techo, comida, abrigo, afectos. Se dirá "cuidado con barnizar el manicomio, acondicionarlo para fundamentar su condición de existencia". Sin embargo, hacerlo más vivible, más digno, no implica linealmente sostenerlo.

Para que un sujeto pueda irse, quiera irse, hay un camino a recorrer, algo a producirse en la inercia adialéctica con el Otro, un espacio y un tiempo posible para instituir una alteridad nueva que descongele la petrificación del goce. No alcanzan las puertas abiertas. A mi juicio tampoco es suficiente, aunque nada desdeñable, una empresa social sostenida con solvencia económica (algo que aquí suena extraño), al modo de la experiencia italiana. No se trata de caer en un falso dilema, hacer de la locura ideal libertario u objetivarla médicamente como patología.

Quienes lidiamos cotidianamente con la misma, sabemos que hay un trabajo posible y como analista, al modo de un axioma: no sin la clínica, no solo la clínica. Un tratamiento posible, un desafío permanente, una clínica de lo real que nos confronta con formaciones psíquicas más cercanas al hacer que al decir, a la pasión que al amor; formaciones del objeto a, propone el psicoanalista David Nasio. Una clínica en la cual la primacía de las situaciones a atender es su gravedad.

Desde adentro, ¿cómo dinamizar el encuentro con un afuera posibilitante que haga metáfora social para suplir el manicomio, para que el tiempo y el espacio del mismo tomen otra dimensión? Incluir el afuera adentro. No solo la clínica, otros agentes, otros discursos, otros saberes en juego. Que la pertinencia de la direccionalidad de una cura, convoque a esos otros: trabajadores sociales, abogados, artistas, profesores de educación física, comunicadores sociales, arquitectos, etc., a sumarse a la tarea. En la Colonia Psiquiátrica de Oliveros estamos en el intento".

Hasta aquí lo escrito en el comienzo de la experiencia. Puedo decir que en los años que siguieron se avanzó muchísimo en la transformación de las prácticas, aunque como nos decía el querido maestro Fernando Ulloa –con quien teníamos reuniones frecuentes, en el ámbito institucional y en supervisiones en su consultorio–: "al manicomio lo echas por la puerta y se mete por la ventana".

Direccionando una política al servicio de una clínica se puso el énfasis en la construcción de dispositivos sustitutivos, incorporando permanentemente recursos humanos a tal fin, sosteniendo equipos multidisciplinarios en todas las salas, incluyendo mucamas, ya que la tarea de limpieza, hasta ese momento, quedaba a cargo de enfermeros y pacientes. Por nombrar algunos: se creó el comité de admisión y egreso; el departamento jurídico; el área cultural; la sede social; el área productiva; se formalizaron los acompañamientos terapéuticos. Paulatinamente se redujo de manera considerable el número de pacientes internados.

Habiendo coordinado distintos ámbitos institucionales: salas de ingreso, supervisiones clínicas, concurrencia de psiquiatría, y siendo parte también del equipo técnico de dirección, quisiera detenerme en algunos de ellos para dar cuenta de la propuesta de trabajo desplegada en los mismos.

El Área Cultural, por ejemplo, se diferenció desde su creación del concepto de laborterapia proponiendo espacios, talleres, donde el tallerista, fuese alguien atravesado por su oficio y en una relación deseante con él, para poder transmitir desde ese lugar. Clínica del taller, donde los concurrentes al mismo tiempo pudieran jugar una elección y constituirse en autores de su obra, funcionando la técnica como terceridad, representándose ante otros de un modo diferente, acotando el padecer en una dimensión lúdica. Así se sostuvieron, y se sostienen aún, talleres de escritura, música, plástica, cocina, teatro, circo, entre otros.

Hubo uno que se denominó P.O.P.I.: Producción de Objetos Para el Intercambio; cuya coordinadora propuso: "organizar un espacio con fines de lucro, objetos con valor de cambio, sin tantos prejuicios. Un sitio de producción para insertarlos en el mercado, más por lo que pueden llegar a ser esos objetos, que por la condición de ser producidos por pacientes psiquiátricos. Producir cosas que gusten, que den ganas de comprarlas por lo que son". Proponía realizar objetos con diseño, originales, con la impronta singular del autor. Ese taller "de productos impacientes", ganó el premio del Salón de Diseño del Diario La Capital en el año 2006, realizado en el Museo de Bellas Artes.

Por otra parte, sostener periódicamente un espacio de reflexión grupal para trabajar lo acontecido en cada taller, con cada participante, y presentarlo también en un marco colectivo institucional que denominamos "Pensar las prácticas", formó parte del trabajo del dispositivo del Área Cultural.

A partir de los efectos terapéuticos registrados en la institución y ya conformada la Dirección de Salud Mental de la Provincia con acuerdo del Ministerio de Salud –adonde se traslada el director de la Colonia y parte del equipo técnico (año 2004)–, se impone la necesidad de repensar el proceso sustitutivo al interior de la Colonia e invertir dialécticamente la vectorialidad trazada. Tratándose pues de reducir la estructura edilicia ocupada, acercarla al ingreso, producir el cierre de enormes y despoblados pabellones, habilitar más consultorios externos, trasladando recursos y propiciando espacios para construir un "adentro afuera". Dispositivos de talleres en la comunidad y dispositivo de casas asistidas que se han ido multiplicando. El dispositivo de comité de admisión y egreso, fue reformulado creando una sala de tránsito con la intención de concentrar recursos para disminuir los ingresos, sosteniendo la internación como última

instancia o instancia transitoria y acotando los tiempos de la misma al mínimo posible.

Sin embargo, en la actualidad, al parecer continúa imponiéndose en el sistema de salud pública el modelo hospitalocéntrico prevaleciendo en el perfil de los pedidos de admisión, las problemáticas de consumo, marginalidad y conflicto con la ley penal. Es así que Oliveros corre el riesgo de ser prácticamente el único lugar donde como por un embudo se alojan estas demandas, donde pareciera que poder decir no –aún con fundamentos– se interpretara, a veces, como desasistir, subsistiendo por ende la asistencia como imperativo.

A esto se agrega el temor a la pérdida de la fuente de trabajo por parte del sector de trabajadores que residen en la zona, preocupación legítima pero no irresoluble. El cierre del hospital psiquiátrico monovalente, más allá de la letra de la Ley, pareciera no tener fin.

Para ir concluyendo, quisiera decir respecto a mis coordenadas clínicas que como analista en la institución he sostenido y sostengo que hay un trabajo posible, donde la apuesta de estabilización subjetiva, el acotamiento del goce, plantee y se direccione en el caso por caso, a ese algo de deseo que dé acceso a la responsabilización e involucramiento subjetivo, fundamental para el anclaje del paciente en el lazo social perdurable. Una ética que, como nos plantea Lacan, interroga la acción en relación al deseo que la habita. Una clínica en contraposición a todo maternaje que se deslice objetivando al sujeto o infantilizándolo desde una moral altruista o desde una lógica de cuidados. Es en ese marco ético del Psicoanálisis donde cada analista puede encontrar su estilo para trabajar con ese real de esta práctica tan compleja, inventarlo, anudando registros, construyendo suplencias, en los pasos trazados por la invención freudiana.

Creo, finalmente, que el estar analista en la institución conlleva soportar nuestra propia falta y la incompletud de nuestro discurso, sin arrogancias, alojándose en la propia inconsistencia de los otros saberes y políticas que conforman la trama discursiva que se teje allí.

Agradezco a Wanda Donato y a las integrantes del ERAPP, que me convocaron para esta ocasión.

POLÍTICA EDITORIAL

La Revista Académica Científica de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica, Institucional y Comunitaria difunde trabajos desde diversas perspectivas teórico metodológicas en el plano de la investigación y la experiencia realizados por alumnos egresados de dicha Carrera y ya documentados en los respectivos trabajos integradores finales en consonancia con los lineamientos temáticos anuales establecidos por el Comité Científico y la Dirección de la Carrera. La cantidad de trabajos a publicar será de cinco (5) como mínimo en cada número. La Revista se completará con artículos de actualidad (Dossier, Entrevistas, Reportajes, Ensayos, Inéditos, Diálogos).

El Comité Editorial sugerirá al autor(a) adiciones, modificaciones y todo tipo de recomendaciones para mejorar la calidad y presentación de su manuscrito. Su publicación se condicionará al acatamiento de todas las observaciones o sus justificantes.

El Comité Editorial se reserva el derecho de aceptar o rechazar los trabajos, no existe la obligación de publicar los documentos recibidos. Es importante recalcar que la última decisión para la publicación o rechazo corresponde exclusivamente al Comité Editorial, el cual tomará en cuenta, sin que sea vinculante la opinión de los dictaminadores. En los casos en que haya discrepancia se decidirá por mayoría simple.

El Comité Editorial no se responsabiliza de las opiniones expresadas, ni los datos presentados en los trabajos. El contenido de los mismos es de absoluta responsabilidad de los autores, quienes completan la declaración jurada de autenticidad de la autoría y originalidad de su escrito.

El autor deberá enviar electrónicamente y en el mismo momento de envío del trabajo, un curriculum vitae de máximo 10 líneas, donde indique su grado académico más alto, lugar donde lo obtuvo, actual afiliación institucional, intereses de investigación, un informe de sus publicaciones.

Toda la publicación seguirá las normas APA y de tratamiento de datos vigente en la Carrera de Especialización.

En este número:

Nota Editorial 7

DOSSIER
Rosana Onocko / Gastón Sousa Campos
La Reforma Psiquiátrica 29

EXPERIENCIA ROSARIO
Melina Santomero
Mapa de una frontera en el tránsito social de dos culturas. Reflexiones provocadas por la participación en un Programa Interministerial de Sustitución de Lógicas Manicomiales –PSLM..... 49

Ana Esrequis
Eso de locos no, porque estamos bien y trabajamos. Acerca de un espacio de trabajo construido para usuarias de salud mental externadas de instituciones totales psiquiátricas en la salud pública..... 65

Carlos Gabriel Colusso
Un dispositivo grupal como herramienta para la adscripción al sistema de salud 77

Juan Pablo Hetzer
El juego grupal como propuesta identificatoria en la psicosis infantil 99

Mariana Spina Rinaudo
De un dispositivo cuya singularidad permite recuperar las posibilidades enunciativas en las infancias. El Consultorio Conjunto de Neurodesarrollo..... 115

Tatiana Moreno
Paciente, sujeto, usuario. La palabra de la ley en la constitución del campo de la Salud Mental..... 131

María Noelia Bonino
La ley de Salud Mental y Adicciones. Posibilidades de su implementación en un hospital de mediana complejidad de la Provincia de Santa Fe 145

Magalí Claros Garay
Autonomía en salud mental: recuperación de relatos y experiencias en prácticas sustitutivas 157

Florencia Orpinell
Abordajes de la salud mental en Atención Primaria de la Salud. Aportes desde una práctica de apoyo matricial 167

Elisa Bellezze
Un equipo en juego, con toda la mar detrás. Procesos de trabajo y producción de Salud Mental 183

Cecilia del Carmen Molina
Casa Asistida, un lugar para habitar facilitador de la inclusión social para pacientes de larga institucionalización 205

OTRAS EXPERIENCIAS
Rosângela Santos Oliveira – Bruno Ferrari Emerich – Rosana Onocko Campos – Pedro C. L. B. de Andrade – Ellen Cristina Ricci
Cuidado en salud mental en tiempos de retrocesos: destellos y resistencias 229

ENTREVISTAS, REPORTAJES, ENSAYOS
Entrevista a Franco Rotelli..... 252
Entrevista a Mario Colucci..... 258
Entrevista a Gastón Wagner de Sousa Campos 267
Entrevista a Oscar Pellegrini..... 281
Entrevista a Graciela Iglesias 289
Reportaje a Ánfora..... 291
Reportaje a "El horno está para bollos" 299
La vida después. Ensayo fotográfico sobre la vida cotidiana de personas que viven en Viviendas asistidas 313

DIÁLOGOS
Salud Pública y Salud Mental: del Trabajo de Campo al Campo de las Prácticas 321

INÉDITOS
Miriam Bollini
Lo clínico y lo sustitutivo..... 337

Política editorial..... 343