



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología

Universidad de la República
Facultad de Psicología

**Intervenir en Casa de Medio Camino: análisis de una
experiencia práctica.**

TRABAJO FINAL DE GRADO

Producción empírica: Articulación teórico-clínica.

Estudiante: Katalina Pereira Brito
Docente Tutor: Prof. Adj. Fernando Texeira
Docente Revisor: Prof. Tit. Luis Gimenez

Montevideo, Uruguay

2024

Índice

1. Introducción: contextualización de la práctica.....	3
1.1 Servicio de salud y Casa de Medio Camino “La Casa de San Carlos”	6
2. Objetivos planteados para el TFG.....	10
3. Línea de intervención seleccionada para ser objeto de análisis.....	11
3.1 Intervenir en Casa de Medio Camino. ¿Por qué ESPACIO-TALLER?.....	11
4. Articulación conceptual: análisis de la experiencia.....	17
4. 1 Pensar las redes de apoyo, particularmente, la familia.....	21
4. 2 Deformado; algo que perdió su forma regular.....	25
4. 3 ¿Qué sucede en el horario de la siesta?.....	29
4.4 El futuro; preocupación constante.....	34
5. Consideraciones finales.....	39

1. Introducción: contextualización de la práctica.

La modalidad de trabajo final de grado que se expone a continuación en el presente texto es una producción empírica, específicamente, una articulación teórico-clínica. Se desarrollará la experiencia del practicante en Servicios de Salud, esta se inscribe en una Casa de Medio Camino. En este centro, se crea una línea de intervención grupal de carácter móvil-flexible fundamentada en la clínica móvil de Rodríguez Nebot (2004), incorporando diferentes aportes teóricos para la constitución de un espacio-taller. En este dispositivo son enunciadas algunas problemáticas, que más adelante serán pensadas en este texto como problemáticas sociales actuales.

La práctica se desarrolla en el marco del Programa de Practicantes y Residentes en Servicios de Salud (PPRSS) del año 2023. Dicho programa es un convenio entre la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UDELAR), con el objetivo de producir conocimiento y formación de recursos humanos especializados en psicología dentro del sistema de salud ASSE (2009).

Este convenio con el principal efector de la salud pública del país surge a raíz de los cambios de paradigma en salud que se dieron en Uruguay con el gobierno del Dr. Tabaré Vázquez y su agenda gubernamental, creando en el año 2007 el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), con la Ley N° 18211 que afirma que “Dicho sistema asegurará el acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país.” (Uruguay, 2007, Artículo 2)

Impulsando desde esta reforma una mejora significativa en el sector salud, entre otros puntos, apuntando a una equidad y cobertura universal de la salud integral, cambiando la estrategia a una atención primaria en salud, basándose en la promoción y prevención.

Más adelante, comienza el proceso de reforma en Salud Mental, luego de tres décadas de desacuerdos entre diferentes fuerzas que coexisten, como lo son por ejemplo diferentes organizaciones de la sociedad civil, la academia, sistema político, los organismos públicos y privados, entre otros.

De esta tensión, se destaca la discusión entre dos perspectivas claramente definidas, “una representa un modelo transformador, basado en el paradigma de la Salud Mental con perspectiva de derechos humanos donde la persona es la centralidad” (De León & Techera,

2017, p.59) y por otro lado, una mirada conservadora basada en la concepción de trastorno y enfermedad mental que sostiene la continuidad de los tratamientos y modalidad de atención de la antigua ley.

Proceso que se consolida con la aprobación de la Ley N° 19529, volviéndose necesario pensar la Salud Mental desde una perspectiva de derechos, dando paso a un modelo comunitario para pensar los abordajes.

Según esta nueva ley, la salud mental se entiende por “un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Uruguay, 2017, Artículo 2)

Extendiendo lo anterior, se agrega que este estado es el resultado de un proceso dinámico, entre diferentes determinantes, como lo son la cultura, el contexto socio histórico, estatus socioeconómico, aspectos biológicos y psicológicos.

En el mismo artículo de la ley, se define también el trastorno mental, como grupo de síntomas y conductas clínicamente reconocibles que se asocia con malestar y alteración en el funcionamiento de la persona Uruguay (2017) además, la Ley hace énfasis en el derecho a la vida digna, no discriminación y una mirada integral de la salud. Reiterando que las determinantes sociales de la salud son esenciales para pensar las políticas, vinculando salud y derechos como algo fundamental. Menciona específicamente el derecho al trabajo, a la vivienda, a la educación, a la cultura y a un medio ambiente saludable.

La hospitalización será considerada de carácter restringido, siendo indicada lo más breve posible. “Se impulsará la desinstitutionalización de las personas con trastorno mental, mediante un proceso progresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes, las que serán sustituidas por un sistema de estructuras alternativas.” (Uruguay, 2017, Artículo 37) Se impulsará entonces, el camino desde lo sanitario a lo social, mediante diferentes servicios como las residencias de apoyo.

Dada esta legislación es que el Ministerio de Salud Pública comienza a elaborar un Plan Nacional de Salud Mental que garantice lo establecido, y además, el organismo debe definir los dispositivos que integran la red de servicios.

Casas de Medio Camino como estructura alternativa debe cumplir con las características detalladas a continuación

Dispositivo sanitario de rehabilitación de mediana estadía, con equipo técnico las 24 horas. Es un recurso asistencial para personas en el período de post crisis o luego de hospitalizaciones prolongadas, que permite el desarrollo de procesos terapéuticos orientados a fortalecer a las personas para que puedan adquirir y/o recuperar hábitos perdidos de convivencia social y familiar, que pudieron haberse alterado por la hospitalización, la propia situación de crisis y/o la evolución del trastorno. (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2019, p.3)

Sumado a la descripción anterior, dentro de la Ordenanza Nro 1488 se marcan también los objetivos que deben ser los siguientes: Realizar evaluación y diagnóstico integral de la persona, consolidando y manteniendo la estabilidad clínica, habilitar y facilitar la inclusión socio-familiar, promoviendo la autonomía y la mejora de la calidad de vida, elaborar y desarrollar un plan para el egreso individualizado, en el contexto de la red territorial existente, coordinando con el dispositivo ambulatorio de su territorio.

Sobre los usuarios con diagnóstico de trastorno mental severo y persistente que podrían residir en un dispositivo de estas características, era algo en lo que se venía pensando desde hace unos años atrás

Las casas de medio camino tienden a ser residencias de pre-alta, en las que residen las personas con TMSP que egresan de una internación, o post crisis y que requieran de una continencia especializada. El tiempo de estadía en esta propuesta debe ser prolongado en principio no mayor de 2 años. (Castillo, et al. 2011, p. 87)

Durante este proceso de desinstitucionalización es importante “evitar la transinstitucionalización, es decir, el movimiento de personas desde el hospital psiquiátrico hacia otros servicios que, aunque con nuevos nombres, reproducen las dinámicas de control y vulneración de derechos presentes en el manicomio.” (OPS, 2020, p.4)

1.1 Servicio de salud y Casa de Medio Camino “La Casa de San Carlos”

El servicio de inserción de la práctica se ubica en el departamento de Maldonado, es el centro auxiliar de San Carlos nombrado Hospital “Florencio Alvariza”. Específicamente, en la Unidad de Salud Mental “Julio Volonté”. Esta Unidad se encuentra ediliciamente dentro del padrón que corresponde al centro auxiliar pero en otro edificio separado del hospital general. Allí está centralizada la asistencia de Salud Mental, cuenta con policlínica, hospital de día y sala de agudos. Parte del equipo técnico que trabaja en la unidad, tiene horas asignadas para cubrir otros dispositivos como por ejemplo Casa de Medio Camino.

La Casa de San Carlos fue inaugurada en 2016, se destaca que la inversión se hizo pensando en un plan piloto bajo la construcción de recursos sanitarios para la implementación de la nueva Ley de Salud Mental, que en ese momento estaba considerada inminente, según comunica artículo de Presidencia (2005).

San Carlos fue considerado desde entonces pionero en el cambio de paradigma y procesos de desinstitucionalización progresiva, siendo parte de una estrategia de implementación por etapas según recomienda la OPS (2020) con el objetivo de reducir las internaciones prolongadas en salas de psiquiatría, paralelamente, a la implementación de servicios comunitarios como CMC, que sobre todo satisfagan las necesidades de la población con la que se trabaja en ese territorio.

El dispositivo CMC en San Carlos, posee un equipo de coordinación, dicho equipo es integrado por Lic. en Trabajo Social, Lic. en Psicología y Lic. en Enfermería, quienes además tuvieron participación activa en el proyecto de creación y la gestión desde el primer momento.

La conformación en total del equipo CMC es:

- 5 auxiliares de enfermería
- 1 licenciada en enfermería (*coordinación*)
- 1 licenciada en psicología (*coordinación*)
- 1 licenciada en trabajo social (*coordinación*)
- 1 auxiliar de servicio
- 1 guardia seguridad nocturno (22 a 6am)

- Se le suman practicantes y residentes de Lic. en Psicología y Lic. en Enfermería.

El equipo se reúne hora y media, con frecuencia semanal. Se lee el cuaderno de novedades, se comenta a modo de actualización lo que ha sucedido en la semana, y se coordinan los pasos a seguir con los diferentes planes terapéuticos de los usuarios.

Hasta enero de 2024 residían en la casa 7 usuarios, 3 mujeres y 4 hombres; aunque hay capacidad para 10. Las condiciones y el perfil de ingreso son:

- Ser usuario de ASSE
- Ingreso Voluntario
- Rango de edad 18 – 60 años
- Usuarios autoválidos
- Indiferente género
- Derivación de ESM tratante con informe escrito: médico y psicosocial.
- Evaluación de Equipo de la CMC (entrevistas iniciales con usuarios y familiares en caso de contar con ellos)
- Diagnóstico clínico: TMG (esquizofrenia y otras psicosis, Tr. Humor, Tr. Personalidad que no presenten conductas disruptivas graves)
- Evolución con importante déficit funcional en una o más áreas (social, familiar, ocupacional)

(Equipo técnico CMC, comunicación personal, 2017)

El perfil de ingreso ha ido cambiando, por ejemplo, en febrero de 2023 luego de un IAE dentro de la casa, decidieron determinar como un excluyente riesgo de autolesiones o conductas suicidas.

Durante las entrevistas iniciales, el equipo indaga sobre antecedentes del usuario, tratamiento actual, y se consulta por vínculos de referencia ej. familiares, amigos, vecinos con quienes el equipo pueda trabajar. Aunque este último no sea un requisito excluyente.

Algunas pautas de funcionamiento del servicio:

- Al ingresar se hace acuerdo de participación.
- Se comparte reglamento de convivencia.
- Elaboración de Proyecto Terapéutico Individual (PTI)
- Mediana estadía que oscila entre 6 meses a máximo 2 años.

- Reunión de equipo semanal (coordinación).
- Se continua atención médica en forma ambulatoria, en servicio de referencia del usuario con médico de referencia.
- Se promueve participación y utilización de recursos y servicios comunitarios, considerando necesidades e intereses de los usuarios.
- Entrevistas con usuarios y referentes con frecuencia a demanda.
- Se da importancia a la red familiar.

(Equipo técnico CMC, comunicación personal, 2017)

Tal como presentan en las pautas de funcionamiento, al ingresar a la casa es necesario firmar un contrato y se les explica a los usuarios las normas y las pautas que deben de seguir. En general, ya se plantean estos puntos junto al proyecto individual, construyendo una especie de “mapa de ruta” con objetivos a corto y largo plazo.

Este punto es crucial, sí pensamos a los usuarios residentes como sujetos de derecho, necesariamente deben ser escuchadas sus necesidades personales y sus deseos para poder pensar la rehabilitación que se busca según los fundamentos que sostienen estos dispositivos alternativos, Castillo et al (2011) afirman que “La recuperación implica la construcción de un proyecto de vida, definido por la propia persona y en la toma de conciencia de su condición ciudadana” (p. 86).

El acuerdo de participación (*Anexo 1*) es un contrato entre ambas partes, es decir que, usuario y equipo de técnico de casa de medio camino están involucrados. En el caso de La Casa de San Carlos, el contrato es de texto breve, en el que ambas partes registran el ingreso al centro. En este acuerdo el usuario que ingresa -o su representante legal- declara haber leído el reglamento de convivencia y comprometerse a cumplirlo. Además, se acuerda también la conformación de un proyecto terapéutico, aclarando el derecho a participar del mismo en conjunto; usuario -o representante legal- y equipo técnico CMC.

Por otra parte, el reglamento de convivencia (*Anexo 2*) se comparte antes de firmado el acuerdo, para que los usuarios puedan decidir si se comprometen a seguir estas reglas. Entre las cuales se encuentran cuidar y respetar los bienes y mobiliarios de uso colectivo como los personales de cada usuario, no pudiendo hacer uso de pertenencias ajenas sin autorización. Los usuarios deberán seguir el cronograma de horarios y tareas de mantenimiento del orden y la limpieza. Tanto hombres como mujeres, no podrán entrar a otro dormitorio que no sea el propio, sumando que las relaciones sexuales quedan prohibidas dentro de la casa. No se podrá usar e ingresar bebidas alcohólicas u otras

drogas a la casa. Se prohíben las diferentes manifestaciones de violencia apuntando al diálogo para resolver conflictos. Sobre las visitas, podrán recibirlas hasta las 19hs, por último, la casa es de puertas abiertas, se permitirá la salida de los usuarios para el desarrollo de distintas actividades de su interés y que beneficien el PTI, siempre con horarios establecidos y comunicación previa con el equipo técnico.

Sobre las salidas, son 3 los usuarios residentes que concurren al Centro de Rehabilitación Psicosocial Antolín Páez que funciona en la ciudad de Maldonado. Dado que las redes son pocas, el equipo técnico no tiene más ofertas para los usuarios, esto genera que queden puertas adentro sin otras opciones de participación en la comunidad. Resumiendo sus actividades en cocinar, ordenar sus dormitorios y pertenencias, gestionar las agendas y controles médicos, levantar los alimentos y la medicación en el hospital, participar en espacio-taller y las asambleas quincenales de la casa.

2. Objetivos planteados para el TFG.

En el siguiente trabajo me planteo como objetivo general reflexionar sobre la experiencia como practicante en “La Casa de San Carlos”, dispositivo alternativo dependiente del Hospital Florencio Alvariza de dicha ciudad, introduciendo aportes teóricos para lograr problematizar algunos de los conflictos más trabajados en la intervención.

Primeramente sistematizar la experiencia de la práctica, reordenando lo que fue el proceso de construcción de un espacio-taller con sus debilidades y fortalezas.

Analizar algunos de los emergentes más destacados, potenciando el trabajo reflexivo con la voz de los usuarios; ¿Qué enuncian cuando se habilita la escucha?

3. Línea de intervención seleccionada para ser objeto de análisis.

3.1 Intervenir en Casa de Medio Camino. ¿Por qué ESPACIO-TALLER?

Introducción ¿cómo surgió intervenir en Casa de Medio Camino?

El equipo técnico en 2022 plantea que residente y practicante puedan sumarse a la CMC. Es así, que surge esta intervención que se sostiene desde el ingreso de la Lic. en psicología y residente Victoria Lopez, quien presentó la idea de generar un nuevo espacio, donde se puedan trabajar conflictos que surjan durante el tránsito de los usuarios dentro de la casa, acompañando y prestando la escucha que necesitan, fomentando un abordaje desde lo integral y comunitario.

En Febrero de 2023 me sumé a la coordinación de dicho espacio en dupla, hasta el mes de agosto cuando se integró una nueva residente, Maite Legaspi, formando un equipo de tres. Dicho dispositivo funciona semanalmente los días Martes, en el horario de 15 a 16:30 hs aproximadamente.

A lo largo de la experiencia fuimos, junto a las residentes y los usuarios, construyendo la demanda para poder planificar mejor la estrategia en el espacio-taller. Pero, *¿Qué implicaría construir la demanda?* Luego de planteada la idea por parte de la residente Victoria Lopez, es decir, se plantea una oferta de intervención, que consistió en crear un dispositivo donde la libertad de expresión sea la base sólida de todas las posibles intervenciones, dado que, ella entendía que era lo que estaba en falta.

En este punto se comienza a cuestionar cuáles son las necesidades reales de esta población específica, cuando yo me sumo a este pensar había un recorrido previo, donde venían problematizando (usuario - técnica conjuntamente) diversas temáticas que afectan a los usuarios. En este devenir, se da la construcción de la demanda, un proceso de análisis permanente entre todas las partes involucradas, entendiendo a esta perspectiva como vía para que la oferta se articule con las necesidades de los destinatarios. “En definitiva, implica posibilitar el despliegue de las distintas subjetividades presentes respecto a la misma realidad objetiva.” (Rodríguez, et al., 2001, p.107).

¿Por qué lo nombramos espacio - taller?

Espacio que muta, que se transforma, lo podemos modificar, repensar y así, llevando el espacio a diferentes escenarios, es que surge esta experiencia que intento compartir en este trabajo. En este caso, el espacio se volvió el que queríamos que sea, dado que nosotros hacíamos el espacio; donde estuviéramos. Encuadre que deforma y forma, genera en su carácter de plasticidad, esta flexibilidad, tan necesaria para responder frente a lo que se presente semana tras semana. Apostando a la clínica situacional de Antar & Gurman (2002) que se desmarque de la clínica tradicional o estructural y no separe al sujeto del contexto.

Siguiendo con la modalidad de intervención que fuimos adoptando, Rodríguez Nebot (1995) trae la clínica en desarrollo, Clínica Móvil, como posibilitadora de nuevas inscripciones, que al producirse genera movimiento, apuntando a un marco de referencias teóricas múltiples donde se puedan aportar estrategias dinámicas. El encuadre de estas características nos permitía llevar nuestros acuerdos de trabajo a donde sea, ej. hospital de día, cocina, plaza, parque, teatro, centro de deportes.

Por otro lado para conceptualizar el dispositivo taller es oportuno tomar las palabras de Cano (2012) quien realiza un recorrido histórico del término, esclareciendo desde un primer momento la polisemia de éste. Utilizamos el taller para denominar múltiples reuniones o encuentros con diferentes características, pareciera que todo puede volverse taller, lo que es polémico, aunque lo que sí es certero, es que desde la Edad Media hasta este tiempo presente, va a decir el autor, el taller es el lugar de trabajo del artista, unidad productiva de quien crea o construye.

Sin dejar este primer acercamiento de lado, el autor toma la noción de dispositivo de Foucault y aportes de Ana María Fernández entre otros, para concluir en su propia conceptualización que

El taller como dispositivo dispone un campo de trabajo y una serie de elementos en relación a partir de una definición estratégica (determinados objetivos). Es decir que en este caso, a diferencia del dispositivo socio-histórico de la investigación foucaultiana, puede decirse que el dispositivo de taller es una estrategia con estrategia. (Cano,. 2012, p.36)

El taller para generar una potencia transformadora debe ser pensado desde un punto de partida estratégico, con objetivos, métodos y técnicas previamente pautadas.

En esta experiencia los talleres se planificaban estratégicamente incorporando los emergentes de lo acontecido semanalmente, variaba la temática según lo que los usuarios compartían el taller anterior. Pudimos abordar temáticas de diferentes índoles por ejemplo: relaciones interpersonales, administraciones financieras, orden dentro de la casa y tareas que les son adjudicadas, estructuras del servicio de salud y derechos de los usuarios, problematizamos el consumo de tabaco y alcohol como también otras sustancias, diferentes tipos de violencias, derechos humanos, etc. En el correr del año volvimos a retomar varias temáticas, ya que cuando la propuesta era más abierta y no tan dirigida, ellos volvían a proponerlos y surgían nuevas resonancias.

Usando diferentes materiales mediadores como son la pintura, el barro, el collage, entre otros, dando la oportunidad de elegir lo que quieran usar, siempre escuchando música de fondo que ellos mismos eligen. Los encuentros se volvieron un espacio de desarrollo creativo dando lugar a nuevos conflictos e intereses para seguir trabajando.

¿Qué lugar tenía la expresión artística en este dispositivo?

En estos encuentros de libre desarrollo creativo, comenzamos a utilizar aportes de la terapia artística o arte-terapia, ámbito que posee varias referentes como son Edith Kramer, Margaret Naumburg, entre otras figuras pioneras del campo, citaré en esta oportunidad a Gonzalez Falcon (2005) y sumamos la mediación artística de Moreno Gonzalez, (2010).



“Voy a hacer un dibujo dentro de mi dibujo”

(Cuaderno de campo, 2023)

A menudo encontramos escritos de diferentes autores y diferentes disciplinas sobre relaciones entre el arte y salud mental, pero particularmente en este trabajo citaré a Gonzalez Falcón (2005). La autora profundiza sobre todo en la importancia de tomar en cuenta la dimensión estética de las obras de arte producidas por pacientes de salud mental, problematizando que estas pinturas quedan en una categoría de desvalorización y

marginación, simplemente por ser creadas por pacientes psiquiátricos; además comparte algunas de ellas.

Sin embargo, su recorrido y explicación del arte como potenciador terapéutico nos permite aproximarnos a nociones generales del ámbito, que serán retomadas luego en el análisis conceptual.

El efecto más relevante del arte es liberar emociones, el hombre a lo largo de la historia ha utilizado el arte como medio canalizador, expresándose con este lenguaje no hablado, que por cierto, es igual de válido que la palabra. No se necesita conocimientos previos, ni dominar técnicas artísticas de impronta profesional o estéticas (Gonzalez Falcón, 2005) y estará disponible para cualquier persona.

Por ende, “tiende un puente hacia la comprensión y superación de los problemas valiéndose de la producción e interpretación de imágenes plásticas, a través de un proceso creativo de naturaleza no verbal”. (Polo, 2000, citado por Gonzalez Falcón, 2005, p.59) posibilitando este recurso, fue que pudimos enriquecernos de esta experiencia con el arte como mediador, trayendo de modo manifiesto los conflictos que no se estaban pudiendo expresar de modo tradicional. Es por esto que podemos afirmar que “La arteterapia resulta un dispositivo que promueve el crecimiento personal en todas sus dimensiones: emocional, cognitivo, social y físico.” (Dumas, M & Aranguren, M, 2013, p.44)

Algunas aclaraciones que hacíamos cada tantos encuentros, o cuando ingresa un nuevo usuario a la casa, son primeramente que todo lo que se produce es válido y los tiempos de creación los maneja cada persona. Además, intentaremos no categorizar el trabajo de otro compañero en resultados lindos o resultados feos. En conclusión, abrirse a reflexionar sobre lo que se crea dado que este espacio artístico tiene otros fines y no son necesariamente estéticos o de aprendizaje de técnicas artísticas.

Es indispensable la claridad de esta última idea, agregando que la expresión no será cuestionada ni censurada bajo ningún concepto, volviendo todo lo expresado en material sobre el cual reflexionar grupalmente.

En otras ocasiones cuando el usuario se mostró más resistente, comunicando que no tenía interés en producir o incluso no comunicándose mediante la palabra se respetaban sus tiempos, según afirma (Moreno Gonzalez, 2010, p.8) “En relación a la no-actividad, a la no

colaboración, podemos considerar que la persona está expresando algo de la misma manera que si estuviera produciendo. No forzaremos la situación en ningún caso.”

Tanto en arte-terapia como en la mediación artística que desarrolla Moreno Gonzalez (2010) el punto importante de la intervención no está en el resultado de la obra, aunque como ya dijimos puede ser considerada una obra de arte -con el valor que es contemplada cualquier obra de arte- sino en el espacio de reflexión grupal, donde emergen los conflictos y los enlaces que hacen posible el proceso terapéutico que se busca. En cuanto a nosotras como talleristas este momento es de tomar registro, para pensar futuras dinámicas y no desviar al grupo del hilo conductor que va transitando.

¿Cómo pensábamos lo grupal en el espacio-taller?

Ana María Fernández (1989) en *El campo de lo grupal: notas para una genealogía* realiza un recorrido sobre los antecedentes del grupo, trae que una de las primeras acepciones del término fue italiana, el *gropo* se utilizaba para denominar a un conjunto de personas esculpidas o pintadas, derivado de *grop*=nudo, además se agrega otro derivado germano *krupa* que significa masa redondeada. De aquí surgen dos figuraciones que forman la base del grupo, por un lado el nudo y por otro, la idea de círculo.

La primera, el nudo, nos posibilita pensar el grupo como anudamiento-desanudamiento, formando entre los integrantes enlaces y desenlaces que además, abren preguntas sobre el nudo que los reúne.

El segundo, el círculo, origen de la forma circular, lo primero que pensamos coloquialmente cuando hablamos de grupo, es decir, la estructura de preferencia. Sobre que esta forma específica se utiliza para transmitir horizontalidad e igualdad jerárquica, la autora nos afirma que son ideas erróneas, “por el contrario, parecerían ser de mucho más peso aquellos intercambios que se organizan desde ese circular -en principio de miradas- que la distribución espacial elegida posibilita.” (Fernández, 1989, p.23)

Entonces, retomando lo inicial, “(...) el vocablo grupo surge en el momento de constitución de la subjetividad moderna. Su etimología refiere a un número restringido de personas asociadas por un algo en común.” (Fernández, 1989, p.25) aunque las características esenciales de los grupos parecen estar delimitadas, no es la respuesta sino la pregunta que abre el campo grupal.

En la infinidad de algo en común, cohesionan los diferentes procesos de subjetivación que dispone cada sujeto, conformando el entramado de posibles anudamientos en base a los que se posibilita la grupalidad.

En el texto, Ana María Fernández (1989) se intenta elucidar la dimensión de lo grupal y diferentes teorizaciones que coexisten, no desestima ninguna, por el contrario potencia la grupalidad haciendo un trayecto por los tres momentos epistémicos que identifica. Es en el tercero, que surge esta forma de pensar lo grupal como los múltiples componentes del nudo. Emerge de la tensión singular-colectivo y las dimensiones institucionales de los grupos. Con la interrogación como método, el coordinador no dirige, no tiene el saber, en lugar de esto, el coordinador cuestiona.

Fue uno de nuestros desafíos sostener este funcionamiento que creíamos era la mejor opción, dado que potenciaba y buscaba lo que nosotras esperábamos del espacio. Los usuarios tenían otros modos de funcionamiento grupal, lo que era esperable, esperando las órdenes, esperando los lineamientos y la conducción del encuentro, anulando su participación o poder de decisión, dejando el saber en nuestras manos únicamente.

El cuestionar la práctica fue un ejercicio de todos los días en esta experiencia, nuestras interrogantes o inquietudes generalmente se enfocaban en nuestro rol, ¿es necesario dirigir?, ¿nos sentimos cómodas digiriendo?, ¿esperarán algo más de nosotras?, ¿se volverá “cualquier cosa”? o una pregunta muy habitual ¿somos parte o no somos parte de este grupo?



Producción grupal en collage; Día Mundial de la Salud Mental. 10 de Octubre, 2023.

4. Articulación conceptual: análisis de la experiencia.

¿Quiénes viven en la Casa de San Carlos?

Como se menciona en el primer apartado, la Casa de Medio Camino es un dispositivo gestionado por ASSE, por tanto, los residentes son usuarios de ASSE. En el año 2023 fueron nueve usuarios los que transitaron el dispositivo. Los movimientos de ingreso y egreso se dan con frecuencia, dado que los tiempos de estadía dependen de cada caso particular.

La mayoría de ellos, antes de ingresar a la casa de medio camino, estuvieron internados por tiempos prolongados en la ex Sala de internación de psiquiatría del Hospital de San Carlos, o como ellos, y la mayoría de los carolinos, lo suelen llamar “el pabellón de psiquiátricos”. Solo tres que son procedentes de Montevideo estuvieron ingresados anteriormente en el Hospital Vilardebó.

Algunos residentes de la CMC cuentan con vínculos afectivos que los apoyan o transitan este proceso de rehabilitación con ellos, apuntando a construir un mejor vínculo, este hecho opera como factor protector y será retomado más adelante en uno de los apartados.

Sin embargo, el resto de los usuarios no tiene esta posibilidad. Esto último no quiere decir que nunca hayan tenido familia o amigos, pero si es oportuno enfatizar que las relaciones interpersonales sufrieron una ruptura que es difícil reconstruir, o en algún caso, los padres fallecieron y el resto de la familia no desea tener ninguna relación con el “enfermo”.

Sumándole a estar en esta situación de vulnerabilidad social, aparece el factor económico, aunque todos tienen pensión por invalidez el dinero no les es suficiente. No tienen donde vivir, algunos si tienen familia que los reciba pero estos refieren no querer “hacerse cargo de un enfermo” o afirman “no quiero más problemas” (Cuaderno de campo en entrevista con equipo técnico, Septiembre de 2023) ¿Qué posibilidades de inclusión están al alcance de estas personas?

Esto genera entre otras problemáticas que los usuarios, en algunos casos, vivieron en situación de calle antes de ingresar al dispositivo CMC “Yo antes de internarme comía de la basura” (Cuaderno de campo, Julio de 2023), otros también tienen antecedentes de consumo problemático de sustancias “La primera vez que me drogué tenía 8 años y no sabía lo que era, me lo dió mi tío” (Cuaderno de campo, Octubre de 2023) y denuncias por

conductas disruptivas en vía pública y en propiedad privada “Yo no sé por qué llamaron a la policía, si yo no hice nada malo” (Cuaderno de campo, Mayo de 2023).

Integrando estas características, en la Casa de San Carlos residen diversas personalidades, diversas historias, que fueron abriendo la pregunta en el espacio-taller; la perspectiva de interseccionalidad es oportuna, en este texto la describiré muy brevemente dado que fue de gran ayuda para pensar algunas situaciones, porque opera para cuestionar las dinámicas de poder que dan lugar a las subjetividades generalizantes. Los pilares de dicha perspectiva surgen del pensamiento crítico feminista, Múnevar (2012) desarrolla esto, explicando de la siguiente forma que

(...)el reconocimiento de las interacciones raza/etnicidad/clase/sexualidad, que produce experiencias diferenciadas, provocaría una ruptura en las nociones homogéneas inscritas en la categoría mujer, con consecuencias políticas: transformación de la idea de universalidad y su relación con categorías sociales establecidas. (Múnevar, 2012, p.58)

Entre la interrelación de estas categorías se producen mayores grados de exclusión y discriminación, para pensarlo en otros sentidos y no solamente en el ser mujer, (Patricia Hill Collins citada por Buenaño Carrillo, 2017, p.25) afirma que “(...)la situación de interseccionalidad no afectaría únicamente a las mujeres de raza negra, sino también a otros sujetos en condiciones de subordinación existentes en diferentes ámbitos de la sociedad.” (Buenaño Carrillo, 2017, p.25) Pensando así, es fundamental entender las múltiples desigualdades interseccionales que operan en la vida cotidiana de los sujetos. Entendiendo el status socioeconómico, nacionalidad o territorio geográfico específico, accesibilidad a servicios, creencias religiosas, orientación sexual, edad, situación de discapacidad o de vulnerabilidad social, como posibles intersecciones que se cruzan.

Al trabajar en grupo, el telar de conflictos que se genera es multi seccional, las historias enuncian varias de estas características que complejizan aún más la inclusión social de cada usuario, se debe ser cuidadoso en el manejo de la situación y además, asumir como un desafío que este grupo tendrá mujeres y hombres, a su vez diferencia de edad significativa y otros múltiples factores que hacen de la mirada integral e interseccional una necesidad.

Nuestra primera experiencia trabajando con usuarios de Salud Mental

Los tiempos y nuestras expectativas fueron un desafío sobre el que tuvimos que trabajar, sobre todo, tomando en cuenta que estábamos dejando de lado el proceso de institucionalización. Esto supone que en los comienzos esperábamos encontrarnos con un mayor grado de participación activa, apuntando a una autonomía que no encontramos. Por ejemplo, algunos residentes no querían salir de la casa.

Muchas veces reflexionamos sobre la falta de voluntad de los usuarios, y el poco interés que demostraban para cualquier actividad innovadora que les proponíamos. Por ende, se puede entender que, no contemplamos en un primer momento que las debilidades o fallas de la intervención, no eran siempre responsabilidades de los usuarios.

En varias ocasiones tuvimos que retroceder, dado que íbamos a otro ritmo y los usuarios no nos estaban siguiendo con nuestras propuestas, por más que demostraran una buena alianza de trabajo. Era momento de pensar mejor la estrategia para obtener resultados positivos, intentando desmarcarse constantemente de los encargos de la institución hacia el espacio-taller, a modo de ejemplo, algunos de estos encargos eran cambiar hábitos como el consumo de tabaco, modificar conductas, promover adhesión al tratamiento lo que suponía en realidad obedecer, no cuestionar, “hacer caso”, es decir que nuestra perspectiva generaba tensiones constantemente. Esto último, volvía la tarea algo agotadora y frustrante, por no obtener resultados rápidos que validen nuestra tarea.

Pudimos entender estas dificultades pensando el proceso de institucionalización del que habla (Goffman, 1970) donde el autor explica en tres etapas lo que el sujeto vive durante una internación, lo llama “La carrera moral del paciente mental”. Esta carrera genera cambios en el yo, alterando cómo la persona se ve y ve a los demás. La primera etapa es la de pre-paciente o como también nombra el proceso de expropiación, que describe cómo el sujeto vivencia los primeros síntomas notando que su estructura está cambiando, que pierde el control de lo que percibe. Invade el temor por creer que se está perdiendo la razón, aquí la institución Hospital es una suerte de salvación, alivio, contención, sin embargo como trae el autor empeora las cosas.

Sea un ingreso por voluntad propia o contra su voluntad esta expropiación se vivencia de igual forma, dado que “cuando se inicia esta primera etapa, es poseedor de derechos y de relaciones; cuando termina, y da comienzo su estadía en el hospital, los ha perdido casi todos.” (Goffman, 1970. p. 139)

Esta primera etapa es traída al espacio constantemente por los usuarios. En ocasiones comparten en modo anecdótico y reflexionan sobre cómo se sintieron la primera vez que fueron ingresados a una sala de internación, que edad tenían y algunos describen lo violentados que se sintieron por la institución de salud y por los afectos que formaban su red de vínculos.

“Yo tenía 12 años la primera vez que me subieron, era un niño chico y lloraba porque extrañaba a mamá” (Cuaderno de campo, 8 de Agosto de 2023). Poniendo en palabras estos momentos bisagras en sus vidas, se nota el dolor que esta expropiación les ha causado, arrasando con todo lo que fueron y sienten que ya no serán, una pérdida que comparten como muy significativa.

La etapa paciente para Goffman efectivamente muestra que se constituye un nuevo yo, en base a lo que los demás han indicado que debe ser el paciente mental, adjudicando nuevas necesidades a la persona. Estas necesidades son el tratamiento farmacológico, el encierro y el control en las salas de internación prolongadas, los manicomios. El paciente mental, dice Goffman (1970), se adaptará a la vigilancia moral ajena que crea sus nuevas características, con las que a partir de ahora vivirá y reconocerá como parte de su identidad.

Sobre los modos de relacionamiento ante lo diferente, en modo anecdótico, puedo ejemplificar que al subirnos a un ómnibus local con los usuarios, los pasajeros nos miraron incluso a nosotras con ojos diferentes, ojos de miedos, ojos de prejuicios ; eso que siempre nos están diciendo o queriendo decir, se sintió ese día casi en primera persona. Ese grupo que subía al ómnibus, no era cualquier grupo, era el grupo de los locos, y nosotras éramos parte de él.

Momento clave, sin dudas, para poder comprender los desafíos de simplemente vivir en sociedad como “discapacitado mental” (Cuaderno de campo, 11 de Abril de 2023). Desde este acontecimiento novedoso para mi, puedo pensar en el campo-tema con otras impresiones e incorporarlas para reflexionar.

Involucrarse, por tanto, no sólo consiste en establecer un vínculo de influencia sobre un campo o unos actores, sino que pasa por situarse en un entramado más amplio de relaciones, en cuestionarse sobre la posición que uno ocupa en el estado de cosas relativo al campo-tema y en los cambios que le acontecen. (Martínez, 2014, p.17)

Me resuenan también las palabras de (Basaglia 1979, p. 53) en las que dice “(...) debemos ir en busca de una situación de complicidad y de reciprocidad hacia y con el enfermo”, por otro lado me cuestiono ¿cómo intervenir desde otro lugar que no sea de reciprocidad?

4. 1 Pensar las redes de apoyo, particularmente, la familia.

En cuanto a conflictos sobre relaciones interpersonales, en general, emergió sobre todo en los talleres que apostamos a una dinámica de desarrollo creativo o libre expresión, donde además circulaba la palabra, también pudimos dar cuenta que este tema surgía por ejemplo en la plaza, encuentros donde el grupo expone vivencias que se mantenían calladas, se volvía un grupo testimonial, según refiere Percia (2004) la intención es que sus declaraciones, lleguen a la forma de palabra para un otro.

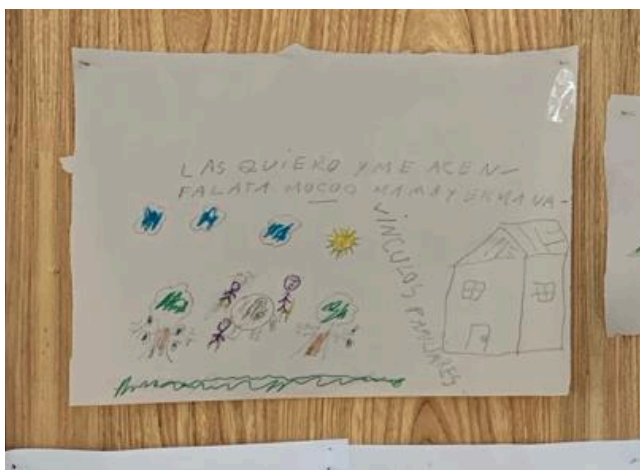
De alguna forma, luego de que las alianzas de trabajo se volvían más consolidadas, las enunciaciones cobraban más carga emocional, mayor contenido significativo, incluso refieren hablar en la semana entre ellos, de cosas que quedaron pensando luego de los encuentros.

Al compartir sus sentires se despliega el diálogo. La escucha se vuelve necesaria incluso en las pausas, cuando el silencio se vuelve ensordecedor. Para el desarrollo de este apartado voy a utilizar la red vincular más reiterada en el espacio-taller; la familia. Para eso desarrollaré a continuación una viñeta sintetizando una situación puntual.

Viñeta 1

**Los nombres han sido modificados con la intención de proteger la identidad de los involucrados.*

Nestor es un hombre de 41 años, nacido en Montevideo. Antes de su última internación y posterior derivación a la Casa de San Carlos, vivió en situación de calle varios años. Se presenta tranquilo, disponible siempre para ayudar a los demás y activo a participar de todas las propuestas.



De su familia trae a su mamá y su hermana, a las que no ve hace muchos años, perdió la cuenta de cuantos han pasado. Tiene más hermanos y tíos, pero no sabe dónde viven, ni que es de ellos actualmente dado que se desvinculó hace mucho tiempo. En la adolescencia recibió el diagnóstico de esquizofrenia. Entre los 15 y 17 años comenzó a notar que su realidad “estaba un poco rara”, manifiesta que comenzó a ver cosas que producía su propia mente, “los demás no las veían y eso me asustaba”. Se volvió perturbador, las luces aparecían y lo dejaban “ciego”.

Entre las anécdotas que comparte, cuenta que cuando eran niños su mamá los llevaba a la plaza, en algunas oportunidades hacía producciones gráficas representando estas escenas, y nos compartía historias. En su relato, busca equilibrio entre lo que produce tristeza y felicidad, sonriendo y transmitiendo mucha tranquilidad y calma de manera constante.

En este gráfico escribe texto, “Las quiero y me hacen falta mucho - mamá y hermana”. En la reflexión, sobre su madre agrega “No se si la han llamado, pero me gustaría hablar con ella, pedirle perdón” (Cuaderno de campo, Julio 2023)

Sin ánimo de profundizar en el análisis de la viñeta, si considero apropiado traerla para introducir el clima de los relatos en el espacio-taller sobre la familia. Luego de escuchar esta reflexión, el resto de los usuarios comienzan a desplegar sus sentires, algunos se comunican con miradas, otros con palabras que devuelven al compañero, y así sucede, con cada contenido testimonial que comparten.

Desde nuestro rol, entiendo que en estos momentos la disciplina opera de escucha y contención, cuidando no caer en devoluciones sin fundamento, ya que no podemos nunca dar devoluciones de categoría esperanzadora, cuando no tenemos garantías de que esa madre responda favorablemente su llamada.

La pregunta que nos deberíamos hacer es, ¿qué tan tarde se está accionando cuando la familia y el enfermo mental están desvinculados? o por otro lado, ¿Cuál es el rol de los dispositivos alternativos en esta tensión?, ¿Los servicios de salud tienen que dar respuesta a esta problemática?, ¿De qué manera?

Sobre la red social de apoyo con la que cuenta el paciente mental (Gracia, 1999) señala que “(...) además de ser pequeña, se encuentra sobreutilizada, y las transacciones con miembros de la red se caracterizan por la asimetría y falta de reciprocidad (los pacientes

reciben más apoyo del que proporcionan), lo que genera, con frecuencia, estrés, tensión y desgaste.”(p.319)

Sobre el apoyo de la sociedad, las familias viven rechazo al igual que lo vive el enfermo mental, la exclusión la padece el núcleo familia, “ (...) a diferencia de las reacciones de la red social cuando en una familia ocurre una enfermedad (apoyo, comprensión), cuando se presenta una “enfermedad mental” las reacciones de la red suelen ser de alejamiento.” (Ardila, 2009, p.120)

Es por este motivo, entre otros, que OPS (2020) entiende como facilitadores y sostenedores esenciales para el proceso de desinstitucionalización, el apoyo a familiares de usuarios, oferta de grupos de apoyo y psicoeducación a las familias, dado que, es necesario capacitar a las mismas para que sepan cómo actuar ante síntomas o estados anticipatorios de las crisis.

Por otra parte, Gracia (1999) recopila aportes de varios autores para desarrollar esta idea de el apoyo social como pilar fundamental para la vida en comunidad del paciente mental, la necesidad de los grupos de referencia para familiares u otros integrantes de la red de apoyo. Se vuelve la familia, una red que debe ser asistida al igual que el usuario. Estos grupos de apoyo o de información mencionados “no solo facilitan el desarrollo de nuevas relaciones de amistad, sino que, además, esta ampliación de la red social puede actuar como un importante factor protector contra el estrés y como un recurso en situaciones de crisis.” (Gracia, 1999, p.327)

Siguiendo la línea de pensamiento, podemos agregar que el apoyo familiar no puede ser pensado fuera del actual contexto histórico, Ardila (2009) desarrolla que en América Latina, la institución familiar ha sufrido un proceso que denomina externalización hacia las familias por parte del Estado. Esto último quiere decir que, la familia debe asumir su propia protección, recayendo este impacto mayormente en las mujeres, dado el modelo patriarcal que se sigue manteniendo vigente. Surgiendo así, una externalización hacia la mujer.

Se vuelve indispensable, para elucidar esta problemática, entender lo necesario de desnaturalizar y deconstruir las lógicas de la posmodernidad que apuntan a la individualización. Construyendo socialmente esta idea, que parece cristalizada, de que la familia debe cuidarse entre familia. Y sobre todo, este mandato social de la mujer como cuidadora ante todos los escenarios de desprotección pensables, dado que se deposita mayoritariamente en ella la responsabilidad.

Entran en juego variables del orden político, económico, cultural, social, entre otros. Por ende, la pregunta por la responsabilidad podría comenzar a pensarse en términos de corresponsabilidad entre las instituciones involucradas en velar por la protección social de los sujetos.

“(…)es necesario pensar si el apoyo pedido a las familias contribuye a posibilitar la inclusión de la persona con trastorno mental y el respeto de sus derechos, o si, por el contrario, está propiciando formas de exclusión y de vulneración, o las dos cosas de manera simultánea.” (Ardila, 2009, p.123)

La familia necesita de apoyo, para ser apoyo del paciente mental.

¿Qué sucede con los usuarios que carecen de apoyo como Nestor?

Una conclusión surge inevitablemente, los usuarios de salud mental institucionalizados, que no cuentan con apoyo familiar, o su apoyo familiar es muy limitado, poseen más dificultades para reinsertarse socialmente.

Frente a esta situación de vulnerabilidad, es que surge la Casa de Medio Camino como cuidado intermedio, “residencias de medio camino o residencias protegidas y hospitales de día, que hagan posible que la persona institucionalizada viva en la comunidad cuando no haya una familia que acoja.” (OPS, 2020, p.17)

En ocasiones, como ya muestra la experiencia, la Casa de San Carlos, se vuelve oportunamente un lugar de referencia para el usuario egresado. Construye su red con ex-compañeros que aún viven ahí, se posibilitan las visitas, incluso van a tomar mate en la tarde como forma de egreso progresivo. Si bien, el dispositivo residencial no puede dar respuestas a una problemática tan compleja, opera en la medida de sus posibles, ofreciendo una resolución que acompaña al usuario luego de egresar y disminuye su malestar emocional sintiéndose sostenido.

Retomando la viñeta para concluir, Nelson, que como se puede leer carece de red de apoyo y debe construirse una nueva red de contención frente al egreso, desestimó volver a Montevideo y decidió que al egresar, alquilaría una casa en San Carlos, para estar cerca de sus referentes de CMC como han hecho otros usuarios que transitan por el dispositivo.

Esta especie de respuesta/solución al problema, fortalece la idea de que como cualquier otro sujeto, pueden y deben tomar decisiones sobre su futuro. Sin necesidad de que haya otro cuidando y vigilando. Si puede ser una opción, la misma forma en la que todas las personas nos relacionamos, teniendo a otro que acompañe y pueda estar disponible en caso de necesitarlo. Si tratamos a la inclusión social como lo contrario a la exclusión, ¿Nelson sería incluido a nivel social?

4. 2 Deformado; algo que perdió su forma regular.

Estigmas labran los cuerpos.

Marcelo Percia (2018)

Viñeta 2

A continuación se tomarán datos clínicos de un ciclo de 3 talleres con barro dentro del dispositivo espacio-taller. Surge para indagar sobre la imagen corporal, autopercepciones e impresiones sobre su apariencia.

El barro como mediador artístico tiene características diferentes, especialmente por la forma tridimensional a la que se puede alcanzar, las diversas texturas que se pueden apreciar, la capacidad de moldeado, cortado, amasado y su origen de la tierra, de ella además se vincula lo primitivo. En este grupo, el barro fue aceptado y la novedad fue enriqueciendo los modos, dado que para todos y todas era la primera vez que lo utilizaban.

El hecho de ensuciarse y mojarse las manos, amasar, dar forma, además de poner en evidencia lo motriz también expone contenido simbólico sin el uso de la palabra, aunque en este caso emerge también el discurso.

A modo de síntesis, la dinámica consistió en crear una figura humana con sus manos, si alguno quería también podía utilizar utensilios o herramientas que estaban disponibles. Cerrando con la reflexión de todos los encuentros, en la que nosotras tomaríamos nota para posteriores talleres.

En la segunda instancia esa figura humana debía ser terminada, como quisieran, pintada, decorada, etc. Y en la tercera y última instancia, debían regalar esa obra a otro compañero, contando, si querían, por qué elegían a esa persona.

En la reflexión de la primera instancia, Marcos, que utilizó para la creación sus manos como únicas herramientas, afirma “me quedó como me ve el resto: deformado” (Cuaderno de campo, 5 de Septiembre de 2023). A la semana siguiente, el mismo usuario dice “la cabeza la dejo así, sin pintar, negra de podrida” (Cuaderno de campo, 12 de Septiembre de 2023)

De-formado de la forma.

Deformar para la Real Academia Española (Diccionario de la lengua española, 2024) quiere decir, “hacer que algo pierda su forma regular o natural”. Podríamos concluir entonces, que alguien que dice ser deformado, declara haber perdido la forma.

En la viñeta además se agrega - al resto - haciendo alusión al resto de la gente. Lo podremos configurar como - el resto de la gente me ve deformado -. El resto como pluralidad de personas, como los otros. En esos otros y sus relaciones sociales, se conforma la sociedad.

En cuanto al paciente mental, Goffman (1970) expone, como he mencionado anteriormente, la sociedad define que éste posee un yo no viable, no funcional. Es tarea del paciente descubrir que puede sobrevivir a lo que según la sociedad lo destruye.

Cada yo está inscripto en un sistema de relaciones sociales, institucionales, económicas, políticas, que lo constituyen, por ende, “no es propiedad de la persona a quien se le atribuye, sino inherente más bien a la pauta de control social ejercido sobre esa persona por ella misma y por cuantos la rodean.” (Goffman, 1970, p.171)

Cuestionando la identidad en la psicosis.

La identidad se construye inseparable de la diferencia, según Ana María Fernández (2009) para pensar esta tensión identidad-diferencia expone tres tipos de diferencias: la diferencia de lo no idéntico, la diferencia como el otro y la diferencia con el orden del ser; ser diferente. En este último, lo diferente formula la identidad, que se constituye como también afirma Goffman (1970) sobre ese carácter o rasgo diferente y en relación social.

Se vuelve necesario desnaturalizar lo que configura en el mismo movimiento esa diferencia y la desigualdad en conjunto. “Se sostienen así muchos siglos de dispositivos de discriminación, exclusión, estigmatización o exterminio” (Fernández, 2009, p.26)

El estigma según Goffman (1963) parece hacer referencia a un atributo, pero en realidad hace referencia a las relaciones que se dan en justificativo de ese atributo desacreditador.

La conciencia de la inferioridad, desencadena en una inseguridad para el sujeto, que emerge de saber que no puede arreglar eso que lo condena a ser estigmatizado, Goffman (1963) citando a Sullivan describe que la deficiencia del yo, crea que el sujeto ante un otro “normal” o no-estigmatizado sienta inseguridad e incertidumbre sobre cómo será calificado o en qué lugar será colocado. “De este modo, aparece en el estigmatizado la sensación de no saber qué es lo que los demás piensan “realmente” de él” (Goffman, 1963, p.8)

En las notas “*Los hombres de open door*” Percia (2008) describe la experiencia de Leandro Berra, un artista visual, que llega al hospital público Domingo Cabred para hacerle una propuesta a los pacientes del pabellón cuatro. Dicha propuesta consistía en una producción estética sobre la composición imaginaria de la identidad humana.

Berra lleva al hospital una experiencia del programa Faces, una base de datos con características faciales diversas que posibilitan realizar un retrato robot. El identikit es una herramienta que se utiliza para reconstruir rostros, por ejemplo, un fugitivo no fotografiado. De ahí surge el auto-identikit, con el mismo objetivo de reconstruir rostros, pero esta vez el propio. En el hospital, (Percia, 2008, p.5) señala que esta vivencia “puede pensarse como un ejercicio de la mirada, de la memoria, de autocomposición”

Los pacientes participaron por voluntad propia, reconstruyendo su rostro como lo recordaban, sin poder mirar sus fotografías; las cuales fueron tomadas para en una siguiente instancia comparar el auto-identikit con la fotografía al estilo carnet.

Esta comparación, a modo de cierre, se expone en la habitación más transitada del pabellón y allí queda por mucho tiempo. En el momento de contemplar, el autor señala que son rostros que podemos ver en cualquier escenario de la vida cotidiana, aunque agrega “Presencias en las que, sin embargo, se intuye la intensidad de una aflicción quizás imposible de expresar” (Percia, 2008, p.8)

Articulando ambas experiencias traídas en este apartado, me cuestiono sobre la aflicción, ¿es posible que el paciente mental proyecte otra autocomposición? además sobre el resto, es decir, los “normales” ¿que forma de rostro buscamos ver?. Luego de este recorrido, entiendo lo positivo de que Marcos identifique que -el resto- lo ve deforme, que el otro espera de él otra forma, o creen que ha perdido la forma que debe tener.

Sin embargo, somos seres sociales y siempre que la sociedad estigmatiza al otro por su diferencia, genera cambios en el yo del sujeto, reproduciendo y sosteniendo una discriminación y segregación que desencadena la baja autoestima, la dificultad para establecer relaciones interpersonales, sentimientos de inseguridad, aflicción y en algunos casos evitar la vida social o el tránsito por lugares públicos.

Todos estos desencadenantes se piensan en el espacio-taller, los usuarios manifiestan que ellos “son los raros” y los tratan de manera desigual, por ejemplo comparten que no los atienden cuando entran a un local comercial o no los dejan probarse los artículos de una tienda de ropa.

Basaglia (2000) sobre la dificultad de lograr que la sociedad viera al loco de otro modo, manifiesta que con este cambio de perspectiva, consecuentemente, se violenta a la sociedad, se le obliga a aceptar al loco, por ende, es necesario ayudar a la comunidad a cambiar la cultura del loco, convenciendo que su lugar es en sociedad. Aunque acepta que siempre habrá gente que quiera al loco encerrado en el manicomio, es por eso que, para un proceso de desinstitucionalización exitoso se necesita trabajar en comunidad y con comunidad.

4.3 ¿Qué sucede en el horario de la siesta?

“Ante el *individuo a corregir* se ponen en marcha procedimientos y técnicas para enmendar lo errado. Pero ante el fracaso de los enderezamientos y domesticaciones, se declara al *individuo por corregir*, incorregible.”

Marcelo Percia, (2018).

En la Casa de San Carlos, las habitaciones o dormitorios están divididas por sexo, para que quien lea se imagine como son, los muebles y las camas son de internación hospitalaria, iguales a las que se usan en la Sala de Agudos de la Unidad de SM. Incluso la ropa de cama tiene grabadas las siglas de ASSE y el nombre del Hospital de San Carlos. Luego de una donación del Rotary Club de la ciudad, pudieron elegir colchas y mantas con diseños más personalizados, pero hasta entonces, las mantas también eran del hospital.

Los horarios establecidos por orden del equipo técnico para permanecer en las habitaciones son después del almuerzo (estimativo 12:00hs hasta las 15:00 hs) y después de la cena (estimativo 21:00 hs hasta las 08:00hs).

Sobre el funcionamiento en la casa, algunos usuarios comparten el disgusto de tener que permanecer en las habitaciones por algunas horas. “a las 12:15hs estamos adentro ya” (Cuaderno de campo, 19 de Septiembre de 2023)

Entre las puntuaciones de las cosas que les gustaría cambiar aparece el horario de la siesta constantemente. Como aporte traigo un acontecimiento, la residente de psicología Victoria Lopez, que ya había escuchado este interés de los usuarios en el año 2022, propuso que por un día a la semana esta normativa se pueda cambiar así los usuarios después de almorzar podían aprontarse para el espacio-taller, quedando este para la hora 14:00 en lugar de la hora 15:00. Esta idea fue negada, pero se acordó que los días martes el horario de permanecer en la habitación sea hasta las 14:30hs, dejando una media hora previa para aprontar el mate y cambiarse antes del espacio-taller.

Es así que emergen algunas expresiones como “gracias por salvarnos de ese encierro” (Cuaderno de campo, 7 de Mayo de 2023) desmarcando el espacio-taller del funcionamiento general de la casa, vale aclarar que, como coordinadoras del espacio siempre buscamos la manera de guiar una adaptación a las normas, para potenciar y promover un buen tránsito por el dispositivo, sin embargo, esta demarcación operaba de

posibilitador para la construcción de un espacio seguro y diferente, “lo que más me gusta de los martes es que somos libres y podemos decir lo que queremos” la misma usuaria agregó, “yo en la siesta me quedo mirando el techo, se nos hace eterno, no pasa más la hora” en oposición, un joven señala “a mi no me molesta, porque me encanta dormir” (Cuaderno de campo, 7 de Mayo de 2023)

Entonces la reflexión no es sobre la siesta si o la siesta no, es sobre poder decidir si quiero o no, estar en mi habitación, dormir o no dormir, como autonomía básica de cualquier ser humano. El malestar que en el grupo surge es el no poder de decisión. Lo contradictorio es que el dispositivo tiene como objetivo promover la autonomía, la independencia de cara al egreso y la inserción social. Sin embargo, parece que no pueden decidir sobre la siesta.

Dadas las reiteradas situaciones donde el diálogo en el espacio-taller era sobre inquietudes, o desacuerdos en cuanto al funcionamiento, entendimos oportuno proponer que vuelvan las asambleas en la casa. En los comienzos fue un recurso que se utilizó, pero hace años se había dejado de promover. En noviembre de 2023 se concretó la primera asamblea con usuarios residentes, licenciada en enfermería, auxiliar de enfermería, practicante y residente de psicología, el orden del día fue comenzar a planear las fiestas de fin de año.

Si bien es importante reconocer que en todos los dispositivos residenciales, de diferentes características, hay reglamentos para la convivencia, pautas de funcionamiento y entendimientos o acuerdos que hagan del día a día algo armónico. Por eso es que, más allá de las reglamentaciones, en este apartado se intentará profundizar qué aspectos del orden de lo manicomial se siguen anclando en el dispositivo CMC y cómo repercute en el funcionamiento del espacio-taller.

Dinámicas de control que se sostienen, ¿Transinstitucionalización?

El proceso de Reforma de la Salud Mental, modifica lógicas de control y disciplinamiento a regímenes de libertades (Dorta, 2022) que necesariamente significan costos para toda la sociedad.

Es imprescindible entonces, modificar como sociedad la forma en la que pensamos al loco, debe dejar necesariamente de ser un sujeto a corregir. Transformar los modos tradicionalmente manicomiales implica grandes cambios a nivel institucional, cultural, relacional, etc.

Traeré algunas nociones para aproximarnos a la problemática. En primer lugar, para Foucault (1988) el poder no es algo localizado, este se da en relación con otros. Esta relación es asimétrica por la autoridad y la obediencia. El poder incita, suscita y produce.

¿Cómo se produce esta relación de poder? Para ejercerlo, en la sociedad, se aplican técnicas de amaestramiento, dominación y diferentes sistemas para lograr la obediencia. Esta relación produce además efectos de verdad, produce saber y sentido.

El poder es lo que dice no. Y el enfrentamiento con el poder así concebido no aparece sino como transgresión; — permite pensar la operación fundamental del poder como un acto de palabra: enunciación de la ley, discurso de lo prohibido. La manifestación del poder reviste la forma del «no debes». (Deleuze & Foucault, 1988, p.80)

Transgredir, desencadena castigos, exclusiones, y mantiene segregado al sujeto que no responde obedientemente, se comienza a catalogar al transgresor como el incorregible o el caso perdido. El discurso de lo prohibido lo ha invadido todo, y en determinados casos esos discursos oprimen vidas enteras que ya no se permiten transgredir bajo ningún concepto.

Por otro lado, la noción de dispositivo en Foucault se suele definir de su respuesta más concreta y la que utilizaré para seguir esta línea de pensamiento

Lo que trato de situar bajo ese nombre es, en primer lugar, un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; en resumen, los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no-dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos. (Foucault, 1986 citado por García, 2011, p.1)

Si pensamos en el dispositivo foucaultiano, con la heterogeneidad que eso implica, este nos “(...)permite ubicar nuestra reflexión sobre los mecanismos de poder que modulan el campo de la salud mental. Sin embargo, si bien se privilegia el dominio del poder, hay una necesaria articulación con el plano discursivo.” (Dorta, 2022, p.4)

Por otra parte, (Deleuze,1989) agrega que “En todo dispositivo hay que distinguir lo que somos (lo que ya no somos) y lo que estamos sien-do: La parte de la historia y la parte de lo

actual.” (p.159) Lo que somos o dejamos de ser, que se inscribe en el presente, mediante nuestras formas de relación social y transformando ese presente mediante la acción y el movimiento dentro de los dispositivos que habitamos.

En el dispositivo disciplinar el poder se dirige al cuerpo, por ende, se debe disciplinar, corrigiendo y volviendo dócil al loco (Dorta, 2022).

Identificando esta última estrategia de biopoder, con tendencia de domesticación, en la cual permanece cristalizada la monotonía y la ritualización de la vida cotidiana. Es oportuno aludir que, los establecimientos sociales donde operan las instituciones totales pueden ser identificados con algunas características que denota (Goffman, 1970), un grupo aislado de la sociedad que en el encierro comparte una rutina programada, bajo una autoridad única, el personal cataloga a los internos como “cruels, taimados, e indignos de confianza” (Goffman, 1970, p.21) y en esta relación, “los internos suelen considerar a el personal petulante, despótico y mezquino” (Goffman, 1970, p.21)

Esto último, desencadena un vínculo distante, no humanizado, además “es característico mantenerlos en la ignorancia de las decisiones que se toman sobre su propio destino” (p.22)

Sobre estas reflexiones de control, (Basaglia, 2000, p.26) afirma que “(...)la psiquiatría es desde su nacimiento una técnica altamente represiva, que el Estado siempre usó para oprimir a los enfermos pobres, es decir la clase trabajadora que no produce.” Aunque los movimientos sociales han cuestionado lo instituido, el proceso de transformación es un desafío hasta hoy, dado que la experiencia evidencia como sigue operando este discurso incluso en las estructuras alternativas. La Nueva Ley de Salud Mental expresa claramente que

Las estructuras alternativas no podrán reproducir las prácticas, métodos, procedimientos y dispositivos cuyo único objetivo sea el disciplinamiento, control, encierro y en general, cualquier otra restricción y privación de libertad de la persona que genere exclusión, alienación, pérdida de contacto social y afectación de las potencialidades individuales. (Uruguay, 2017, Artículo 37).

Aunque el dispositivo CMC no sigue rigurosamente lógicas del orden manicomial, tal como se trae en la viñeta hay estructuras instituidas que parecen conservarse apuntando a un disciplinamiento y control sobre el cuerpo, es decir, sobre la vida. Por ese motivo, creo oportuno reflexionar sobre estas formas de funcionamiento. Dado que, pareciera ser un

ejemplo de transinstitucionalización, entendida como un “cambio de nombre de las instituciones sin que se haya modificado sustancialmente el modelo de atención asilar.” (OPS, 2020, p.4)

Por último, abriré preguntas ¿No se deberían de supervisar y capacitar los recursos humanos en pos de una mejora?, ¿Qué herramientas o recursos se les brinda al personal que habita el dispositivo para que este discurso cambie?

Repercusión en el espacio-taller.

La ambivalencia en la que se divide el equipo, entre profesionales pro reforma de salud mental y profesionales más conservadores, hace que los usuarios residentes comiencen a catalogar de buenos y malos a quienes trabajan allí. Es inevitable, porque forma parte tangible de la realidad que viven cotidianamente “algunas enfermeras nos dejan bañar cuando queremos, a otras les tenemos que pedir permiso” (Cuaderno de campo, 7 de Mayo de 2023)

Debo hacer una aclaración sobre esta línea, en varias ocasiones, hay técnicas que promueven que tomen decisiones, o incluso permiten un despliegue más autónomo, esta tensión entre perspectivas no termina de definir un orden único en la casa; coexisten.

Retomando lo mencionado al comienzo de este apartado, en las enunciaciones de los usuarios emerge esta división del espacio-taller y el funcionamiento general de la casa, y nosotras como coordinadoras también adoptamos eso como posibilitador de una alianza diferente.

En este dispositivo el grupo de residentes CMC se sentía seguro, transmitía confianza y eso construye un terreno donde se dan expresiones que no tienen lugar en otros encuadres. Desde nuestro rol como coordinadoras, ¿Que volvía esto un hecho? Considero que nos aproximamos a la escucha. Escuchar lo que tienen para decir, validar sus pensamientos, confiar en su palabra, abrirle lugar a nuevas formas de relación más horizontales. Fomentar un vínculo humanizado que respete y dé valor a lo que tienen para decir. Estar disponible al padecimiento, sufrimiento, malestar, angustias y habilitar la palabra como en cualquier encuadre clínico.

La devolución que hacían los residentes de CMC al espacio no siempre era en acuerdo, pero eso da cuenta del proceso de apropiación de este, y sobre todo, de su interés por

mejorar las condiciones de trabajo. Cuando una dinámica no les gustaba, lo podían decir. Cuando no querían formar parte de una actividad y querían hacer otra cosa, lo podían hacer. Cuando se querían retirar, se podían retirar. No tomamos este hecho con una connotación negativa, porque es esto lo que volvía el espacio no obligatorio.

4.4 El futuro; preocupación constante.



“Normalidades discapacitan vidas que siguen cursos que difieren de las marchas de las mayorías.”
Marcelo Percia, (2018).

Taller “Imagino como será mi habitación ideal”

Esta propuesta surge luego de que usuarios - enfermeras tengan diferencias que generan tensiones por orden y limpieza de espacios personales, muebles de uso privado, etc. Nosotras nos mostramos disponibles para poder trabajar esta temática y escuchar lo que manifiestan los usuarios sobre cómo quieren vivir o desean hacerlo en un futuro.

Ideamos una dinámica donde semi dirigimos el taller. La consigna era breve, debían crear con los mediadores que desearan una producción de su habitación ideal o casa ideal. Entonces emergen las enunciaciones que traigo a continuación, aunque sumaré también resonancias a posteriori.

Resonancias positivas sobre vivir en Casa de Medio Camino de San Carlos, “Me ha gustado aprender a cocinar, ahora se cortar morrón y cebolla..., hago tuco...”, sobre la autonomía en otros momentos, como cuando vivían con sus padres “mi madre no me dejaba hacer nada lo que pasa, acá aprendí más o menos”, “papá me trata de inútil, cuando vuelva no me va a dejar hacer nada sola” (Cuaderno de campo, 25 de Julio de 2023)

Comparan sus anteriores estilos de vida con los actuales “En la calle nos calentábamos con una lata de fuego, y ahí también cocinábamos, hasta hacíamos tortas fritas”, “No sabía lavar

ropa tampoco”, “yo aprendí a bañarme todos los días”, “tengo un techo y una cama, me gusta la casa” (Cuaderno de campo, 25 de Julio de 2023)

Sobre el acceso a viviendas - “¿eso se puede pedir?” (Cuaderno de campo, 25 de Julio de 2023)

Concluyen con las ganas de tener su propio hogar “Le dije a la asistente social, que quiero una piecita con un baño nomás y estar tranquilo”, “Yo quiero trabajar y poder vivir con mis hijos que me necesitan como madre”, “Tengo pensado arreglar una pieza atrás de la casa de papá, para vivir con él pero en un lugar separado con mis cosas”, “Me gustaría una casa de salud como a la que se fue una compañera, en el centro, está bueno porque tiene un cuarto para ella sola”, “Yo no sé para dónde me van a mandar, ya hace más de 2 años que estoy en la casita” (Cuaderno de campo, Julio de 2023)

Sobre la economía y el trabajo - “A mi me gustaría aprender carpintería” (Cuaderno de campo, Julio de 2023)

En cuanto a la alimentación, en el hospital les brindan todos los días los ingredientes para que se cocinen, “No me gusta que me den todo, me gustaría poder pagar mis cosas”, “No, no tengo ni idea cuanto sale un kilo de papas” (Cuaderno de campo, 25 de Julio de 2023) Ellos deben comprometerse a comprar artículos de higiene y limpieza entre todos.

Por otro lado, en cuanto a la administración de gastos o el uso de la pensión agregan “Ahora me manejo bien, pero cuando me vaya de la casa no se que voy a hacer solo”, “Este mes debo 9.000 pesos de la libreta del almacén”, “Pude ahorrar si, estoy contento”, “Nelson ahorra, pero yo me gasto todo en tabaco” *se ríe, luego de que otros compañeros siguen la ronda de diálogo por otros temas, éste último pregunta “¿cuanto es el aumento de la pensión?” (Cuaderno de campo, 25 de Julio de 2023)

Tomando estas enunciaciones como estímulo para reflexionar, podemos primeramente dar cuenta que los usuarios con redes de apoyo y recursos económicos disponibles manifiestan preocupaciones, pero no traen al espacio el malestar y la angustia que genera la desprotección social como el resto de los compañeros de la casa, que además, sienten desamparo afectivo en todos los sentidos, es decir, están solos.

Breve recorrido para pensar el egreso, ¿Qué sucede con los “locos pobres”?

Nuestra sociedad actual, con discursos individualistas bajo las políticas neoliberales presentes, deposita la responsabilidad de la vida en la utilidad o productividad de cada individuo o familia.

Esto desencadena una problemática para aquellos sujetos en situación de discapacidad; ¿Dónde podré vivir? ¿El dinero me será suficiente? ¿Puedo cuidarme yo mismo?. Estas interrogantes que desbordan frecuentemente el espacio-taller muchas veces no tienen respuestas, como lo mencioné antes hay casos muy diversos, sobre esta realidad Basaglia (2000) expresa que al entrar en el manicomio el médico podrá dar cuenta de que tiene dos clases sociales frente a él, las cuales se diferencian de la siguiente manera, “por un lado los “locos pobres”, por otro lado los ricos, la clase dominante que dispone de los medios para el tratamiento de los pobres locos.” (p.26).

El discurso de los Derechos Humanos se construye en un “mundo bipolar” donde coexisten dos perspectivas “un eje central en los derechos civiles y políticos individuales y el otro en los derechos colectivos y sociales” (Stolkiner & Ardila, 2012, p.15) De las dos miradas, el discurso de derechos se ha inclinado hacia el primer eje central.

La construcción de sujeto a la que responden estos derechos civiles y políticos es a un varón, occidental, blanco, adulto y burgués que accede al principio de libertad mediante la razón, demostrando al Estado estar en capacidad de hacerlo. Esta construcción de sujeto de derecho opera como desencadenante de otras diversidades como “formas humanas” que son excluidas, dejando el criterio de lo universal en un estado cuestionable, “(...)los “locos”, privados de la razón necesaria para el ejercicio de la libertad fueron parte de las excepciones, junto con las mujeres, los niños, los pueblos colonizados, los asistidos por la lógica filantrópica y los diversos (...)” (Stolkiner & Ardila, 2012, p.16)

Sobre lo universal de los derechos humanos, De Sousa Santos (1997) afirma que en la aplicación no existe tal universalidad. Lo argumenta con su mirada multicultural de los derechos humanos, y cuestiona si es posible que todos los derechos se consideren en todas las culturas. El autor trae de ejemplo la dignidad humana, que existe en todas las culturas, pero no quiere decir que sea visto como un derecho en cada una de ellas. Se pregunta, ¿Qué sucede cuando una cultura es violentada por los derechos de otra cultura?

Pensando esta idea de universalidad, me encuentro en acuerdo con Basaglia (2000), quien comenta lo importante de ser realista y trabajar en la sociedad que se vive. No mentirnos hablando de sociedades en las que no vivimos, porque de ese modo no podemos encontrar respuestas para la persona que sufre.

Stolkiner & Ardila (2012) de acuerdo con De Sousa Santos (1997), incorporan esta perspectiva multicultural y lo articulan con el pensamiento médico social/salud colectiva, dicho pensamiento tiene puntos similares con la Reforma en Salud Mental. Pero, ¿de qué se trata la medicina social/salud colectiva? En primer lugar, surgen en América Latina una serie de movimientos sociales y revolucionarios en respuesta a la crisis en salud que suponía una crítica a los paradigmas hegemónicos, de este escenario político social surge la necesidad de nuevas formas de pensar los procesos colectivos en salud.

A diferencia de la Salud Pública que construye la población a partir de la suma de características de individuos, la Medicina Social considera a la población y a las instituciones sociales como totalidades cuyas características trascienden las de los individuos que las componen. (Stolkiner & Ardila, 2012, p.7).

Este pensamiento cuestiona el trato tradicional de la medicalización de la vida y la asistencia sobre cuerpos biológicos, dado que, la medicina social/salud colectiva afirma que se trata en realidad de sujetos en situaciones de padecimientos.

Crítica al igual que la Reforma, en rotundo desacuerdo, que un proceso que requiere de cuidados se vuelva una característica de la persona, generando exclusión social y desigualdades. Por otra parte, plantea que "(...)el reconocimiento del derecho a la salud se basa en una concepción compleja del proceso de salud-enfermedad cuidado y requiere de una política de integralidad de derechos, en la que se fundamentan sistemas de acceso universal" (Stolkiner & Ardila, 2012, p.17)

Por último es inevitable cuestionarse, ¿quién incluye a quien?, ¿"normales" incluyen "anormalidades"?, ¿cuando se habilita a un sujeto que fue deshabilitado?, ¿quien re-habilita a los deshabilitados?

Expectativas de autonomía

El sujeto que está en condición de egresar se entiende que ha concluido con éxito el proyecto terapéutico individual, muchas veces esto significa que adquirió hábitos que

desarrollaron una mayor autonomía pero no necesariamente esa autonomía responde a las exigencias de productividad social con las que estamos acostumbrados a convivir en sociedad.

En los momentos de reflexión del espacio-taller este tema sensibiliza y es enunciado por los usuarios como un sentimiento de desamparo y de incertidumbre. Todos y todas desean vivir de forma independiente, pero generalmente las problemáticas giran en torno a los recursos económicos insuficientes o si tienen recursos no encuentran un dueño dispuesto a alquilarles su propiedad, también manifiestan inseguridad frente a la independencia. Está muy presente el deseo de un trabajo, ganas de sentirse útil, poder aprender oficios, estudiar, etc.

La construcción de un sujeto no válido deviene de lógicas capacitantes, de lo esperable y “normal”, el sujeto que produce.

La integridad corporal obligatoria produce a la discapacidad en términos de falta, degeneración, deficiencia y tragedia, la vuelve foco de acusaciones, injurias y rehabilitaciones; creando la expectativa del cuerpo íntegramente productivo –bello, sano, completo y funcional– como la figura válida y el capital deseable (...) (CLACSO, 2021, p.107)

Estas características de falta, invalidez, insuficiencia se ponen en palabras en el espacio. Los usuarios manifiestan que tanto médicos como demás profesionales les han dicho reiteradas veces que no pueden trabajar. “Yo quiero trabajar pero me dijeron que pierdo la pensión” (Cuaderno de anotaciones, 25 de Julio de 2023).

La Ley N°20130 sobre la seguridad social, describe al ciudadano que recibe la prestación no contributiva por invalidez como persona que se encuentra en estado de incapacidad total.

Para cerrar este apartado sobre las expectativas, entendemos que el Estado debe ser el garante de los derechos, pero cuando este último no puede garantizar las necesidades básicas y tampoco habilita a que ellos tengan oportunidades como cualquier otro sujeto ¿que esperamos de ellos?, ¿Qué nivel de autonomía es posible cuando vives en una sociedad donde no están las condiciones, los recursos y las posibilidades de que seas autónomo?

5. Consideraciones finales

"Conozca todas las teorías, domine todas las técnicas,
pero al tocar un alma humana, sea apenas otra alma humana"

C. Gustav Jung (1875-1961)

Elaborando este trabajo constantemente apareció el cuestionarse la práctica como un ejercicio indiscutido para el rol del psicólogo, durante el proceso de aprendizaje, se sostuvo esta idea en las supervisiones y las instancias de pensamiento grupal. Se abre el no saber, como un incondicional para la producción de nuevos aprendizajes que seguramente seguirán traduciendo nuevas preguntas sin respuestas. Para mi, este es el ejercicio de la disciplina, hacer preguntas.

Al momento de involucrarse en el campo, no caer en prejuicios e intervenir indudablemente desde una perspectiva de derechos y con conciencia de clase, pudiendo tener presente el contexto y dándole valor a la verdad de cada persona.

Es oportuno en esta instancia de conclusiones, destacar la importancia de estos espacios innovadores como el espacio-taller dentro de los dispositivos alternativos, donde se promueva la libre expresión. Estar disponible para tolerar el sufrimiento del "paciente mental", escucharlo para no anticiparse a lo que entendemos nosotros, como técnicos, que necesitan. Porque ante todo, recordar que no lo sabemos.

Sería muy ambicioso pensar que cambiaríamos el funcionamiento de la institución con este espacio, dado que, estas estructuras allí presentes son muy complejas. Pero si considero que fue posible demostrar que pueden darse otras maneras de abordar las mismas situaciones clínicas, es necesaria la escucha y otra forma de asistencia.

No es posible lograr un egreso como se aspira, si el dispositivo que debería concebir a los usuarios como sujetos de derecho, en primer lugar reproduce lógicas manicomiales, reafirma los procesos de estigmatización y además, asiste tradicionalmente.

Sobre las casas de medio camino, es fundamental para un correcto funcionamiento que se sigan interrogando estas tensiones sobre los modos de trabajo, las formas de "re-habilitar", en un centro donde deberían promover la participación y la toma de decisiones desbordan las reglas, normas y controles.

Por otro lado, sobre el rol del psicólogo, insistir en el trabajo con la comunidad y las redes de apoyo de usuarios en simultáneo, no descuidar la red del paciente. También habitar los espacios públicos, promover la vida en sociedad habilitando otros despliegues siendo sostén y no invadiendo la vida privada de los usuarios del centro. Al menos algunas de estas necesidades fueron enunciadas en el espacio-taller.

Por último, para que la reforma de salud mental sea una conquista, es fundamental la intención política de cambio. Los discursos de encierro, como trae Basaglia (2000), estarán siempre presentes, en todo momento, incluso cuando parezca que la cultura del loco ha cambiado no se debe descuidar ni un avance, porque siempre alguien los va a querer en el manicomio.

Por supuesto, que se cumpla el rol del Estado como garante de los derechos, el compromiso colectivo con las causas como estas, que buscan justicia social. Además un cambio cultural de la inclusión, que desarticule los dualismos de donde emergen las diferencias que nos están costando desigualdades de oportunidades.

La importancia de las políticas de estado, para que este proceso de transformación pueda darse progresivamente y en las condiciones que fue señalada la gestión, sumándole a las casas de medio camino una red de estructuras alternativas que continúen y faciliten los procesos de recuperación o rehabilitación, como por ejemplo residencias asistidas, viviendas supervisadas, centros de inclusión laboral, centros de inclusión educativa, etc. De otro modo se seguirán reproduciendo los mismos intentos de cambio sin éxitos, desgastando equipos técnicos que se enfrentan día a día a estas dificultades y faltas que se mencionan en el trabajo.

Quizás esto parezca un imposible, es verdad que muchas veces nos dijeron incluso compañeros de equipo, que era "inútil" creer que cambiaríamos el mundo trabajando con menos de 10 personas. Sin embargo, un aprendizaje que me llevo de esta experiencia es que dejamos pequeñas hendiduras, que posibilitan seguir abriendo una red de entramados donde se anudan estrategias conservadoras.

6. Referencias bibliográficas

- Antar, C., Gurman, H. (2002) El texto en un contexto. La clínica situacional. Congreso Argentino de Psicoanálisis.
- Ardila, S. (2009) El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 38 / No. 1 / 2009
- ASSE (2009). Convenio entre la Administración de los Servicios de Salud del Estado y la Universidad de la República - Facultad de Psicología. Recuperado de: <http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/Convenio%20ASSE.pdf>
- Basaglia, F. (2000). La condena de ser loco y pobre: Alternativas al manicomio. Buenos Aires, Argentina: Topía Editorial.
- Buenaño Carrillo, S. L. (2017). *La discapacidad en situación de interseccionalidad entre factores de discriminación y política pública* (Master's thesis, Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador).
- Cano, A. (2012). La metodología de taller en los procesos de educación popular. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 2 (2), 22-51. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.5653/pr.5653.pdf
- CLACSO, (2021) ¿Quién es el sujeto de la discapacidad? : exploraciones, configuraciones y potencialidades / Paula Mara Danel... [et al.] ; compilado por Paula Mara Danel ; Berenice Pérez Ramírez ; Alexander Yarza de los Ríos ; prólogo de Blanca Estela Zardel Jacobo Cúpich. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Castillo, R., Villar, M., & Dogmanas. D. (2011). *Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay*. Dirección de Salud Mental de la Administración de Servicios de Salud del Estado. (Uruguay) Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública (PNSM) PNSM y Facultad de Psicología, UdelaR.
- Deleuze, G. (1989). ¿Qué es un dispositivo?. En *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa.

- Deleuze, G., y Foucault, M. (1988). Un diálogo sobre el poder. En: M. Foucault. Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones. (Trad. Miguel Morey). Alianza editorial.
- De León, N., y Techera, A. (2017). Reformas de atención en Salud Mental de Uruguay y la Región. *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos* (pp. 55-72). Montevideo: Psicolibros Universitario.
- De Sousa Santos, B. (1997). Hacia una concepción multicultural de los derechos humanos. *Análisis Político*, (31), 3–16.
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/anpol/article/view/76626>
- Dorta, G. (2022). Los dispositivos foucaultianos y la salud mental en Uruguay. *Nuevo Itinerario*, 18 35 (2), 35-52. DOI: <https://doi.org/10.30972/nvt.1826158>
- Dumas, M., y Aranguren, M. (2013). Beneficios del arteterapia sobre la salud mental. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Fernández, A. (1989.). *El campo grupal : notas para una genealogía*. Ediciones Nueva Visión.
- García Fanlo, L. (2011). ¿Qué es un dispositivo? Foucault, Deleuze, Agamben. *A Parte Rei* 74. *Revista de Filosofía*.
- Gracia, E. (1999). La importancia de las redes sociales de apoyo en la integración del enfermo mental en la comunidad. *Revista de Psicología Social*, 1999, (14) 2-3, 317-329. España. Universidad de València. Área de Psicología Social.
- Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (1970). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu
- Gonzalez Falcón, I. (2005). Arteterapia y Salud Mental; Locura y Arte. En Domínguez Toscano, P. M. (Comp), *Arteterapia: principios y ámbitos de aplicación* (1.ª ed., pp.87-108) Sevilla: Junta de Andalucía.
- Martínez Guzmán, A. (2014) Cambiar metáforas en la Psicología Social de la Acción Pública: De intervenir a involucrarse. *Athenea Digital*, 14 (1), 3-28.

- Moreno Gonzalez, A. (2012). La mediación artística: un modelo de educación artística para la intervención social a través del arte. *Revista Iberoamericana de Educación ISSN: 1681-5653 n.º 52/2 – 25/03/10*
- Munévar, D. (2012). Interseccionalidad y otras nociones. *La interseccionalidad en debate*, 56.
- Rodríguez, A., Giménez, L., Netto, C., Bagnato, M., y Marotta, C. (2001). De Ofertas y Demandas: Una Propuesta de Intervención en Psicología Comunitaria. En: *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 10, 2.
- Organización Panamericana de la Salud, (2020) *Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Ordenanza N° 1.488/019 de 2019 [Ministerio de Salud Pública]. Red de atención Salud Mental. Montevideo, 23 de Agosto de 2019. Recuperado de: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2019-11/ord_1488-2019.pdf
- Percia, M. (2004). *Deliberar la psicosis*. Bueno Aires, Argentina: Lugar Editorial S.A.
- Percia, M. (2008). *Los hombres de Open Door. Apuntes sobre el rostro de la locura*.
- Percia, M. (2018). *Corajes que atraviesan portadas. Después de los Manicomios. Clínica Insurgentes, Ediciones La Cebra CABA*.
- RAE: *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.7 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [2024].
- Rodríguez Nebot, J. (2004) *Clínica Móvil. El psicoanálisis y la red*. Montevideo, Uruguay: Psicolibros.
- Stolkiner, A., y Ardila, S. (2012) *Conceptualizando la Salud Mental en las practicas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas*. *Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría*. <https://www.psi.uba.ar>
- Uruguay. (2023, mayo 02). Ley N° 20130: Ley de Reforma de la seguridad social. Creación de un sistema previsional común y determinación del procedimiento de convergencia de los regímenes actualmente vigentes. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/20130-2023>
- Uruguay. (2017, septiembre 19). Ley N° 19529: Ley de Salud Mental. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Uruguay. (2007, diciembre 13). Ley N° 18211: Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>

Fuentes consultadas

Equipo técnico CMC. (2017). *Presentación dispositivo CMC*. [Diapositiva de PowerPoint sin acceso público]

Uruguay Presidencia, (05 de noviembre de 2016). *ASSE inauguró en San Carlos casa de medio camino para personas con alteraciones de salud mental*. Infraestructura Social. Recuperado de: <https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/asse-inauguro-san-carlos-cas-a-medio-camino-para-personas-alteraciones-salud>

7. Anexos

Anexo 1 Acuerdo de participación

-ACUERDO DE PARTICIPACIÓN-

En la ciudad de San Carlos, a los días del mes de....., por una parte el/la Sr/a CI: y por otroen representación del Equipo de trabajo de La Casa de San Carlos, celebran el presente *acuerdo de participación* en el marco de su ingreso (o de la persona por el/ella representada/o) al mencionado Centro.

Al firmar el presente acuerdo el/la Sr/a deja constancia de que conoce el Reglamento de Convivencia de 'La Casa de San Carlos', comprometiéndose a cumplir con lo pautado en el mismo.

El usuario -o su representante legal en caso de tenerlo- tendrá derecho a participar activamente en la conformación del Proyecto Terapéutico, en conjunto con el Equipo de trabajo de 'La Casa de San Carlos'.

El presente acuerdo tendrá vigencia desde el ingreso del usuario a 'La Casa de San Carlos' y hasta que finalice su proyecto terapéutico.

Firma Participante o representante legal:

Aclaración:

Por Equipo de 'La Casa de San Carlos':

Aclaración:

Anexo 2 Reglamento de convivencia

La Casa de San Carlos REGLAMENTO DE CONVIVENCIA.

DERECHOS Y OBLIGACIONES

- LOS ESPACIOS, MOBILIARIOS Y BIENES DE USO COLECTIVO SE USARÁN CON EL DEBIDO CUIDADO A FIN DE BENEFICIARSE DE LOS MISMOS TODOS LOS USUARIOS.
- SE RESPETARÁN LAS PERTENENCIAS Y ARTÍCULOS DE USO PERSONAL DE CADA USUARIO, NO PUDIENDO HACER USO DE PERTENENCIAS AJENAS SIN PREVIA AUTORIZACIÓN.
- LOS USUARIOS DE LA CASA PARTICIPARAN ACTIVAMENTE EN LAS TAREAS PARA EL MANTENIMIENTO DEL ORDEN Y LA LIMPIEZA DE LA MISMA. SE ESTABLECERÁ ENTRE TODOS DIAS, HORARIOS Y TAREAS A REALIZAR DE ACUERDO A LAS POSIBILIDADES DE CADA UNO.
- TANTO HOMBRES COMO MUJERES RESIDENTES EN LA CASA RESPETARÁN LOS ESPACIOS AJENOS, NO PUDIENDO ENTRAR A OTRO DORMITORIO QUE NO SEA EL PROPIO.
- LOS USUARIOS NO PODRÁN FUMAR EN LOS ESPACIOS DE LA CASA, INCLUYENDO ESPACIOS ABIERTOS COMO EL PATIO. DEBIENDO SALIR AFUERA PARA HACERLO.
- NO SE PERMITIRÁ EL USO E INGRESO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS NI OTRAS DROGAS.
- NO SE PERMITEN LAS RELACIONES SEXUALES DENTRO DE LA CASA.
- LOS CONFLICTOS SE RESOLVERÁN A TRAVÉS DEL DIÁLOGO, QUEDA PROHIBIDO CUALQUIER TIPO DE VIOLENCIA O AGRESIÓN PSICOLÓGICA O FÍSICA; YA SEA DE PARTE DE LOS USUARIOS, FUNCIONARIOS O LAS VISITAS QUE SE RECIBAN.
- LA CASA DE SAN CARLOS ES DE PUERTAS ABIERTAS, ASÍ QUE SE PERMITIRÁ LA SALIDA DE LOS USUARIOS PARA EL DESARROLLO DE DISTINTAS ACTIVIDADES DE SU INTERÉS, Y EN BENEFICIO DE SU PROCESO TERAPÉUTICO. LAS SALIDAS SERÁN ACORDADAS CON EL EQUIPO, TENIENDO EL RECAUDO DE CUMPLIR LOS HORARIOS ESTABLECIDOS Y AVISANDO ANTE CUALQUIER EVENTUALIDAD QUE PUEDA SURGIR.
- SE PODRÁ RECIBIR VISITAS HASTA LAS 19HS.