

María Eugenia Antonelli - Rosario Otegui



COMUNICACIÓN

PARA LA DESMANICOMIALIZACIÓN





UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

Facultad de Periodismo y Comunicación Social

-Antonelli, María Eugenia

Legajo: 22043/6

Eugeniaantonelli@hotmail.com

-Otegui, Rosario

Legajo: 23452/5

Ro.otegui@gmail.com

Directora: Claudia Suárez Baldo

Año 2020

AGRADECIMIENTOS

Queremxs agradecer a nuestras familias que siempre nos brindaron amor y su apoyo incondicional desde el inicio de la carrera. Transitaron todo el proceso a la par: con alegrías, tristezas, crisis, etc. Gracias por estar siempre, y por ayudarnxs a cumplir nuestrxs sueños, sepan que son lo más valioso que tenemxs.

A nuestrxs amigxs, quienes hicieron que este camino sea maravilloso, lleno de risas, diversión, aprendizajes, y mucho crecimiento. Gracias a cada unx de ellxs, lxs queremxs.

A la Facultad por brindarnxs contención y calidez, sintiéndolx como nuestrx segundo hogar. Nos permitió formarnxs y crecer como personas. Gracias a todxs lxs docentes, por lo aprendido, por cada clase, cada jornada de cursada, cada enseñanza y por cada transformación.

Agradecemxs profundamente a nuestra directora, Claudia Suárez Baldo, quien nos acompañó y nos guió en este proceso.

Queremxs expresar un enorme agradecimiento a los Centros de Salud Mental Comunitaria: Casa Pre Alta, Dr. Franco Basaglia y Pichon Rivière, los cuales nos abrieron las puertas, destinaron su tiempo y nos brindaron todas las herramientas necesarias para el desarrollo de nuestrx trabajo. Nos transmitieron la convicción de luchar día a día para lograr que este mundo esté libre de manicomios, libre de prejuicios y logremxs vivir en una sociedad más justa: sin estigmas y sin etiquetas, porque, al fin y al cabo, somxs todxs seres humanxs.

Queremxs hacer una mención especial y dedicar este logro a nuestrxs madres y abuelxs por ser tan importantes en nuestras vidas, por toda su contención, su amor incondicional, y su sabiduría tan única; acompañarnxs en cada paso que dábamxs; por cada abrazo y cada palabra de aliento.

¡Gracias infinitas!

Maru y Ro

RESUMEN

La tesis “Comunicación para la desmanicomialización” tiene como objetivo visibilizar los Centros de Salud Mental Comunitaria; Casa Pre Alta, Pichon Rivière y Dr. Franco Basaglia, sus orígenes, su rol en la externación de patientxs internadxs en el Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos Dr. Alejandro Korn, y elaborar una estrategia de visibilización, promoviendo la realización de una página web, la cual abarcará contenidos informativos sobre la salud mental, y brindará contactos de los centros de día, ubicados en la ciudad de La Plata.

Esta producción, atraviesa la transformación de nociones en torno a la enfermedad / locura y conceptualiza la función que cumplió el “loco” durante el desarrollo de las distintas etapas históricas. A su vez, caracteriza la institución manicomial y el Modelo Médico Hegemónico que allí se aplica; el papel que desarrolló la ciencia y la psiquiatría; la apertura de las primeras reformas de desinstitucionalización hasta la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

Palabras claves: Comunicación – Desmanicomialización – Salud Mental – Planificación

ACLARACIONES

Uso de la X

Consideramxs pertinente aclarar que, durante el desarrollo de este trabajo académico, utilizamxs el lenguaje inclusivo con el uso de la letra x, para referirnos a palabras que hacen alusión a una construcción identitaria del sujeto; por ejemplo: “usuarixs”, “enfermerxs”, “internadx”, “externadx”, “operarixs”, “emprededxr”, “enfermxx”, “compañerxs”, “ciudadanxs”. Ya que buscamos romper con la estructura establecida de género.

Entendemos que la transformación de la identidad ocurre en el proceso de quitar etiquetas binarias sobre lo que se denomina como “femenino” o “masculino”, es por ello que decidimos reemplazar la A y la O, terminaciones universales, que históricamente nos han impuesto de manera hegemónica, por la X para referirnos a estas nociones.

Marca una transformación y permite desarrollar un nuevo poder simbólico a través de las palabras. La inclusión dentro del discurso, interpela nuestra forma de comunicarnos.

En conclusión, el lenguaje funciona como manifestación. Expresa visiones, es decir, muestra distintas miradas sobre diferentes temas. Allí, es donde se reflejan cargas valorativas y connotaciones propias del uso de la palabra. Referenciándonos a nuestro trabajo, el cual está vinculado a la salud mental, existen manifestaciones prejuiciosas, estereotipadas o discriminatorias a personas que sufren un padecimiento mental.

Contexto en el que se desarrolló la producción

Este diagnóstico fue realizado a lo largo del año 2019, bajo una coyuntura muy adversa para las instituciones públicas, sobre todo, en el área de salud. Un reflejo de ello, fue el paso de Ministerio a Secretaria.

Desde el 10 de diciembre, nos encontramos con un cambio de gobierno, el cual se podrá analizar con mayor detenimiento con el desarrollo de la gestión.

Glosario

Es trascendental puntualizar, que, durante la redacción de esta producción, comenzaremos hablando de la noción *pacientxs* cuando *lxs* *sujetxs* son *pasivxs*, *silenciadxs* y se encuentran *internadxs* dentro de las instituciones manicomiales. Sin embargo, este concepto se transformará en *usuarixs* cuando hablemos de *sujetxs* *activxs* y *participativxs*, cuando son *externadxs*, y *lxs* *mismxs* se encuentren viviendo *insertxs* en la comunidad.

ÍNDICE

Introducción ----- 7

Primera Parte

Marco Teórico

- 1.0 “Orden-idad”: las lógicas que trajo la modernidad, bajo el lema del “orden” y “progreso”
 - 1.1 La “re-evolución de las sociedades”
 - 1.2 ¿Con-ciencia de la locura?
 - 1.3 La historia del paso de la enfermedad a la locura
 - 1.4 Modelo Médico Hegemónico (MMH)
- 1.5 Etiquetas que marcan huellas: un camino hacia la construcción del estigma
- 1.6 Revolución para la libertad: experiencias de Desmanicomialización
- 1.7 Comunicación para la transformación

Segunda Parte

Antecedentes: procesos históricos mundiales

- 2.0 Cambio de paradigma: del Modelo Médico Hegemónico a una Salud Mental Comunitaria
 - 2.1 Rompiendo las barreras del manicomio: experiencia de Trieste
 - 2.2 Movimientos que se replican en Argentina
 - 2.3 Conquistas ganadas
 - 2.4 Política de retrocesos

Tercera Parte

Historia de los centros de Salud Mental Comunitaria en la ciudad de La Plata

- 3.0 Orígenes de Pre Alta
 - 3.1 Identidad
 - 3.2 Modalidad de trabajo
 - 3.3 Espacios de encuentro
 - 3.4 Contexto actual
 - 3.5 Hacia la comunidad: surgimiento del Centro Pichon Rivière
 - 3.6 Talleres
 - 3.7 Lineamientos para el desarrollo de la Salud Mental Comunitaria
 - 3.8 Actualidad
- 3.9 Apertura de nuevas perspectivas de desinstitucionalización: nacimiento del Centro Comunitario “Dr. Franco Basaglia”
 - 4.0 Situación actual

Consideraciones finales----- 77

Referencias bibliográficas----- 81

INTRODUCCIÓN

“(...) Una de las terapias para combatir la locura es la libertad. Cuando un hombre es libre, cuando se tiene a sí mismo y a su propia vida, le resulta más fácil combatir la locura. Cuando hablo de la libertad, hablo de libertad de trabajar, de ganarse el sustento, y esta ya es una forma de lucha contra la locura”. (Basaglia, 2013, p. 87)

Esta intervención, nació a través de la propia práctica como pasantes durante el año 2017 en el centro de día “Dr. Franco Basaglia”, ubicado en la ciudad de La Plata, en el cual cumplimxs la función de ser referentes de pacientxs que se encuentran externadxs del Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos “Dr. Alejandro Korn”.

La institución funciona como referencia para que lxs mismxs continúen con el tratamiento por fuera del nosocomio, insertxs en la comunidad, donde se les ofrecen diversas propuestas terapéuticas, que incluyen diferentes talleres.

Dentro del centro, se encuentran contenidxs y son atendidxs por un equipo de profesionales interdisciplinarios en espacios tanto individuales como grupales, poseen acompañamiento psicológico y cuentan con abordaje psiquiátrico.

Se busca vincularlxs con sus familiares y recuperar los lazos sociales, ya que han vivido en situación de calle o fueron abandonadxs en las instituciones, que, por distintas circunstancias, terminaron internadxs en manicomios, repitiendo así, lógicas de encierro.

Decidimxs elegir esta temática, porque entendemxs que siempre existió exclusión, discriminación y estigma de parte de la sociedad hacia personas que padecen un trastorno mental. En este sentido, podemxs hacer mención a distintas situaciones cotidianas que denotan un apartamiento y una diferenciación. Hay muchos prejuicios, existe un gran desconocimiento sobre cómo asistir a una persona que sufre una descompensación. Sin embargo, abundan los imaginarios sociales negativos, y los centros de día son los que intentan, día a día, revertir esta situación.

Es por ello, que nos interesa centrar nuestro análisis en visibilizar y exponer la situación actual de los dispositivos de Salud Mental Comunitaria en la ciudad

de La Plata, y que propuestas ofrecen, ya que encontramos como una problemática recurrente, la falta de información; entendiendo que el desconocimiento que se produce, deriva en el rechazo de personas que sufren un trastorno mental. De la misma manera, creemos que es fundamental comenzar a deconstruir y eliminar la noción del “loco”, “rarx”, “enfermx” para referirse a estxs sujetxs; estas denominaciones logran aislar a lxs usuarixs y no permiten, establecer lazos vinculares ni reinsertarse en la comunidad.

Es un tema que no ha tenido importancia históricamente, todo lo contrario, siempre fue invisibilizado y marginado en todas sus dimensiones: a nivel político nunca hubo proyectos y políticas públicas que se sostuvieran con cada cambio de mandato, a nivel económico, no hubo presupuestos ni recursos suficientes para lograr un cambio de paradigma. Tampoco hubo espacios de reflexión, formación y capacitación que permitan brindar herramientas sobre aspectos: desde los más generales a más particulares. Esto es, desde tener información sobre distintos trastornos y patologías, hasta saber cómo asistir a una persona cuando sufre un padecimiento mental.

En sus orígenes....

Las consecuencias y el escenario devastador que dejó la Segunda Guerra Mundial, en 1945, generó un movimiento de profunda crítica al sistema asilar. En este contexto, las experiencias que se fueron desarrollando en Inglaterra, Estados Unidos, Francia e Italia, conformaron un frente denominado “*Antipsiquiatría*”, hoy conocido como “*Desmanicomialización*”, opuesto a lo que proponía la psiquiatría tradicional y el Modelo Médico Hegemónico, basados en el internamiento crónico.

El proceso de reformas se sustentó en una serie de principios: apuntó a suprimir el sistema manicomial; cuestionar la existencia de las instituciones psiquiátricas y la implementación de sus prácticas; crear redes para la atención y prevención de salud mental, a través de servicios comunitarios; y permitir la participación de profesionales, de diferentes disciplinas, a fin de instrumentar acciones interinstitucionales.

Con ello, se produjo una verdadera transformación en el modelo de atención y el tratamiento de patientxs. Estuvo acompañado por diversos tratados, leyes y convenciones. El primer antecedente legal que tuvo amparo fue la *Declaración de Caracas*, adoptada en Venezuela y convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 1990, fue la primera en abordar el modelo comunitario.

Es de suma importancia recuperar *La Ley Nacional de Salud Mental 26.657*, sancionada en el año 2010 y reglamentada en 2013. La misma tiene por objetivo “asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental”.

Esta normativa concibe el trato digno, respetuoso y equitativo, responsabilizando al Estado como el órgano garante para que lxs sujetxs reciban su tratamiento en un ambiente apto con modalidades de atención basadas en la comunidad, entendiendo a la internación como una medida restrictiva que sólo debe ser aplicada como último recurso terapéutico.

Además, supone la sustitución definitiva de los hospitales monovalentes por dispositivos comunitarios para el año 2020.

El abordaje desde la perspectiva comunitaria, permite y apunta a preservar los vínculos familiares y sociales del patientx. Toda estrategia de rehabilitación debe orientarse a la integración social de lxs mismxs. De igual manera, las políticas intersectoriales deben incluir la adaptación necesaria de programas que les garanticen, la accesibilidad al trabajo, a la educación, a la cultura, al deporte, a la vivienda y a todo aquello que fuere necesario para el desarrollo y la inclusión social.

Con el objetivo de comenzar a introducir a lxs lectores en el abordaje de la presente producción académica, señalaremos que la misma se encuentra estructurada en tres partes.

La primera repasa la transformación de las nociones en torno a la enfermedad/locura, comenzando con determinados procesos históricos como los son, la Revolución Francesa y la Revolución Industrial y conceptualizando el rol que cumplió el “loco” durante el desarrollo de estas etapas. A su vez, se

caracteriza a la institución manicomial y al Modelo Médico Hegemónico que allí se aplica; el papel que desarrolló la ciencia y la psiquiatría; la crisis que atravesó el MMH; la apertura de las primeras reformas de desinstitucionalización hasta la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

El segundo apartado hace alusión, al nacimiento de los movimientos de desmanicomialización que surgieron como contraposición a las condiciones y prácticas realizadas por el Modelo Médico Hegemónico en los internamientos asilares, vinculados a la atención y el tratamiento de patientxs, sometidxs a políticas violentas, segregativas y represivas.

Por último, el tercer capítulo aborda la historia de los Centros de Salud Mental Comunitaria ubicados en la ciudad de La Plata, servicios que dependen del Hospital Dr. Alejandro Korn. Se realiza un breve repaso histórico desde que iniciaron sus actividades hasta las ofertas terapéuticas que ofrecen y brindan a la comunidad. Se reconstruye el relato, a partir de las voces de lxs máximxs referentes de cada institución.

ESTADO DEL ARTE

Consideramos relevante seleccionar las siguientes tesis para nuestro trabajo integrador final:

- ***“Comunicar es salud: el rol de la comunicación en la desmanicomialización”***

Autores: Barragán, María Paola; Escobar, María de los Ángeles. 2016. Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad Nacional de La Plata.

- ***“Criterios de salud mental en un hospital de día: Una historia de vida institucional del hospital de día, del Hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos, Dr. Alejandro Korn, Melchor Romero”***

Autor: Odorizzi, Evangelina. 2004. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata.

- ***“El rol del comunicador en el campo de la salud mental. La lucha por la inclusión”***

Autores: Calvo, Ana; Conte Baldo, Sofía. 2018. Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad Nacional de La Plata.

- ***“La apertura del campo de la Salud mental hacia los aportes de la comunicación en el proceso de desmanicomialización”***

Autores: Kubisz, Nidia Ricardina; Sampayo, María Azucena. 2000. Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad Nacional de La Plata.

- ***“La desmanicomialización como práctica contrahegemónica en el abordaje de la salud mental”***

Autor: Sampayo, Azucena del Rosario. 2005. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata.

- **“Observatorio de Salud Mental y Derechos Humanos”**

Autores: Carranza, Soledad; Cattaneo, Camila; Espíndola, Noelia; Espíndola, Rodolfo Matías. 2016. Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad Nacional de La Plata.

- **“Rompiendo barreras”**

Autores: Pacheco, Lucia; Vázquez, Ayelen. 2016. Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad Nacional de La Plata.

- **“Rompiendo muros, creando puentes”**

Autores: Aparicio, Aldo Maximiliano; Cazzappa. 2014. Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad Nacional de La Plata.

Creemxs pertinente utilizar estas producciones académicas para la construcción de nuestra investigación. Todas ellas nos aportan, nos informan y nos nutren sobre la temática y distintos ejes vinculados a la misma, como lo son: el paradigma de la Desmanicomialización, la crítica al Modelo Médico Hegemónico y los movimientos históricos a nivel mundial, quienes dieron inicio a la conformación de la Reforma Antipsiquiátrica.

Esta perspectiva, se ve reflejada en las nuevas dinámicas, que le otorgaron otra impronta a la concepción de la salud mental. Algunas de ellas son: la Comunidad Terapéutica, Socioterapia, Psicoterapia Institucional, Psicoterapia Colectiva, etc. Estos modelos se replicaron en Argentina, los más paradigmáticos son los de Río Negro y San Luis.

Seleccionamxs estos trabajos académicos, los cuales exponen las historias de determinados dispositivos de Salud Mental Comunitaria en la ciudad de La Plata, y las distintas prácticas en las que se realizaron talleres, producciones audiovisuales, radiales, gráficas y multimediales, etc.

Además, materializan el rol del arte y de la comunicación como disciplinas que son elementales para la realización del tratamiento, las cuales tienen como objetivo la recuperación de las subjetividades de lxs mismxs, otorgarles la libertad de expresar aquello que piensan y sientan, rompiendo el esquema del sujetx pasivx y sin voluntad, silenciadx, víctimas de un sistema del abordaje hegemónico.

A través de la utilización de diversas herramientas, se intentó plasmar esta nueva mirada, la cual se construyó históricamente, y fue retomada en la nueva Ley Nacional de Salud Mental 26.567, la cual considera a lxs pacientxs como sujetxs de derechos.

OBJETIVOS

Objetivo General

Producir y diseñar una estrategia para visibilizar la situación actual de los dispositivos con los que cuentan lxs patientxs a la hora de hospedarse, una vez que terminan su internación en el Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos Dr. Alejandro Korn, con el objetivo de mejorar la situación de la externación de lxs usuarixs en relación a las viviendas que puedan adquirir y su tratamiento en un Centro de Día.

Objetivos Específicos

1. A partir de un diagnóstico comunicacional producir información sobre la situación de los centros de día de la ciudad de La Plata.
2. Promover la realización de un mapeo de actores para establecer cuáles son los centros de día y las características que posee cada uno.
3. Crear materiales informativos sobre el trabajo que hacen los centros de día con el objetivo de favorecer la externación de lxs usuarixs y difundir su labor en la sociedad.

DIAGNÓSTICO

Marco Metodológico

Desde un aspecto más general hacia uno más particular, pensamos en una metodología que nos permitió generar una producción de datos amplia.

Decidimos utilizar la triangulación de métodos para la realización de este documento, ya que esta, complementa herramientas de carácter cualitativo y cuantitativo, permitiendo análisis y datos estadísticos/numéricos, que facilitaron realizar un abordaje más íntegro de la temática.

La triangulación de enfoque se define:

Como el uso de múltiples métodos en el estudio de un mismo objeto. (...) Puede concebirse envolviendo variedades de datos, tipo de análisis, investigaciones, teorías y metodologías. Tiene como primera característica la complementariedad, así los enfoques cualitativos y cuantitativos se enriquecen uno al otro para producir un conocimiento que los dos no pueden dar en forma separada. Permite ordenar el objeto de modo que pueda ser arribado desde diversos ángulos, para lograr una articulación metodológica y de ese modo converger a un tipo único de conclusiones. (Palazzolo y Vidarte Asorey, 2012, p. 89)

La metodología se divide en dos partes: el diagnóstico y la producción: en el primero, utilizamos herramientas cualitativas, ya que, con ellas, logramos visibilizar, analizar y profundizar aspectos vinculados a los Centros de Salud Mental Comunitaria, y su situación actual. Los datos relevados con las entrevistas de carácter semiestructurado, fueron las bases para poder construir nuestro diagnóstico.

En el caso de la producción de la página web, empleamos técnicas cuantitativas y cualitativas.

La utilización de las encuestas nos permitió obtener información, sobre qué conocimientos tenían distintas personas, de nuestras redes sociales, acerca de los Centros de Salud Mental Comunitaria. Esta nos arrojó datos numéricos y estadísticos.

El uso del mapeo de actores nos permitió identificar el Hospital Dr. Alejandro Korn, y los tres centros de día, servicios dependientes del nosocomio: señalar dónde se encuentran ubicados dentro de la ciudad de La Plata, y establecer las características que presenta cada institución.

Técnicas que implementamos para generar esta triangulación:

Cualitativas: Retomamos las palabras de Fernando Palazzolo y Verónica Vidarte Asorey, quienes presentan a la investigación cualitativa:

Como aquella que trata de identificar la naturaleza de las realidades, su sistema de relaciones, su estructura dinámica, y produce datos que son consideradas más ricos y profundos, no generalizables en tanto están en relación con cada sujeto, grupo y contexto, con una búsqueda orientada al proceso. (Fernando Palazzolo y Verónica Vidarte Asorey, 2012, p. 88)

Estas nos facilitaron la producción de información, poder realizar análisis de la temática, reflexionar sobre distintas cuestiones, visibilizar sentimientos, relaciones de poder, y demás aspectos que nutrieron nuestra investigación pero que no se miden en términos estadísticos.

- *Entrevistas de carácter semiestructurado como así también en profundidad:* nos permitió producir datos cualitativos de mayor profundidad. Con ellas indagamos sobre la construcción de las historias de los centros, perspectivas/vozes de distintos actores, donde se pusieron en juego emociones, anécdotas, recuerdos y sensaciones.

Esta herramienta tuvo como destinatarios a los principales actores de cada Servicio de Salud Mental Comunitaria en la ciudad de La Plata. En el caso de Pre Alta, se entrevistó a la psicóloga, Karina Sarasola, actual Jefa del dispositivo. De la misma forma, Daniela Tielimans y Carolina Delorenzi, ambas psicólogas, fueron consultadas en representación del Centro Pichon Rivière. Por otra parte, Valeria Dimitrof, psicóloga, Raúl Simón, anestesista, Patricia Pauluc, psiquiatra, Alejandra Parisse, psicóloga y actual coordinadora del servicio, fueron entrevistadas por el Centro Dr. Franco Basaglia.

Esta metodología, nos permitió el contacto con las instituciones, conocer su dinámica de funcionamiento, los roles que hay dentro de cada una, las actividades que se realizan, etc. Aspectos que nos facilitaron la realización de la producción.

“El mapeo de actores es una herramienta de indagación que permite identificar y caracterizar una diversidad de actores sociales existentes en el escenario de intervención” (Algranati, Bruno, Lotti, 2012). Creemos relevante mencionar que utilizamos esta técnica, entendiendo a lxs mismxs, desde su amplitud, no sólo como sujetxs, sino también como colectivos, organizaciones e instituciones.

- ❖ *Mapeo de actores*: nos sirvió para visibilizar y señalar los dispositivos comunitarios claves dentro del territorio, y las características que posee cada uno.
- ❖ *Mapeo de territorio*: este nos permitió ubicar a las instituciones dentro del territorio. Al ser espacios comunitarios, creemos pertinente identificarlos, para luego pensar en una intervención que permita fortalecer su relación con la comunidad.

Cuantitativas: la investigación cuantitativa “trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y la objetivación de los resultados a través de una muestra que produce datos adjetivados como “sólidos y repetibles”. (Fernando Palazzolo y Verónica Vidarte Asorey, 2012, p. 88)

- ❖ *Encuestas*: esta técnica nos permitió hacer sondeos de conocimiento acerca de lo que se sabe, o no, sobre distintos aspectos de la salud mental. Fueron pensadas para circular entre contactos de nuestras redes sociales, ya que apuntamos a tener un alcance diverso.

Las mismas fueron confeccionadas para circular de manera anónima.

A través del diagnóstico visibilizamos, con mayor profundidad, una carencia de espacios virtuales de utilidad, tanto para informarse, como así también de consulta sobre distintas cuestiones de la temática. Para complementar las ideas a las concluímos, decidimos hacer una encuesta.

La encuesta, no fue fundamento para la realización de la página web, sino más bien, fue un sustento de nuestra hipótesis de partida: la carencia de sitios web. Su resultado refuerza la idea de ausencia de un espacio que sintetice información de la salud mental.

Se respondieron de manera anónima mediante el formulario de Google, ya que este permite diagramar las encuestas en base a lo que uno necesite: en nuestro caso, con preguntas cerradas, y otras para desarrollar. Su circulación fue a través de Facebook. La elección de la plataforma estuvo vinculada a la llegada de un público diverso: diferentes edades, distintas profesiones y formaciones, etc. Pensadas para ser difundidas entre contactos de nuestras redes sociales, con el propósito de conocer qué opiniones y saberes tenían los mismos sobre nociones de salud mental.

A continuación, adjuntamos el link de la encuesta:

https://docs.google.com/forms/d/1jeQMpa1MXokznmfL_sY_XvxbfYqI3Er4Gxqs9BkAP/viewform?ts=5dd411d6&fbclid=IwAR2QgED2XWWMRSC_tJhgA6I_LhfzmlmC82BJM_D8UEp_XWNVP_wJR4BamZ4&edit_requested=true

En función del diagnóstico, se armó una página web, entendiendo que, para gestionar una comunicación estratégica, las nuevas tecnologías y la virtualidad, son hoy en día, fundamentales.

El formato utilizado nos permitió generar un mayor alcance, en cuanto al público al cual está destinado este producto. Posee un carácter abierto, ya que cualquier persona puede navegar en el mismo, sólo contando con el recurso de internet, a diferencia de las redes sociales, las cuales necesitan de la creación de un usuario para poder acceder.

Es relevante mencionar, que estas se caracterizan por tener improntas diferentes: Facebook permite mayor escritura, posibilidades de compartir, y de circulación de contenidos. Instagram, compartir fotos y videos. Twitter, una escritura más reducida. Se utiliza como una red más informativa. En cambio, la Página Web tiene libertad en cuanto al desarrollo de los contenidos: ya que estos pueden tener diversos soportes, no tienen una restricción en la construcción de los materiales y permite un acceso más directo.

Marco Teórico

1.0 “Orden-idad”: las lógicas que trajo la modernidad, bajo el lema del "orden" y "progreso"

Hablar de modernidad, implica visibilizar un proyecto, una forma de organización política, educativa, cultural, social y, la cual, propuso un sistema económico, que siglos más tarde se denominó capitalismo. Estaba basado en ideas como: “lo que viene es mejor”, “progreso y avance”, etc. Todos estos cambios se daban a través de la razón, ya que con ella se “pretendía salir de la oscuridad”.

Se comenzó a gestar una sociedad en la cual el bienestar sólo estaba garantizado por los bienes materiales. Empezaron a acortarse las distancias a nivel mundial por el avance tecnológico, de la mano de la Revolución Industrial. Con ella, surgieron nuevas formas de trabajo, y también, nuevas formas de despido.

En este período histórico se desarrollaron los barcos a vapor, los telegramas y las fábricas, etc. Estos cambios fueron innovadores para la época, permitieron vastos avances para la sociedad, pero a su vez, se reemplazó la mano de obra del hombre por la de una máquina.

Con la Revolución se potenció el sistema capitalista y empezó a considerarse al sujeto en términos de “eficaz” para la producción. El mismo “servía” si elaboraba más productos en menos tiempo y si respondía a las exigencias que imponía su jefe: el empresario, quien todo lo veía en cuestión de números y ganancias.

La regla máxima de este sistema era poseer utilidad para generar bienes y dinero. Si la persona no era funcional a las pautas establecidas, y no tenía la capacidad que se necesitaba para responder a ésta lógica, era identificado como inútil, inservible y quedaba afuera del sistema.

El trabajo manual comenzó a concebirse como descartable. Estas medidas produjeron despidos masivos, ya que el hombre dejó de ser “indispensable”. Los individuos que no cumplían con estos requisitos eran denominados: “locos”,

“pobres”, “desempleadxs”, “insensatxs”, etc. denotando una diferenciación moral, ya que este sector marginado no estaba aprobado por la burguesía. Esta lógica de avances tecnológicos, la razón puesta en marcha "para el avance de las sociedades" a nivel mundial, la segmentación y discriminación de las personas, y los despidos multitudinarios, etc., formaron parte de esa vorágine propia del racionalismo y del capitalismo. Estos cambios promovieron un fenómeno conocido como “locura”.

1.1 La “re-evolución de las sociedades”

Desde sus inicios, la sociedad tendió a encasillar a las personas por sus diferencias, dando paso a una identificación de lxs sujetxs. Estas categorizaciones se relacionaban a sus conductas: lo que se consideraba como “lo normal”, y “lo que no era normal”, esto sucedía también con la clase social a la que pertenecían: “el ricx”, “el pobre”, etc.

Las etapas históricas fueron moldeando, y produciendo, constantes cambios en relación a las formas de vida y las costumbres que adoptaba la sociedad.

Durante el siglo XVIII en Francia, existió una política de encierro sistemático a todxs los que señalaban como “diferentes”, logrando así, una gran marginación de la sociedad. Esta división se visibilizó, luego de la *Revolución Industrial*. Con ella apareció una mayor segmentación de las clases sociales, las cuales se caracterizaban por estar delimitadas, es decir, cada una tenía un sentido de pertenencia, valores, y una identidad propia. Había una clara diferenciación entre una y otra, y no existía posibilidad alguna de generar una integración entre ellas.

Paralelamente al ascenso de la burguesía, se comenzó a incrementar el reclamo por los derechos ciudadanos. Instalada la Revolución Francesa en el poder, la cuestión de lxs marginadxs se planteó como una contradicción entre la libertad del individux y la seguridad de la sociedad. Es decir, se apartó a quienes denominaban como “peligrosxs”, para excluir a quienes pudieran amenazar la seguridad social, como razón justificativa.

1.2 ¿Con-ciencia de la locura?

Philippe Pinel fue nombrado médico del manicomio de Bicêtre en 1793. Su función consistió en discernir a las personas internadas: lxs que estaban “locos” de lxs que no lo estaban; lxs que simulaban estarlo para ponerse a salvo de la represión; delincuentes sin proceso; pobres; prostitutas; revolucionarixs que habían encerrado; etc.

La figura de este actor promovió un cambio de concepción en la asignación a la medicina del problema de la locura. Es por ello, que se asoció su nombre con el de la Revolución Francesa, ya que el mismx generó una modificación de estatuto para el “loco”; se fundó la *Psiquiatría* como disciplina médica y el “loco” pasó a ser considerado “enferm^x”.

El tratamiento médico que se les aplicó a lxs consideradxs “locos” en situación de encierro, asoció la psiquiatría con el manicomio. Eduardo Galende hizo mención a esta conexión:

El asilo fue la matriz de toda relación terapéutica ya que permitía en su organización interna, sostener un saber que se ejerce como poder sobre el comportamiento de sujetxs en condiciones especiales: encierro forzoso, privación de sus ropas y objetos personales, métodos violentos de contención como el uso del chaleco de fuerza, la red, ligaduras a la cama, etc. Esta asociación de la institución manicomial, el saber psiquiátrico y el poder sobre el otrx, es esencial a la relación de asistencia en la medicina mental. (Galende, 1990, p. 2)

De esta manera, el manicomio se define como una práctica alienista, que constituye el paradigma de “lo psiquiátrico” y forma parte imprescindible de una relación de asistencia que, pone la razón y el poder del lado del psiquiatra.

Las nuevas prácticas terapéuticas, comenzaron a cuestionar la autoridad del médico y la institución, tratando de que el pacientx mismx, la familia y la comunidad, asumiera su propia responsabilidad frente a la emergencia de la locura.

En este sentido, Galende hace alusión a la violencia que generan y la clasifica en diferentes grupos:

Violencia en el plano de los cuerpos: el maltrato al alienadx se justifica bajo la idea de “tratamiento”. Violencia en el plano jurídico: el alienadx, mediante certificado médico, pierde gran parte de sus derechos cívicos y legales mientras otro certificado no lo devuelva al mundo de lxs normales.

Violencia en el plano social: la sociedad asienta sobre el orden de la razón y el derecho; quienes se salgan de sus límites voluntariamente caerán en el ámbito de la ley jurídica; quienes lo hagan involuntariamente caerán en la institución psiquiátrica. (Galende, 1994, p. 3)

El reordenamiento que se produjo en el campo de la locura, se hizo en nombre de la ciencia y sus progresos. Entrado el siglo XIX, en Europa, se vislumbró una nueva razón humana: *la razón iluminista*. El terreno de la ciencia se convirtió en el lugar del conocimiento y “la verdad”, dejando por fuera lo “irracional” y lo “atrasado”. Este nuevo paradigma que provocó la ciencia, transformó el concepto de la “locura” por el de “enfermedad”.

En nombre de la *razón*, la *civilización* y el *progreso*, situó a otras culturas como “inferiores” y “primitivas”, sumergiéndolas al atraso. Es por ello, que la razón encarnada en la nueva disciplina psiquiátrica, excluye, encierra y custodia a lxs enfermxs en nombre de la ciencia y su verdad.

La crisis de las instituciones modernas se acentuó luego de la Segunda Guerra Mundial (1945), con los fascismos al poder, se comenzó cuestionar el racionalismo y cómo éste, se convirtió en una herramienta para la destrucción.

Es decir, cómo la razón llevó a avalar la masacre, y en el caso de los hospitales psiquiátricos, utilizar métodos como el electroshock para el tratamiento de lxs patientxs.

En época de posguerra, en el corazón de Europa, se empezó a sentir con más fuerza, que la ciencia no pudo garantizar un mundo mejor. A raíz del violento y sangriento conflicto bélico, se reflejó que la razón estuvo a la orden del genocidio. Es decir: exterminio del hombre por el hombre.

En articulación con lo expuesto, Galende afirma que la conciencia del poder es la conciencia de un problema que irrumpe en la subjetividad de lxs psiquiatras y los problemas en su función social. Es por ello que se cuestiona “¿cómo no vincular los campos de concentración, el exterminio nazi de lxs enfermxs mentales, con las condiciones de encierro en los manicomios?”, allí las fronteras entre la razón y la locura son puestas en crisis.

En este apartado enfatizaremos sobre el fenómeno de la locura y cómo se fue concibiendo históricamente. Debido a que entendemos que tanto la conceptualización del término como el abordaje del tratamiento fueron transformándose a lo largo de las etapas.

1.3 La historia del paso de la enfermedad a la locura

Durante la Edad Media, el enfermxx mental era vistxx como un sujetxx que estaba bajo los efectos de posesiones demoníacas y debía ser tratado por clérigos que practicaban rituales y ejercicios de exorcismos. Se creía en la alteración de poderes físicos del hombre.

De esta manera, comenzó la época de la inquisición con el hostigamiento, la tortura y persecución de aquellxs que eran consideradxs “brujxs”, y que creían poseer poderes. Los métodos que utilizaban incluían: quemaduras en la hoguera, asfixias, estrangulamientos, decapitación y cirugías cerebrales. Se identificaban como sujetxs “más frágiles” y “débiles” a mujeres, melancólicxs e insensatxs, cuya voluntad y piedad eran “menos fuertes”, y sus creencias eran poco firmes; como consecuencia, estaban sometidxs a este tipo de prácticas.

Lxs enfermxxs mentales que no eran diagnosticadxs como tales, eran encerradxs por sus familias en sótanos, privándolxs de la libertad; otrxs, en cambio, liberadxs, abandonadxs, en soledad y en situación de calle.

En la época del Renacimiento, la concepción de locura se representó a través de la *Stultifera navis* o “Nave de los locos”, término acuñado para definir esta etapa. Se trataba de una embarcación, que se encargaba de transportar a lxs consideradxs “insensatxs” por el río de Renania de un lado hacia otro, evitando que merodeen por la ciudad. Durante este período, surgió la figura del médico.

Su tarea consistía en curar a quienes consideraban “locos”. En este contexto, se asociaba la locura con la imaginación; enraizando lo demoníaco en el cuerpo de lxs sujetxs. En este sentido, durante el siglo XVII, aparecieron los primeros monasterios, como instituciones que servían para disciplinar y recluir a las personas que no cumplían con los parámetros de la “normalidad” o el “ser normal”.

Los internados también funcionaron como lugares para amoldar a lxs enfermxxs mentales, y contener su “locura”. Por aquel entonces, la “locura” se percibió como un problema y una enfermedad; donde la institución moral se encargaba de castigar y apremiar a lxs sujetxs, a través de la penitencia. “La locura se convierte así en un asunto de sensibilidad social al colocarse al lado del crimen y del desorden” (Odorizzi, 2004).

Entrado el siglo XVIII, se comenzó a sentir la necesidad de darle un trato especial a quienes sufrían de algún padecimiento mental, es por ello, que, en 1744, el parlamento de Inglaterra concedió y estableció normas para la atención de estxs pacientxs. De la misma manera, América se vio influenciada por estas medidas y en el año 1756, surgió el primer hospital que tenía como objetivo, atender y llevar a cabo, el tratamiento del alienadx.

Como afirma Erving Goffman, “las instituciones totales eran erigidas para cuidar a aquellas personas que, eran incapaces de cuidarse por sí mismas, y constituían, una amenaza involuntaria para la comunidad”. (Goffman, 1968)

Durante la Revolución Francesa se produjo un cambio significativo en la concepción del “loco”, de la mano de Philippe Pinel, Director del Asilo de Alienados de la Salpêtrière de París, rompió con el paradigma establecido, el cual era muy violento e inhumano, e impuso un tratamiento moral, que incluía las salidas de lxs pacientxs hacia la comunidad, y la apertura hospitalaria.

Pasaron de ser sujetxs pasivxs, silenciadx y segregadx, a sujetxs activxs y participativxs.

Sin embargo, estos hospicios, ante la llegada de Pinel, eran lugares de confinamiento, donde se mezclaban a lxs que sufrían enfermedades mentales, lxs que decían estarlo para evitar ser enviadx a la guerra, lxs “desviadx”, homosexuales, libertinx, indigentes, huérfanxs, pobres, delincuentes, etc. En

oposición a estxs actores, se encontraba el rol que cumplía el médico, como afirmó Michel Foucault:

Puede decir la verdad de la enfermedad gracias al saber que posee sobre ella, puede producir la enfermedad en su verdad y someterla a la realidad gracias al poder que su voluntad ejerce sobre el propix enfermxx. Todas las técnicas o los procedimientos puestos en práctica en los manicomios del siglo XIX – aislamiento, interrogatorio público y privado, tratamientos/castigos tales como la ducha, los coloquios morales, la disciplina rigurosa, el trabajo obligatorio, las recompensas, las relaciones preferentes entre el médico y determinadx enfermxx, las relaciones de vasallaje, de posesión, de domesticación, y a veces de servidumbre que ligan al enfermxx con el médico –, todo esto tenía como función convertir a la figura del médico en “el dueño de la locura”: este es quien la hace mostrarse en su verdad, quien la domina, la aplaca y la disuelve, tras haberla desencadenado sabiamente. (Foucault, 1996, p.52-53)

1.4 Modelo Médico Hegemónico

En este sentido, el Modelo Médico Hegemónico (MMH) que propuso la psiquiatría tradicional, es definido por Eduardo Menéndez como:

(...) El conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, desde fines del S. XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado. (Menéndez, 1990, p. 83)

La enfermedad está relacionada con un desvío, la práctica es curativa a fin de eliminar el síntoma. El pacientx es consideradx poseedor de un saber erróneo y responsable de su enfermedad. La profesionalización es formalizada, es decir que no se toma en cuenta aquellas prácticas que están por fuera de la medicina, ya que el conocimiento médico se supone científico. (Del Pino, Ermili, Fernández, Rodríguez, 2008)

Este modelo se caracterizó por basarse en las cuestiones biológicas a la hora de producir un diagnóstico. Se visibilizaban los síntomas que tenía el pacientx,

y se promovía la medicalización sistémica como forma de resolver esos síntomas que le daban identidad a la enfermedad que tenía que ser resuelta. Analizando cuestiones sobre la salud mental, asociadas a los parámetros “normalidad”, observamos, que estas reglas tenían como único fin, mantener y preservar el orden social. El “loco” constituye una idea de peligrosidad que tiene fundamento en las prácticas que se implementan en el internamiento asilar. El tratamiento se empieza a asociar con el aislamiento, la segregación, la necesidad de control y vigilancia.

1.5 Etiquetas que marcan huellas: un camino hacia la construcción del estigma

Nos parece pertinente destacar el rol del *estigma* en sus diversas dimensiones y el papel que juega la sociedad para que este se materialice y se enfatice en denotar al “diferente”, a ese “que no soy yo, que no es normal”.

De esta forma, creemxs que es un concepto trascendental para romper con el viejo paradigma, el cual impone la exclusión de lxs “locos”, lxs deshumaniza, y no permite, bajo ninguna circunstancia, que se inserten en la sociedad y se cumplan sus derechos como ciudadanxs.

“La locura implica el encierro, ser “diferente” y por ello se es segregado, nos tendríamos que poner a trabajar sobre todo lo “diferente” y que expresa cada unx con esto”. Afirma la Doctora Psiquiatra, Patricia Pauluc.

Consideramxs que esta frase es de gran utilidad para esclarecer la noción del estigma sobre las personas que padecen trastornos mentales, y las formas en las que a ellas se las discrimina, a través del aislamiento, y la exclusión con el uso de categorías como “loco”, “rarx”, “enfermx”, entre otras denominaciones. Denotando así, una gran diferenciación con respecto a otrxs sujetxs sociales.

“Los neuropsiquiátricos en la sociedad moderna, han funcionado como depósitos de cuerpos. El “encierro moderno” sólo reproduce una manía de las anteriores sociedades: poner a resguardo a la comunidad del diferente”. (Goffman, 1992)

Michael Foucault en “Vigilar y castigar” (1975) enunció que, en el proyecto de la modernidad, se construyeron diferentes instituciones para disciplinar a las

personas que no cumplían con las normas que se establecieron como “normales” para la sociedad, generando así, discriminación. Ejemplos claros de ello son: la escuela para la formación del sujetx, las cárceles para la normalización de las conductas y el manicomio para el control de la locura.

De esta manera, se trabaja no solo el estigma en la comunidad, sino también en integrar los lazos con la sociedad. Se intenta dar cuenta de la reinserción comunitaria de personas, que, por su padecimiento, fueron aisladas de los vínculos sociales. En este sentido, los tres centros de día de la ciudad de La Plata, coinciden que el enfoque de trabajo tiene que ser con la colaboración y el acompañamiento de la comunidad.

Consideran, que el prejuicio y el rechazo provienen del desconocimiento que hay de la enfermedad; para poder revertir estas conductas es necesario que haya difusión y prevención.

Las personas con diagnóstico de trastorno mental, sufren, no sólo de las discapacidades y dificultades propias de su enfermedad, sino, además, de reacciones sociales negativas que dificultan su bienestar, adaptación e inclusión social, limitando su autonomía e interfiriendo en el acceso a los servicios de salud. (Acuña y Bolis, 2005; Thornicroft, 2008; Mascayano 2015)

Ignorancia, prejuicio y discriminación acerca de la “enfermedad mental” (Thornicroft, 2007) se articulan en un complejo proceso que construye barreras y levanta muros invisibles e invisibilizados que separan, excluyen, clasifican y aíslan a aquellxs que portan esa “indeseable diferencia”. (Goffman, 1998)

El temor, desconfianza y sentimientos de rechazo que se generan a partir de estas creencias, aíslan a quienes padecen un trastorno mental limitando sus relaciones sociales, y su ámbito social sólo a otras personas que también padecen enfermedad mental. (Muñoz, Pérez Santos, Guillén, 2009)

El autoestigma es un proceso en el que la persona con enfermedad mental, acepta la disminución de expectativas, tanto desde la comunidad como desde él mismx (Caltaux, 2003). Este modelo hegemónico refuerza el sentimiento de pasividad por parte del sujetx, rompiendo barreras a una posible inclusión de lxs mismxs.

1.6 Revolución para la libertad: experiencias de Desmanicomialización

En contraposición al MMH, a través de luchas históricas, y de la continuidad de distintos movimientos alternativos, se fue gestando un nuevo paradigma: la Antipsiquiatría. Surgió a raíz de la crítica del poder del médico, que concebía a este actor como única persona que poseía el saber. Además, rompió con el esquema biologicista del síntoma, ya que consideraba que la enfermedad se generaba por componentes sociales, económicos y culturales. Esta corriente es la que originó distintas experiencias vinculadas a la *Salud Mental Comunitaria*.

La más paradigmática fue la del *Dr. Franco Basaglia* en Italia. Quién rompió con la concepción hegemónica asilar vinculada al tratamiento de lxs patientxs y la transformó en un sistema de apertura hospitalaria.

De esta manera, lxs internadxs pasaron a trabajar y vivir en comunidad; la institución se convirtió en un hospital de día, y se brindaron espacios con distintas herramientas que ayudaron a que estxs actores pudieran recuperar los lazos sociales, con la introducción de talleres, emprendimientos y radios abiertas.

Sus ideales para el tratamiento partían desde el reconocimiento de lxs patientxs como sujetxs de derechos.

Su logro más destacado fue el cierre definitivo de los manicomios en Trieste. Esta revolución, demostró que es posible realizar otro tipo de abordaje, en la realización de un tratamiento psiquiátrico, pensado desde la posibilidad de su vida en la comunidad, potenciando sus habilidades e integrándose en la sociedad. Esta transformación acompañó la creación y la implementación de la Ley 180, más conocida como “Ley Basaglia”. El trabajo realizado en Trieste, donde la práctica estaba basada en un sentido educativo, buscaba romper con el MMH: “Lo que debe cambiar, para que se puedan transformar las instituciones y los servicios psiquiátricos, es la relación entre el ciudadanx y la sociedad, en la cual se inserta la relación entre salud y enfermedad”. (Basaglia, 2005, p. 231)

En este sentido nos parece pertinente exponer que la *desmanicomialización* busca ponerle fin al sistema de encierro que se da en los neuropsiquiátricos:

No se trata de negar la necesidad de internaciones, sino de que las mismas no se realicen en manicomios, donde las personas son objetivadas, vejadas, privadas del derecho a la sexualidad, a la privacidad, a la información, el derecho a la dignidad. (¿Qué es la desmanicomialización?, 2014)

Esta noción tiene por objetivo final convertir el modelo de reclusión, para transformarlos en ámbitos dinámicos con una mayor interacción entre la institución y la sociedad. La propuesta está dirigida a generar las condiciones para una resignificación, por parte de la comunidad, y de las instituciones psiquiátricas, que asisten a estas organizaciones.

En Argentina, este paradigma, estuvo acompañado por la sanción de La Ley Nacional de Salud Mental 26.657, sancionada en el año 2010, la cual propuso pensar el concepto desde lo colectivo/comunitario, con espacios en los que se les brindara atención médica, pero sin condiciones de encierro.

Plantea la posibilidad de generar actividades en las que puedan aprender oficios, que les permitan acceder a emprendimientos por los que perciban una remuneración, cuyo fin es que, poco a poco, lxs sujetxs se reinserten en la sociedad, y se piensen como lxs ciudadanxs que verdaderamente son; dejando a un lado el viejo paradigma de discriminación/marginación social.

La Ley Nacional de Salud Mental es reconocida como una ley de Derechos Humanos, en tanto reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. (Poder Legislativo Nacional, 2013)

Sentimxs que es pertinente destacar que esta ley amplía “los derechos de las personas con padecimiento, en relación a la preservación de su identidad, intimidad y autonomía en su tratamiento, al acceso a una atención integral y humanizada”. (Poder Legislativo Nacional, 2013)

Retomamxs la noción de humanización, cuando hablamxs de personas que padecen trastornos de salud mental, dejando de lado el viejo modelo de

concebir al “loco” como una cosa u objeto sin pensar en aquello que le pasa, en lo que ha vivido y en el potencial que tiene. Tal como lo explicita la Ley, es elemental tener presente la perspectiva sobre derechos humanos ya que la misma permite pensar la emancipación.

1.7 Comunicación para la transformación

Destacamos el concepto de *Comunicación*, interpretándola como una herramienta que contribuye al proceso de rehabilitación. Entendemos que ella es una práctica que atraviesa todos los espacios sociales, generadora de sentidos, no solo expresados en la palabra, sino también, a través de las prácticas cotidianas, y en la interacción con los sujetos.

En este sentido, comprendemos a la comunicación como “una práctica social de producción, negociación e intercambio de formas simbólicas que tienen en el centro de la escena a los actores que la protagonizan y los contextos en el que se desarrollan”. (Uranga, 2012)

La perspectiva del concepto que presenta este trabajo, permite visibilizar y reflexionar sobre sus múltiples dimensiones. La importancia que tiene la comunicación para el desarrollo de la vida cotidiana, y cómo esta se convierte en una herramienta de potenciales transformaciones.

Otra noción que atraviesa nuestra producción es la *Planificación*, la cual implica reflexionar permanentemente: por un lado, cuando conocemos la situación en la que vamos a trabajar, cuando intervenimos en el campo, las decisiones que vamos tomando, las sensaciones que percibimos, y, por otro, el repensar de las prácticas, para seguir potenciando nuevas herramientas, las cuales nos van a permitir llegar a la transformación social.

En esta línea: “(...) planificar implica sostener procesos de desarrollo desde una mirada integral de la realidad. Donde se tenga en cuenta la cultura, los modos de estar en el mundo que tienen los diferentes pueblos, y las formas de construir sentidos”. (Ceraso, Arrúa, 2011, p. 2)

Antecedentes: procesos históricos mundiales

2.0 Cambio de paradigma: del Modelo Hegemónico Médico hacia una Salud Mental Comunitaria

El contexto posterior a la finalización de la Segunda Guerra Mundial, brindó el escenario para que se desarrollaran vastas investigaciones en el campo sociológico, cuyo propósito fue transformar las ideas y relaciones que instituyen y rigen la psiquiatría.

Estos movimientos, son resultado de una profunda revisión, que se estructura en diversas propuestas y acciones. Para Galende, esto se debió a que, entre otros causantes, el conflicto bélico dejó a gran cantidad de individuos con necesidades de atención psiquiátrica, y a la vez, que generó un crecimiento de las posiciones humanistas.

De este modo, diversos intelectuales, entre ellos muchos psiquiatras, se volcaron hacia el psicoanálisis.

Bajo este marco, surgió la relación íntima del dispositivo manicomial con los Estados paternalistas “dispensadores de bienes y verdades”. Se trató de reintegrar a la locura en el seno de lo humano, del cual la razón positivista, la había excluido.

Este proceso tuvo sus expresiones y se extendió en distintos países: en *Inglaterra*, inició gracias a un grupo de psiquiatras que trabajó durante la guerra en el entrenamiento de comandos, desplegando técnicas grupales con influencia psicoanalítica, aplicándolas al tratamiento de enfermos internados en instituciones psiquiátricas. Los principales exponentes son *W. Bion, Foulques, Maxwell Jones*.

En la misma época, apareció *Rapoport*, un sociólogo que desarrolló un modelo de socioterapia, vinculándose con el Hospital Henderson, y dando lugar a la primera Comunidad Terapéutica.

Su reforma buscó democratizar las relaciones entre el enfermo y sus cuidadores, abolir el poder del médico, los métodos represivos, y principalmente, permitir integrar a los pacientes con el afuera de la institución.

Este nuevo modelo de psiquiatría giraba hacia modelos grupales, y de solidaridad comunitaria, donde se formaron *Laing y Cooper*. Esta experiencia gestó lo que se denominó como la *Antipsiquiatría* inglesa en la década del 60.

Este movimiento, se dio debido a los cambios políticos: el ascenso de lxs laboristas al poder (que dictó las leyes del Sistema Previsional Inglés), posibilitó la creación en 1946 del “Sistema Nacional de Salud Mental”, que sancionó la reforma de las instituciones psiquiátricas, diez años más tarde, en 1956.

La reforma inglesa impactó en *EEUU*. En los años cincuenta, hubo un auge de las socioterapias, y comenzaron a multiplicarse las “*Comunidades terapéuticas*”.

Un exponente, el sociólogo, *Erving Goffman*, se internó como pacientx en un hospital psiquiátrico a fin de estudiar el funcionamiento de estas instituciones.

La publicación del libro, en que elaboró sus conclusiones de esta experiencia, impactó la conciencia de los medios ligados a la psiquiatría.

En su obra, demostró las condiciones carcelarias del internamiento. Todo este movimiento aisló, y puso en crisis la concepción médica de la enfermedad mental.

En paralelo, se crearon los llamados “*Centros Comunitarios de Salud Mental*”, cuyo objetivo era responsabilizar a la población del tratamiento. El Gobierno de Kennedy facilitó este desarrollo, y en 1963 se sancionó la Ley Kennedy, que instauró un Centro Federal de Salud Mental, y estableció un Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria.

Este programa se basó en la combinación de la concepción del Sector francés y la Socioterapia inglesa, incluyó al sistema a otrxs profesionales, que asumieron responsabilidades en el tratamiento de pacientxs. De esta manera, el poder médico empezó a perder su hegemonía, y son otros discursos teóricos los encargados de situar al “loco” en el universo de la cultura y la vida social.

En 1963, como consecuencia de este movimiento, la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de su Comité de Expertos en Salud Mental, aprobó la recomendación de sus países miembros de considerar modelo prioritario de asistencia psiquiátrica a la Comunidad Terapéutica, y, aunque muchxs

psiquiatras asimilan estos modelos terapéuticos, el conflicto se instala poniendo cada vez más distancia entre lo que dicen pensar de la enfermedad y lo que verdaderamente ejercitan como práctica.

En *Francia*, surgió la figura del médico psiquiatra *Francesc Tosquelles*, máximo representante de la *Psicoterapia Institucional*, cuyos gérmenes conceptuales se gestaron en la España de la preguerra civil, y sus aplicaciones técnicas se desarrollaron en el emblemático Hospital de Saint-Alban.

Esta corriente se desprendió de la doctrina post equiroliana, impulsada por el psiquiatra *Lucien Bonnafé*, cuyo objetivo persiguió la crítica al sistema asilar.

Se produjo un movimiento alternativo que pretendía superar al manicomio, y destruir la concepción del hospicio como agente terapéutico. Durante la contienda bélica, estuvo a cargo de los servicios psiquiátricos del ejército.

Posterior a la caída de la República, en marzo de 1939, Tosquelles se instaló en un campo de Sept-Fonds, donde montó una unidad psiquiátrica para atender a lxs que afectadxs por la traumática experiencia de la guerra civil.

Paul Balvet, Director del Hospital de Saint-Alban, lo invitó a formar parte de su equipo, y terminó empleado como médico, obteniendo el nombramiento como Jefe de Servicio, años más tarde, en julio de 1953.

La *Psicoterapia Institucional* se dividió en dos momentos; por un lado, la transformación que implementó Tosquelles y Bonnafé en el Hospital de Saint-Alban, durante la ocupación alemana, o el de Fleury-les Aubrais por *Georges Daumézon*, para los cuales, el nosocomio era un factor de cronicidad de la enfermedad mental, pero coincidían que, una vez corregidos sus vicios, el asilo podía “recuperar” su función terapéutica. Esta etapa se dio por terminada a finales de los años 50.

En 1942, año que asumió la dirección de Saint-Alban, *Bonnafé*, se desarrolló el Congreso de Alienistas y Neurólogos en Montpellier, al que acuden Balvet y Tosquelles. Ambos denunciaron las condiciones del sistema asilar, así como la situación de genocidio al que se vieron sometidos lxs patientxs, acorraladxs por las hambrunas y el frío.

En el marco de este contexto, se produjo la apertura hospitalaria de lxs patientxs hacia la comunidad. Comenzaron a trabajar bajo la supervisión de lxs

vecinxs a cambio de comida. Esta experiencia de terapia ocupacional, ligada a necesidades de supervivencia, contribuyó a transformar el nosocomio en comunidad terapéutica. Esta transición se denominó “*Psicoterapia Institucional*”.

Por otra parte, lxs mismxs artífices que impulsaron estos movimientos, crearon la *Psiquiatría del Sector*, a comienzos de los años 60.

Valiéndose de estos antecedentes, y en relación con el congreso que organizó *Henri Ey* en 1951, en donde Tosquelles expuso la organización que desarrolló en Saint-Alban, aplicando la *Psicoterapia Colectiva*, dio inicio a la conformación de la *Política del Sector*, que contempló la existencia de una atención psiquiátrica extrahospitalaria.

Es necesario destacar la tarea que realizó *Francesc* durante su intervención en el hospital, humanizando la institución, reconociendo y promoviendo el valor de lxs patientxs. El abordaje involucraba técnicas que iban, desde la farmacoterapia hasta la terapia electro-convulsiva; y la psicoterapia grupal.

El trabajo implicó romper las jerarquías que separaban médicos de enfermerxs, y lxs patientxs del personal. Para ello, impulsó la creación del *Club Terapéutico*, otorgándoles derechos y por primera vez, el acceso a la palabra.

En 1960 se produjo un cambio significativo vinculado a la lucha contra las enfermedades mentales: apareció una circular ministerial, proponiendo transformar el papel del establecimiento psiquiátrico, y cuestionando sus métodos represivos vinculados al tratamiento.

Este buscó nuevas premisas en las cuales basar la solución médica y social de la locura, rompiendo con el aislamiento manicomial y desarrollando servicios en la comunidad.

Así es como se inició la *psiquiatría de sector*, cuyo énfasis se centró en otorgar responsabilidad, concientizar y propagar la Salud Mental en diversos sectores de la sociedad, también se ampliaron las redes para el tratamiento de lxs patientxs, con la incorporación de nuevos dispositivos alternativos: hospitales de día, hogares de post-cura, talleres protegidos, etc.

En síntesis, se estableció un modelo sanitario psiquiátrico, el Sector, que integró a profesionales no médicos, en un proyecto inicial de hacer de la psiquiatría manicomial una medicina mental social.

Lo expuesto anteriormente se vincula con la aparición de los primeros movimientos mundiales. El más significativo y paradigmático es el que sucedió en el noreste de Italia de la mano del Dr. Franco Basaglia.

2.1 Rompiendo las barreras del manicomio: experiencia de Trieste

“Cuando tratamxs de comprometer a la comunidad en la cura del pacientx, estamxs tratando de eliminar el cuerpo muerto, el manicomio, y el de sustituirlo con la parte activa de la sociedad. Este es el modelo que proponemxs y que no es funcional a la lógica de la sociedad en la cual vivimxs (...).” (Basaglia, 2013, p. 75)

Franco Basaglia fue un psiquiatra italiano que propuso un nuevo enfoque en la atención psiquiátrica, dejando de lado los tratamientos médicos hegemónicos, pensando en los derechos de cada pacientx y, mostrando que había otro camino cuando se trataba del abordaje de la locura.

Su recorrido comenzó como Jefe de la Dirección del Hospital Psiquiátrico de Gorizia en 1960. Allí, se planteó una denuncia sobre la situación y las lógicas con las cuales trabajaban en los manicomios.

Estas experiencias fueron plasmadas en su obra *“La institución negada”*, publicada en el año 1968. No concebía a las enfermedades mentales como enfermedades físicas, sino que las interpretaba como consecuencia de la marginación, los problemas económicos, sociales, y de los entornos disfuncionales.

Si la enfermedad mental es, en su origen, la pérdida de la individualidad, de la libertad, en el manicomio el enfermx no encuentra nada más que el lugar en donde estará completamente perdido, vuelto un objeto por la enfermedad y por el ritmo de internadx. (Basaglia, 1964, p. 4)

En agosto de 1971 asumió la Dirección del Hospital Psiquiátrico de Trieste. Funcionaba como un hospicio que alojaba a individuos que “no se adaptaban” a la sociedad, y no cumplían con la lógica de la vida en la comunidad. Tenía fines segregativos en relación a la dinámica social.

El proceso de transformación, rehabilitación y construcción de alternativas, se inició con el desarrollo de talleres artísticos con lxs internadxs. El objetivo de las ideas que se propusieron, a través de distintas metodologías, apuntaron a recuperar y potenciar las capacidades creativas que ellxs tenían.

Su principal logro fue el cierre de los manicomios en el territorio italiano, permitiendo que lxs pacientxs pudieran vivir insertxs en la comunidad. Para ello, se gestó un sistema de apertura hospitalaria. Además, creó diversos dispositivos dentro del nosocomio, como las asambleas y las radios comunitarias. Estos, eran espacios en donde se utilizaba la voz como herramienta de transformación a través de la palabra.

Enfrentó a diversas instituciones y actores que se oponían a este paradigma, bajo la defensa de la intervención en entornos aislados y vigilados, e instauró, lo que se denominó el modelo de la “*psiquiatría democrática*”, logrando obtener apoyo del parlamento italiano y promulgando en el año 1978, la Ley 180, que prohibía el internamiento obligatorio de las personas que sufrían algún tipo de disfuncionalidad mental.

Para 1980, el hospital había sido transformado notablemente: se implementaron nuevos servicios en el territorio, el más novedoso fue la atención a domicilio. La idea del confinamiento y la reclusión quedaron en el pasado: fueron reemplazados por la apertura de casas asistidas con profesionales que acompañaban en el tratamiento de cada pacientx. Todo formaba parte de la rehabilitación psicosocial.

Haber logrado esta reforma de desinstitucionalización, implicó la instauración de la modalidad de internaciones breves, como recurso de última instancia, y principalmente, la recuperación de los lazos sociales y afectivos.

Hasta el cierre definitivo de las instituciones psiquiátricas, en la década de los 90, el manicomio fue reformado y el equipo de operarixs de la salud que

continuaron trabajando, lo hacían utilizando las normas que regulaban la hospitalización voluntaria.

Se promovieron derechos a lxs patientxs, aumentando su libertad de movimiento dentro y fuera del hospital, y garantizándoles un poder de negociación para mejorar el tratamiento y la asistencia.

La comuna de Trieste, llegó a tener la apertura de siete dispositivos alternativos, con ocho camas en cada centro para la cobertura de 50.000 patientxs.

2.2 Movimientos que se replican en Argentina

La transformación y el proceso que había realizado Basaglia en el noreste de Italia, generó la década del apogeo de diversos movimientos de desinstitucionalización, que proclamaban por el cierre definitivo de las instituciones psiquiátricas y buscaban romper con las prácticas que proponía el asilo manicomial; estaban impulsados por psicólogxs y psiquiatras. Tenían por objetivo adoptar las distintas ofertas terapéuticas e implementarlas en el interior de los hospitales. Estas ideas incluían: armar grupos de dramatización, psicodrama y realizar actividades relacionadas a la educación física.

Sin embargo, cabe mencionar, que el desarrollo de Políticas en Salud Mental con base comunitaria, y anclaje jurídico en Argentina tardó en llegar. Nos referimxs a experiencias aisladas pero significativas, entre las cuales se encuentran: la inclusión de abordajes interdisciplinarios llevada a cabo en el Servicio de Psicopatología del Hospital de Lanús entre 1956 y 1972 con Mauricio Goldemberg como Director.

Como Director de Salud Mental de la Capital Federal, llevó a cabo el “Plan Goldemberg” de 1967, con el cual logró la creación de centros de salud mental en hospitales de la ciudad, durante el período dictatorial, a cargo de Juan Carlos Onganía. Mientras se desarrollaba el golpe militar de 1976, el Servicio de Salud Mental fue desmantelado y Goldemberg se vio forzado al exilio.

En el transcurso de los años posteriores, se abolió todo intento de prácticas comunitarias, en el contexto del así denominado “Plan Cóndor”.

Con el retorno de la democracia, Vicente Galli bajo la Dirección de Salud Mental, elaboró el Plan Nacional con Goldemberg como asesor, que continuó funcionando algunos años más.

En la década del 80, de la mano del Dr. Hugo Cohen, se produjo un hito en Río Negro con el cierre del neuropsiquiátrico Allen, ubicado en dicha provincia.

En el mismo sentido, inició la experiencia de desinstitucionalización en San Luis a cargo del Dr. Jorge Pellegrini, quien transformó el hospital psiquiátrico en un hospital escuela.

2.3 Conquistas ganadas

En la ciudad de La Plata se intentó aplicar diferentes prácticas de desmanicomialización dentro del Hospital Dr. Alejandro Korn, situado en la localidad de Melchor Romero.

Desde su inauguración, el 24 de abril de 1884, la institución se dividió en dos grandes áreas: por un lado, se estableció un espacio para alojar a lxs enfermxxs generales, y por el otro, se construyó un lugar para pacientxs psiquiátricxs clasificados en: “dementes tranquilxs”, “agitadx”, y “mujeres”.

De esta manera, el hospicio alojó como internadx a las personas que sufrían distintos padecimientos mentales. Con el transcurso de los años, se fueron constituyendo salas, cuyo fin permitía segmentar las patologías y su grado de “peligrosidad”.

Los aportes que introdujo el Dr. Korn incluyeron no solo mejoras edilicias en el establecimiento, sino también el trabajo en la recuperación y la rehabilitación de pacientxs. Esto, posibilitó la participación y el involucramiento de lxs mismxs en diversas actividades relacionadas a la organización del trabajo. Gracias a los cambios, el hospital adoptó la estructura de una colonia.

Paralelamente, se fueron sumando actividades terapéuticas, como, por ejemplo, talleres, y la Granja intrahospitalaria, cuyo objetivo tuvo la reinserción social de lxs pacientxs.

El 10 de diciembre de 1987 se produjo la apertura de *Casa Pre Alta*, primer Centro de Salud Mental de la Provincia de Buenos Aires, ubicado por fuera del nosocomio.

Este suceso, significó un verdadero cambio de paradigma en la atención de patientxs psiquiátricxs: se convirtió en el único dispositivo que funcionaba dentro de la comunidad.

La gestión del Dr. Abelardo Gilabert, Director del Hospital Dr. Alejandro Korn, entre los años 1988 y 1992, quién sucedió en el cargo a Juan Osvaldo Gil, provocó cambios sustanciales.

Presentado como “discípulo” de Pichón Rivière, había sido convocado por el entonces Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Floreal Antonio Ferrara. Entre alguno de sus logros, se encuentra la introducción de talleres artísticos dentro del nosocomio, como forma de generar una vinculación entre lxs patientxs, con la recuperación de los hábitos diarios, extinguidos como consecuencia de los años de internación.

Desde un inicio, Abelardo se propuso promover transformaciones estructurales para abrir el camino hacia un proceso de desmanicomialización, con una fuerte presencia de la comunidad, y un rol activo de lxs patientxs.

Este programa de trabajo denominado “*deshospiciar*”, tenía como finalidad reducir el período de internación durante el transcurso de una crisis psicótica, para que la persona tratante pudiera volver con su grupo familiar a la comunidad. Es decir, acortar el tiempo de internación, siempre acorde al caso, ya que pretendían terminar con las internaciones de por vida, pensando en buscar las mejores condiciones para lxs patientxs.

En este sentido, también se planteó la disminución de camas dentro del nosocomio, además de dar altas.

Esto generó como consecuencias problemas de superpoblación, hacinamiento, dificultades habitacionales, etc. sumado a la falta de recursos para enfrentar la numerosidad de patientxs.

Gilabert presentó una estrategia que abarcó diferentes mecanismos de inclusión durante las internaciones transitorias. Es por ello, que en 1989 se generó un cambio interno en la institución: se empezó a pensar en períodos cortos de internación.

De esta manera, en el hospital neuropsiquiátrico se crea un nuevo *Servicio de Atención en Crisis (SAC)*, destinado a la atención de las urgencias

psiquiátricas. En primera instancia, el pacientx se dirigía a la guardia y de ahí, se lo derivaba a este servicio.

El espacio tenía una particularidad; ellxs no podían permanecer internadxs por más de 15 días; era un lapso breve, que, sin duda, ayudaba a establecer avances en la conexión de la persona con su grupo vincular. Cuando se trataba de casos que requerían un tiempo prolongado de internación, el SAC se ponía en funcionamiento, y lxs mismxs, intentaban ser externadxs en un plazo corto.

Se trabajaba para que pudieran volver, con el fin de poder mantener periódicamente controles. Esto no hubiera sido posible, sin el apoyo y el acompañamiento del grupo familiar. La Jefa del Servicio en ese entonces, era Graciela Negri, la cual, comenzó a trabajar en el año 1989.

Es relevante destacar, que parte de su recorrido profesional, lo inició en el hospital. Reconocida psicóloga, que ejerció y desempeñó su cargo por más de 20 años en la institución manicomial, fue pionera e impulsora en la creación, y realización, de políticas y estrategias en el ámbito de la salud mental.

Entre algunos de sus trabajos, encontramos el que desarrolló en la Sala Lasegue, utilizando como recurso *la comunidad terapéutica*. El equipo estaba conformado por: Juan Carlos Domínguez, Armando Bauleo, entre otrxs y supervisado por Ana Fernández. En efecto, se lograron dar más de 60 altas, entre 100 pacientxs, que llevaban 20 años de internación.

Desde 1989 hasta el año 1995 un grupo de profesionales que integraron el equipo del SAC, en el Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos Dr. A. Korn, desarrollaron una investigación en la que se detectó que, de los 1000 ingresos anuales, 500 eran readmisiones, con un promedio entre 5 y 14 reingresos, y que el problema principal se debía a que el 50% de la población externada hizo abandono de tratamiento entre el primer y cuarto mes de haberse producido el alta.

En este sentido, Graciela expone: “El alta era muy compulsiva. Salía de la crisis, que no duraba más de 48 horas, y ya se le daba el alta sin haber un seguimiento posterior”.

A partir de los resultados que se obtuvieron, y como alternativa para suplir estas falencias, en el año 1995, Negri, presentó, a la Dirección Ejecutiva del

hospital, un proyecto de “Hospital de Día” con el propósito de trabajar sobre la población de patientxs que hacían abandono del tratamiento.

El programa de trabajo fue llevado a cabo mediante un convenio con la Universidad Nacional de La Plata en el año 1996. Este dispositivo, surgió como un *Hospital de Día* que funcionaba en la Sala Albina, ya que tenía como Jefa a Graciela Negri.

Hubo un acuerdo entre la Facultad de Psicología (UNLP), una Asociación Civil, que nació a partir de la cátedra de Psicología Forense, y el Hospital Dr. Alejandro Korn. Allí podían realizar las prácticas de la materia.

Esta articulación tuvo como impronta desde su origen, una lógica de trabajo colectivo, en donde la institución académica ofrecía la capacitación teórica, la supervisión y lxs estudiantes. El hospital brindó el espacio físico para que pudieran desarrollar las actividades y propuestas con lxs patientxs.

Sin embargo, el inicio del proyecto, cuando desembarcó en la institución psiquiátrica, atravesó diversas dificultades. La apertura del nuevo dispositivo intrahospitalario generó resistencias y rechazos.

El espacio estuvo compuesto por distintxs profesionales. Trabajaban cuatro enfermerxs: dos por la mañana, y dos por la tarde. Patientxs que venían de otras salas y vecinxs de la comunidad de Romero.

Este convenio dio un puntapié para iniciar una nueva dinámica de trabajo dentro del nosocomio, en la cual apareció la figura del *pasante*.

Negri, se propuso transformar el paradigma del Modelo Médico Hegemónico, y pensar el abordaje con una mirada más integral: “fue un movimiento basado en la concepción de un sujetx de derecho, con potencialidades y capacidades como para poder transitar su proceso de salud mental de una manera, lo más digna posible”.

En este sentido, y previo a una exhaustiva evaluación de lxs profesionales, se sumaron talleres como herramientas para el tratamiento terapéutico de cada patientx, pensando en potenciar su subjetividad y sus habilidades, dejando a un lado el método de la medicación sistémica.

Estos espacios funcionaban de lunes a viernes por la mañana. Se dividían en talleres de expresión corporal, lectura de diarios, plástica, literario y de manualidades, que más tarde pasó a llamarse de recreación.

Adoptaron como metodología, el trabajo grupal e interdisciplinario. Lxs estudiantes que asistían, venían de diversas carreras como Psicología, Comunicación Social, Antropología, Letras, Bellas Artes, etc.

Desarrollaban sus actividades con una limitada cantidad de recursos profesionales que proporcionaba el hospital: no tenían psiquiatras, y lxs enfermerxs asumían la responsabilidad de supervisar la medicación y las cuestiones vinculadas al orden clínico de lxs internadxs.

También, el Hospital de Día, brindaba espacios de psicoterapia grupal, que se enfocaban en el abordaje psicoterapéutico de lxs patientxs, el grupo terapéutico y el Área de Atención Familiar y Comunitaria, los cuales estaban constituidos por pasantes de Trabajo Social y Psicología, bajo la coordinación de psicólogos.

Se buscaba lograr que lxs actores construyan un lazo y generen una conexión con la familia. Es por ello, que uno de los objetivos que se plantearon, se basó en “evitar ingresos y reingresos, posteriores a las internaciones”.

Como bien expone Daniela Tielimans, pasante e integrante del proyecto, la finalidad de estas propuestas tenía que ver con lo subjetivo: “apuntaban a desplegar aspectos de la autonomía de las personas que concurrían al servicio, y así lograr la reinserción socio-vincular y comunitaria”.

Cada taller tenía una especificidad en función de poder llevarlo a cabo, es decir, lxs pasantes que tenían conocimientos sobre lo que se dictaba en cada espacio, eran seleccionadxs para desempeñar sus actividades en los mismos.

Tenían una dinámica que se dividían en tres momentos: la pre-tarea, la tarea y la pos-tarea. En pre-tarea y pos-tarea se encontraban acompañadxs por un profesional. En cambio, en la tarea, eran lxs pasantes quienes se encargaban de brindar el taller. Una vez finalizado, se pasaba a la lectura emergente, en la cual, se revisaban las dificultades que se habían presentado, se proponían estrategias y se planificaban los próximos encuentros.

Los talleres buscaron recuperar y potenciar la subjetividad aplanada de lxs patientxs durante los años de institucionalización. Las estrategias que persiguieron en el armado de estas propuestas siempre apuntaron en la misma dirección.

En el *espacio de lectura de diarios*, buscaron conectarlos con la realidad del aquí y el ahora, a partir de la lectura del medio gráfico, ya que lxs mismxs, eran ajenxs a lo que estaba sucediendo en la actualidad, el contexto social, político y económico que acontecía.

En *plástica*, se exploraban los aspectos más internos e inconscientes a través de la expresión, desde la pintura y el dibujo: se exteriorizaba lo que no se podía manifestar con palabras, todo lo que se plasmaba, quedaba habilitado para que se pudiera decir en el grupo terapéutico.

Literario funcionaba de manera similar: permitía reflejar sus emociones, sentimientos, deseos y sensaciones a través de la poesía y el relato.

Manualidades, estaba coordinado por lxs enfermerxs y acompañadxs por lxs pasantes. Este espacio se transformó en el *taller de recreación*. En este sentido, buscaban lugares de la ciudad de La Plata que pudieran visitar, como, por ejemplo, el Zoológico, Museos, La Catedral, la República de los Niños, etc. De esta manera, se fueron generando proyectos de salida, donde se hacía hincapié en distintos aspectos referidos a: ¿Qué micro tenían que tomar?, ¿Dónde debían bajar?, ¿En qué barrio estaba ubicado?, etc.

Estos cuestionamientos permitieron incentivar y despertar su propio interés: “¿qué conocimientos previos tienen?, ¿a dónde se puede ir?, ¿qué desean hacer?, ¿qué se quiere conocer?” como manifiesta Carolina Delorenzi, psicóloga e integrante del proyecto. (...) *El objetivo fue que el día que salieran de alta, pudiesen utilizar los recursos que había en la comunidad, tener una autonomía propia y poder realizar su vida con libertad como cualquier ciudadanx.* (Delorenzi, 2019)

Es importante hacer mención al papel que cumplieron lxs siguientes actores, en relación al recorrido trazado en el campo de la salud mental en la ciudad de La Plata, y la importancia de sus trabajos como antecedentes para el surgimiento de diversas producciones e investigaciones.

Patricia Pauluc comenzó a trabajar en conjunto con Raúl Simón en el año 1992 en el Hospital Neuropsiquiátrico Especializado en Agudos y Crónicos “Dr. Alejandro Korn”, dando origen a un equipo interdisciplinario.

Raúl, ingresó a la institución, proveniente del Hospital de Gonnet, en el cual trabajaba como anestesista. Le propusieron integrar estos espacios, como parte de su rol de músico, a través de la Ley 10.430.

En cuanto a Patricia, se encontraba desempeñando su cargo de psiquiatra en la Sala Lasegue, que alojaba patientxs crónicxs, junto con Héctor Grimberg, quien era psiquiatra, psicoanalista y actor.

Tras varios años de trabajo, él se jubiló y quedó Patricia como Jefa de Sala.

Junto a un equipo de profesionales que habitaban los distintos espacios terapéuticos, se desarrollaron las supervisiones con personas externas del hospital. De la misma manera, se realizaban las asambleas, donde se planteaban los reclamos de lxs patientxs acerca de la comida, la higiene, la limpieza de la sala y los tratos de los grupos de enfermería, etc. se encontraban bajo la supervisión del mismo Grimberg.

Los talleres artísticos funcionaban como una herramienta fundamental para promover sus motivaciones, trabajar sus capacidades y fomentar los vínculos sociales con el otrx, con el objetivo de lograr la recuperación de su autonomía.

Este proceso sirvió como antecedente para las aperturas de los dispositivos en la comunidad.

2.4 Política de retrocesos

La década de los 90 estuvo signada por la implementación de políticas neoliberales conformes al Consenso de Washington. En Salud, se adoptaron recomendaciones de organismos supranacionales como el Banco Mundial, y el Fondo Monetario Internacional, (“Invertir en Salud” 1990) que parecieron reemplazar el lugar de rectoría y formulación de políticas en salud que había conservado la OMS, desde su fundación en la posguerra (1948).

En Argentina, se consideraba una idea utópica el cierre de los manicomios, y la construcción de un tratamiento alternativo, pensado en la vida afuera, con libertad. Fue una época aplanada en términos de políticas públicas, y más, en

el ámbito de la salud mental.

Si bien había movimientos que luchaban para revertir esta realidad, lejos estaba la posibilidad de tener un marco legal que ampare un mundo de derechos civiles, y con ello, provocar la ruptura en la asociación de la locura con la peligrosidad.

Sin embargo, el viaje que realizó Patricia Pauluc a Trieste, permitió obtener ideas, y copiar su modelo exitoso para poder aplicarlo en la ciudad de La Plata.

“Los tanos nunca retrocedieron, fueron avanzando y creando alternativas”.

Luego de tres años de trabajo en centros comunitarios de Italia, Patricia volvió al Hospital Alejandro Korn en 1997. Continuó desempeñando su labor en una Sala de Mujeres Crónicas, llamada Agudos, en la cual presentó un proyecto denominado Arco (Área de Reinserción Comunitaria).

Volcando herramientas y conocimientos adquiridos del modelo Basagliano, el espacio apuntó al armado de talleres artísticos, sostenidos gracias al aporte de voluntarixs que acompañaron esta actividad. Los talleres, se dividieron en: *arte* (dibujo, pintura, música y literario), *mundo subjetivo*, *comunicación*, *expresión corporal*, vinculados a la higiene, *la higiene sexual*. Los mismos, tenían por objetivo, deconstruir las costumbres que lxs pacientxs habían adoptado de la institución durante su internación, promover su estimulación cognitiva y potenciar sus subjetividades.

Historias y características de los centros de Salud Mental Comunitaria en la ciudad de La Plata

3.0 Orígenes de Pre Alta

Esta casa fue donada por un familiar de un pacientx de la Sala Solanet, hace 32 años. Desde su apertura, este dispositivo, se inscribió bajo una modalidad de trabajo innovadora con respecto a las prácticas institucionales tradicionales, es decir, se planteó funcionar inserto en la comunidad: lxs pacientxs, eran evaluadxs para un tratamiento de rehabilitación y sociabilización, con la finalidad de continuarlo en la institución, y dejar de asistir al hospital.

Pre Alta se encuentra ubicada en la calle 56 entre 9 y 10 N° 714. En sus comienzos, contaba con 10 camas de internación designadas a pacientxs que provenían de Sala de Crónicos, Subagudos y tiempo más tarde, del hospital psiquiátrico en general.

El abordaje del tratamiento duraba un año, y tenía como propósito trabajar en pos de la recuperación de lazos sociales; de su externación definitiva del hospicio, y lograr la reinserción paulatina en la sociedad.

Con los objetivos que la institución se había propuesto, y como forma de contribuir en los procesos terapéuticos y de rehabilitación, se replicaron los modelos de talleres que provenían del hospital, los que se encontraban bajo la coordinación de la Dra. Diana Uribarri y Hugo Ceballos.

De esta manera, Pre Alta generó las primeras actividades, que incluían bolsitas, trapos de piso, costura recta, serigrafía, telar, pañales, carpintería, etc. a cargo de la Dra. Cecilia López Santi, cuya finalidad consistió en trabajar en la apropiación de estos espacios, potenciar sus capacidades y adquirir habilidades laborales para que el día que fueran dadxs de alta, pudieran implementar estas herramientas en futuros trabajos dentro la comunidad.

En el año 1999 se creó, dentro del nosocomio Dr. Alejandro Korn, el Servicio de Externación, gracias al aporte de la Dra. López Santi y la Dra. Diana Uribarri.

Los talleres brindados, tanto en el hospital, como en Pre Alta, estaban

articulados en el marco de este espacio. Se estableció con el fin de trabajar, como afirma Uribarri, sobre “los criterios que tenían que ver con la rehabilitación y habilitación de lxs patientxs internadxs”.

La Casa persiguió el mismo objetivo: trabajar y acompañar los procesos de externación, pero se basaban en un método que tenía una orientación de tipo manicomial, es decir, lxs patientxs se encontraban conviviendo en el establecimiento. Gracias a la constitución del servicio, se logró retirar las camas de Pre Alta, y las mismas se trasladaron al hospital.

Transcurrieron algunos años, hasta que, en 1999, el centro comenzó a funcionar sólo de día. Cabe destacar, que para el contexto en el que estaba situado este tipo de propuesta, tuvo una doble lectura: por un lado, podría considerarse como “irruptiva” o “desafiante” ya que buscaba romper con la lógica tradicional, ante el sistema y las ideas hegemónicas del abordaje de la salud mental, y por otro, “tradicional”, ya que sostenía una dinámica manicomial, debido a que lxs patientxs vivían allí.

En este sentido, Karina manifiesta:

Hace 32 años atrás era innovador, porque estaba en pleno centro de la ciudad, tenía otra dinámica, no era el hospital. (...) Implicaba tener ideológicamente y teóricamente una postura distinta, era satanás pensar que podías tener un usuarix que venía del manicomio viviendo acá y haciendo otro tipo de tratamiento que no fuera el de la medicación. (Sarasola, 2019)

3.1 Identidad

En sus inicios, la institución, tenía una esencia ortodoxa, estricta, selectiva y elitista, a la hora de realizar las entrevistas de admisión, y la elección del perfil de patientxs, con lxs cuales continuaban el tratamiento.

En ellxs había un común denominador: la selección estaba vinculada a las condiciones sociales, económicas y culturales: todxs vivían una marginación social que lxs atravesaba, carecían de recursos y oportunidades.

Trabajamxs con una población muy vulnerable, desenganchada de todo, no solo con la presentación clínica, sino que vienen por lo general de un contexto

social desfavorable y con una historia terrible, de mucho desenganche del sistema. (Sarasola, 2019)

En julio del año 2015, asumió la coordinación de Casa Pre Alta la Lic. Karina Sarasola, quien percibió una fragmentación entre lxs patientxs y el equipo profesional. Esta observación permitió que se comenzara a cuestionar las posturas que fueron adoptando lxs operarixs a lo largo de los años de vida de la institución.

Le ofrecemxs un lugar diferente. Bueno, ¿qué es un lugar diferente? ¿por que esté en el centro y tenga un espacio individual de terapia? o ¿por que venga todos los días acá? a mí me parece que un Centro de Salud Mental Comunitaria tiene que estar redefiniéndose continuamente. (Sarasola, 2019)

Durante un tiempo prolongado, el centro mantuvo la misma lógica, sin deseos de apertura a nuevas improntas de trabajo; esto se tradujo en la relación con lxs patientxs, el abordaje clínico y la vinculación con la comunidad:

Cuando entré al equipo, un diagnóstico de retraso mental no se admitía, ¿por?, ¿cuál era el criterio? si vos trabajas la externación, no te estoy hablando de un retraso mental severo, pero un retraso mental leve o moderado, ¿por qué no?, sí, implica una modalidad de trabajo diferente en lo singular pero no quiere decir que en lo colectivo el usuarix no pueda incluirse en un montón de actividades. (Sarasola, 2019)

Esta institución no contaba con actividades colectivas. Lxs usuarixs que asistían, lo hacían para tratarse en espacios individuales vinculados al tratamiento psiquiátrico y psicológico.

Al observar los hábitos cotidianos que lxs mismxs tenían, donde sólo transitaban por el centro para retirar su medicación y tomar mate, dejando por fuera sus percepciones y habilidades, promoviendo un gran asistencialismo; comenzó a gestarse la idea de pensar actividades y talleres en función de sus necesidades, deseos y demandas, generando así, una ideología distinta del abordaje de lxs patientxs y de su vida en sociedad.

En esta línea, Karina expone: “si esto es un Centro de Salud Mental y Comunitaria, ¿qué sentido tiene?, ¿por qué no, la construcción de espacios colectivos?”.

A partir de la visibilización de estas demandas, se empezó a pensar un espacio que sea para ellxs, del cual pudieran apropiarse y ponerle voz a sus inquietudes, sensaciones, sus opiniones sobre diferentes temas, etc. Por ello, surgió el espacio de asamblea, con el objetivo de que utilizaran la palabra como herramienta de transformación.

En un primer tiempo, no era sostenido, costó muchísimo, porque no lo habitaban; teníamos que andar todo el tiempo atrás. Ahora, está instalado como un espacio de ellxs y a partir de esto es donde se generan todas las actividades colectivas que se hacen. (Sarasola, 2019)

En este sentido, las actividades que se organizan están relacionadas a la comunidad, y son acompañadas por los miembros de la Casa: salidas al Jardín Japonés; el Bosque; Teatro Argentino; las piletas de ATE; son algunas de ellas. Estos paseos se estructuran en relación a espacios de placer u ocio, que se encuentren por fuera del Centro de Salud Comunitaria. De igual manera, Pre Alta promueve el trabajo de articulación con diversas instituciones.



3.2 Modalidad de trabajo

Actualmente, el equipo profesional mantiene reuniones, en donde hacen un relevamiento de lo que sucedió durante el transcurso de la semana, y ponen en común la información y los criterios sobre el seguimiento de lxs usuarixs, su situación, la dinámica y las estrategias terapéuticas que se llevan a cabo: si continúan de la misma manera o se modifican (basadas en el estado en el que se encuentra cada pacientx), etc.

El tratamiento clínico se realiza de manera individual, cuentan con un espacio con su psiquiatra, y en caso de ser necesario, un espacio de terapia con una psicóloga.

El equipo de trabajo está compuesto por un grupo de profesionales interdisciplinarios: seis enfermerxs: tres que cubren el turno mañana, y tres que cubren el turno tarde, dos psicólogxs, dos psiquiatras, dos trabajadoras sociales, una acompañante terapéutica, una secretaria, un camarero y una encargada de la limpieza.

Los tres centros comparten la modalidad de las visitas domiciliarias a lxs pacientxs, con el objetivo de hacer un seguimiento de la vida en comunidad.

En cada una de ellas, ven cómo están, las condiciones en las que viven en las pensiones, cómo se relacionan con lxs otrxs, hábitos y costumbres que tienen, la higiene de los espacios y el aseo personal, la alimentación (si lo hacen o no, cómo y qué tipo de alimentos) y el manejo de la plata (cómo administran el dinero que cobran de las pensiones y subsidios), etc.

3.3 Espacios de encuentro

A partir de la asamblea, surgieron propuestas de lxs mismxs usuarixs, y por ello, se fueron redefiniendo las actividades. Se constituyó la *Feria Americana*, pensada con una modalidad en la cual se pudieran anotar, elegir y postularse en el espacio. Se desarrolla de lunes a viernes y los fines de semana se coloca un puesto en las plazas o en el Rectorado para salir a vender.

Actualmente, es uno de los talleres productivos, el cual genera ingresos y la posibilidad de inserción laboral.

De la misma manera, se conformó el *Taller de Retazos*, que engloba entre 18 y 20 usuarios por cada actividad, realizado los días miércoles y jueves.

El *Taller de Lectura* se dicta los viernes en el horario de la tarde, y trabajan cuestiones vinculadas a la lectura, a partir de ello, surge el armado de salidas a distintos lugares de la ciudad de La Plata.

También, se realiza el *Taller de Viandas*, el cual se constituyó para utilizar las verduras que les envía el hospital. El espacio se encuentra en constante redefinición, de acuerdo a las demandas que van surgiendo de los usuarios. En la actualidad se elaboran pizzas, y se dicta cada quince días.

El *Taller de imagen*, busca generar hábitos saludables relacionados a la imagen y a lo habitacional. Ponen énfasis en trabajar sobre las dificultades que presentan los usuarios en su vida cotidiana, por ejemplo, cómo separar la ropa sucia de la limpia; también, en la apropiación de los espacios, además de pensar en cuestiones vinculadas al aseo personal.

Es interesante destacar que estos espacios que brinda el dispositivo, cumplen un rol fundamental como terapias en la recuperación de los lazos vinculares.

Tal como afirma Adriana Sánchez, trabajadora social, que formó parte durante muchos años de Pre Alta:

En el hospital se ve ese aplastamiento que todas las instituciones provocan. Allí el sujeto no es sujeto, sino un simple número. Acá, en cambio, aprende a valerse por sí mismo y participa. Cuando el paciente tiene un lugar donde puede ser sujeto, donde puede ser escuchado, su situación cambia para mejor. (Sánchez, 2011, p. 1)

A través del acompañamiento y la estimulación del equipo profesional, el desarrollo de estas actividades propone fortalecer la integración comunitaria de los usuarios y recuperar sus habilidades. Esto les permitió descubrir y potenciar capacidades que se encontraban ocultas. Como destaca la Dra. Uribarri:

Venía un pacientx que había estado en el hospital pintando paredes y terminó siendo un excelente tejedor de telar, como Don Horacio, que no sabíamos que podía tejer. Es muy importante porque nos pasa a todas las personas que tenemos capacidades que no las desarrollamos, porque nunca nos pusimos a hacerlas y de pronto, cuando alguien nos acompaña, nos ayuda, nos enseña, las desarrollamos. (Uribarri, 2017, p. 13)



Por último, es relevante dedicarle un apartado especial al dispositivo cultural y comunicacional, *El Cisne del Arte*, el cual surgió a partir del *Taller de Arte* en el año 2007, bajo la coordinación de Laura Lago. Este, buscó fortalecer y explotar las potencialidades creativas de lxs participantes, de manera colectiva, a través de la exteriorización de sus deseos, inquietudes, necesidades, sensaciones, demandas.

En el 2008 el equipo de trabajo, recibió a un grupo de estudiantes extensionistas y profesores del taller de Diseño C, de la Facultad de Bellas Artes de la ciudad de La Plata. Su aporte se reflejó en el inicio del nombre del espacio junto con la identidad visual.

Convocó a personas de diversas disciplinas (Antropología, Artes Plásticas y Visuales, Comunicación Social, Letras, Psicología, etc.) que se fueron sumando y participando bajo programas de voluntariados universitarios.

A lo largo de sus once años de vida, generó distintas producciones enmarcadas en talleres y prácticas: escritura de crónicas, proyectos, capacitación, muestras y exposiciones, actividades articuladas con otras organizaciones y colectivos sociales y culturales.

Se convirtió en un espacio de producción cultural, artística y comunicacional, que tuvo circulación por fuera de la institución de salud. Esta condición refuerza uno de los objetivos propuestos, que es propiciar el lazo social mediado por los objetos del arte y la comunicación. Transformó las denominaciones del “loco” “pacientx” “enfermxx” “discapacitadx” por “tallerista” “artista” “escritor” o cualquier otra identificación que cada participante inventó según su saber hacer y su manera de concebirse.

En diciembre del 2009, se realizó la asamblea de constitución de la Asociación Civil OIKOS, la cual surgió por inquietudes de distintxs usuarixs, como una forma de enmarcar el Taller *El Cisne del Arte* de forma legal. En marzo de 2010, se le otorgó la personería jurídica. Esta continuó funcionando durante algunos años más.

Los espacios son difíciles de sostenerlos, principalmente por la dinámica que implican. Estas actividades comparten las mismas lógicas que los Centros de Salud Mental Comunitarias: falta de asistencia y continuidad por parte de lxs usuarixs, recursos materiales escasos, y en este caso, se sumó la complicación de la compatibilidad en los tiempos que lxs profesionales le dedican a los talleres.

Otro dispositivo que brinda la institución, y quedó de la vieja estructura del hospital, es el *Centro de Formación Laboral*, funciona como una escuela post primaria. Nació en el marco de un acuerdo entre la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia y la Dirección de Educación Especial de la Dirección de Cultura y Educación de la Provincia de Bs. As.

En la actualidad, trabajan no sólo con Pre Alta, sino también con el Centro Basaglia y con el Centro Pichon Rivière. Es un anexo construido para la atención de jóvenes egresadxs de escuelas primarias especiales.

Este espacio enmarca los talleres que se desarrollan en la institución, se encuentran supervisados por maestrxs integradores, y de apoyo, que tienen por objetivo lograr la autonomía y autogestión de lxs estudiantes en relación con la producción de los objetos propuestos por el docente.

Los talleres, al igual que en el Pichon, son dictados por lxs profesionales que integran el centro, lxs mismxs van rotando por los espacios durante un tiempo

determinado, promoviendo el trabajo interdisciplinario y colectivo, dado que se busca la integración de distintos saberes para fomentar un mejor desempeño.

3.4 Contexto actual

La permanente redefinición de su identidad es la característica principal de Casa Pre Alta. Es importante mencionar el contexto en el que comenzó a funcionar la misma, a diferencia de la consolidación de los dispositivos Pichon Rivière y Dr. Franco Basaglia, este centro no tuvo como antecedente un marco legal (Leyes, Tratados, Convenciones, etc.) en el cual pudiera basarse a la hora de pensar su identidad, su dinámica de trabajo y su impronta.

En este sentido, Sarasola expresa: “se caracteriza, a diferencia de los otros centros, por haber ido cambiando de equipos terapéuticos y eso va cambiando la modalidad de trabajo”.

Actualmente, la institución no conserva autoridades fundacionales como lo fueron Adriana Sánchez, la Dra. Cecilia López Santi y la Dra. Diana Uribarri; debido a esto, se produjeron cambios reiterados en la política de trabajo.

Karina, desde su inicio se propuso marcar la diferencia, promover una forma de trabajo diferente a las coordinaciones anteriores de Pre Alta. En este camino de generar una innovación, se visibilizaron las resistencias que había en el equipo profesional y muchxs de ellxs decidieron irse:

Si esto es un Centro de Salud Comunitaria, trabajamos en función de sostener y consolidar los procesos de externación de lxs usuarixs y a su vez, en la inclusión de lxs mismxs en la comunidad. (Sarasola, 2019)

Casa Pre Alta, junto con el Pichon Rivière y el Centro Dr. Franco Basaglia, pertenecen al Servicio de Externación del Hospital Dr. Alejandro Korn. Hace tres años se constituyó un dispositivo que tuvo como finalidad el abordaje que cada centro hace sobre lxs usuarixs, su tratamiento, la sustentabilidad de los talleres y asambleas, el contexto actual, etc.

Este espacio se generó producto de las luchas, la falta de comunicación y articulación que tenían los mismos.

Hace un año y medio, Pre Alta, propuso realizar un trabajo colectivo, en conjunto con los otros dos centros, en el cual cada una de estas instituciones tome una Sala de Crónicos, para ver la posibilidad de hablar con lxs usuarixs, que sean externadxs, y continúen su tratamiento en estos dispositivos dentro de la comunidad. Iniciaron la admisión de pacientxs provenientes de Sala Solanet. “Actualmente venían seis, ahora quedaron cuatro y hace un año y medio están viniendo entre dos y tres veces por semana”.

Lxs actores presentan como característica internaciones prolongadas, por más tres décadas en el hospital.

El equipo profesional, a la hora de realizar estos procesos se encontró con distintos obstáculos:

En un primer momento no sabían cómo tomarse el micro, tenían que venir o en la combi del hospital o acompañados por un enfermerx. Ahora se manejan solxs. Es un trabajo minucioso y a largo plazo. Ahora se ha trabajado con algunx que otrx usuarix de Salas de Crónicos, pero casos puntuales, no con una sala en sí. (Sarasola, 2019).

Todos los centros persiguen como objetivo principal la externación de lxs pacientxs internadxs en el hospicio de Melchor Romero, y lograr la integración comunitaria.

En sus inicios se trabajaba en relación al proceso de externación, en el presente, se hace énfasis en sostener esa externación de manera sustentable. En este sentido, la institución trabaja con una población mayoritariamente adulta, con un rango etario que va entre los 40 y los 60 años, y en menor medida, entre 25 y 30 años.

El centro, se ha ido articulando con distintas instituciones para promover un mejor desarrollo de la vida en comunidad de lxs usuarixs, funcionando como referencia de ellxs, ante cualquier situación: “Hay pacientxs que se atienden en el Hospital de Gonnet, entonces vamos, hablamxs con el médico, le explicamxs... el traumatólogo no tiene porqué saber de salud mental, creo que es un trabajo que hay que hacer y construir a futuro”.

De la misma manera, en el año 2017, se incorporó el Plan FinEs, (Finalización de Estudios Primarios y Secundarios) dirigido a jóvenes y adultxs que concurren a los tres centros de salud y de la comunidad. Meses más tarde, en octubre, se formalizó un convenio con la Facultad De Psicología de la UNLP, para que lxs operarixs que desarrollan su trabajo profesional en el dispositivo, recibieran supervisión quincenal.

A lo largo de sus tres décadas de vida, nunca contó con el recurso de tener referencias dentro del equipo. Este dispositivo se convirtió en una herramienta indispensable para el funcionamiento del Centro Basaglia, ya que permitió sostener el espacio de talleres, con el desarrollo y la implementación de diversas actividades desde sus inicios en la comunidad.

En el año 2018, tuvo su primera experiencia vinculada a la incorporación de la figura del pasante, donde quedaron seleccionadas cuatro personas, pero el espacio no logró tener continuidad y terminó disolviéndose.

Pre Alta es sinónimo de historia, de innovación y reacomodamiento permanente. Este espacio ha cambiado a lo largo de los años, como hemos mencionado en líneas anteriores, se fue adaptando a los equipos de trabajo y a las dinámicas propias de cada contexto político, económico y cultural.

Karina, expresa lo siguiente: “Ningún cambio es sin lxs otrxs. Sin lxs otrxs como institución, sin lxs otrxs como colectivo, no hay ningún cambio”.

En este sentido, la comunidad funciona como una parte imprescindible para que se generen las transformaciones de apertura e inserción de lxs patientxs. Se necesita de su colaboración e involucramiento en estas temáticas. Como refuerza López Santi:

Buscamxs que lxs externadxs puedan recuperar un proyecto de vida, que es lo que pierden en las instituciones. Por eso necesitamos que, una vez que se concrete su salida, haya una sociedad que lxs reciba. (...) Necesitamos gente que quiera alquilarles propiedades, ya que, por muchos prejuicios, no todxs se animan. (López Santi, 2011, p. 1)

Casa Pre Alta tiene como meta en el futuro tener una mayor llegada a la sociedad, que se derriben los mitos y los imaginarios sociales vinculados a la

salud mental: como, por ejemplo, las conductas que puede llegar a tener un usuario, que, generalmente se asocian al peligro. Como bien explicita Sarasola:

La gente tiene desconocimiento sobre lo que es la salud mental, me parece que nosotros tenemos que mostrarles, por ejemplo, que el sujeto que padece una psicosis no es un asesino serial, ese es el trabajo. Nosotros, cada evento que hay, queremos contar, la idea es que vayan ellos, y que puedan contar. (Sarasola, 2019)

Ante la falta de conocimiento y el prejuicio, la institución apunta a crear estrategias para tener una mayor apertura con la comunidad, poder brindar más información, que la ciudadanía sepa y entienda el trabajo que se realiza en un centro de estas características. Es necesario que también acompañen el proceso de externación de ellos, los traten como pares, porque eso es lo que debería ser.

3.5 Hacia la comunidad: surgimiento del Centro Pichon Rivière

Durante el 2006 se fue planteando la crisis del trabajo ad honorem de distintos pasantes, quienes estuvieron entre ocho y nueve años involucrados en el servicio del Hospital de Día, que funcionaba dentro de la institución manicomial.

Fue un momento en el que se dio un proceso de luchas, en las que se buscaba tener un reconocimiento; que se dieran cargos para quienes formaron parte del proyecto desde su inicio, y querían seguir desempeñando su profesión con esta línea de trabajo de salud en la comunidad.

En este sentido, los únicos profesionales que habían sido nombrados e integraban la sala eran cuatro enfermeras, dos psicólogas que iban una vez por semana, y la misma Jefa del espacio, Graciela Negri.

Se fueron generando tensiones y resistencias vinculadas a la continuidad del funcionamiento del Hospital de Día, ya que se manifestaba cierto malestar por la ausencia tanto de recursos económicos, como de respuestas de las autoridades estatales.

Simultáneamente a esta situación, se abrieron nuevos horizontes, ya que lograron materializar sus reclamos, obtuvieron sus cargos de planta y consiguieron un dispositivo para poder continuar con su trabajo en la comunidad: se constituyeron como centro.

El 25 de junio se cumplió un nuevo aniversario natalicio del médico psiquiatra Dr. *Enrique Pichon Rivière*, en homenaje a él, su carrera y a todos los aportes que realizó al campo de la salud mental, se decidió que este espacio llevara su nombre.

Por disposición del Ministerio de Salud, en el año 2007, el Hospital de Día se trasladó a una casa ubicada en la calle 37 entre 6 y 7.

Esta nueva forma de abordaje, hizo necesario comenzar a elaborar un reglamento de funcionamiento, debido a que no existía la denominación “centros de salud”, ni “centros de día”, que dependieran de una institución psiquiátrica, ni estuvieran incluidos dentro de las denominaciones existentes a saber: patientx, internadx, o de consultorio externo.

Por otra parte, por sugerencia del Ministerio de Salud, se comenzaron a elaborar los distintos artículos del mencionado reglamento, no sólo para protección de lxs usuarixs y lxs profesionales, sino también para contar con criterios comunes de funcionamiento.

El hecho de estar establecidxs durante muchos años en Romero, y pasar a una vivienda en pleno corazón de Barrio Norte en la comunidad, produjo diversos cambios, por ejemplo, gente del personal que trabajaba en Romero, decidió no trasladarse hacia el nuevo espacio (por distancias y otros motivos).

Dadas las circunstancias que implican una mudanza, lxs patientxs sufrieron descompensaciones. Esto significó una nueva organización y reordenamiento: el conocimiento de un nuevo lugar, lograr una nueva adaptación, etc. Lo que trajo como consecuencia una desorganización en sus estructuras mentales, y provocó muchas crisis de excitación psicomotriz.

Este nuevo orden de trabajo significó una serie de nuevas responsabilidades como: enseñarles a lxs patientxs a tomarse el micro que correspondía para poder llegar, que ellxs lo asimilaran y tuvieran registro, que empezaran a

reconocer el barrio, lograr un sentido de pertenencia con el territorio, etc. Todo esto implicó un trabajo en equipo de lxs profesionales.

Desde que el centro se trasladó de la institución psiquiátrica hacia la comunidad, se comenzó a detectar que aquellxs usuarixs derivadxs del Servicio de Agudos Hombres no concurrían por sus propios medios al espacio, y hacían abandono del tratamiento. A partir de esta realidad, dos profesionales del centro, empezaron a asistir semanalmente al Servicio para trabajar con lxs patientxs, previo a su alta. Esta tarea, se llevó a cabo desde el año 2007 al 2014, y permitió regularizar la situación respecto al tratamiento.

La infraestructura edilicia presentaba dificultades propias para el funcionamiento de un centro de salud.

La residencia tenía una habitación espaciosa en la planta superior, donde se desarrollaban diversas actividades. No obstante, la única posibilidad de acceso era a través de una escalera, la cual se encontraba en el exterior, la falta de un baño, se sumó a estos factores, que generaron la imposibilidad de habitar plenamente la casa. Este espacio se volvió inaccesible e impidió que algunxs patientxs, que se encontraban en sillas de ruedas, no pudieran asistir.

El equipo continuó trabajando en el domicilio hasta el año 2014, cuando la situación se volvió insostenible, como consecuencia del vencimiento del contrato del alquiler, el deterioro edilicio y la falta de mantenimiento. Ese mismo año se produjo la mudanza hacia un nuevo hogar, el cual se encuentra ubicado en calle 2 N° 1498 esquina 63.

En la actualidad, el equipo está constituido por distintxs profesionales, entre lxs que se encuentran: seis enfermerxs: tres en cada turno; tres psicólogas; dos psiquiatras; dos trabajadoras sociales; un acompañante terapéutico; un secretario y el personal de seguridad, que proviene del Alejandro Korn: no hay personal fijo ya que van rotando.

Este dispositivo comunitario desarrolla la actividad asistencial a partir de una modalidad interdisciplinaria, con espacios de atención individual, grupal y familiar. Ofrece grupos terapéuticos, asambleas, atención psicológica y psicoterapia individual, en donde se evalúa a lxs usuarixs, en función de las particularidades del caso. Paralelamente, de manera periódica, se mantienen

reuniones de equipo con lxs profesionales y se brindan entrevistas de admisión.



3.6 Talleres

Los días lunes y viernes se realiza el *Taller de Feria Americana*, bajo la coordinación de una enfermera. Los martes se encuentra el *Taller Literario*, conocido como “*Bibliotecando*”, y el *Taller de Repostería*, en donde lxs usuarixs que participan, cocinan recetas vinculadas a los productos panificados que se elaboran durante la mañana, y a partir del mediodía, los martes y miércoles, se venden en la vereda. Parte de lo recaudado se guarda para comprar materiales, y otra parte se distribuye entre aquellxs que estuvieron trabajando en la elaboración y la venta. Los miércoles se dicta el *Taller de Fútbol*, que se encuentra momentáneamente suspendido (por un tema de salud de su tallerista). Lo coordina un enfermerx. También se desarrolla el *Taller de Plástica*, a cargo de Carolina, una psicóloga que está rotando por los tres espacios (Basaglia, Pichon, Pre Alta). Los días jueves se realiza el *Taller de Actividad Física*. El único que se encuentra coordinado por una profesora de educación física y psicóloga que lo realiza ad honorem. En el mismo, se genera una rutina de entrenamiento y se utilizan los recursos de la ciudad para ejercitarse al aire libre. Si el clima es adverso, emplean un espacio del centro para brindar una clase de relajación. También está el *Taller de Viandas*, donde participan usuarixs que presentan dificultades en la elaboración de la comida. Aprenden la receta y luego la transmiten a otrxs compañerxs.

Los emprendimientos productivos tienen como finalidad promover la articulación con instituciones que abordan la integración laboral. A su vez, son una gran estimulación en la continuidad de su tratamiento: potencian sus habilidades, lxs convierte en emprendedorxs, y les permiten un ingreso de dinero, fomentando así, posibilidades para mejorar su calidad de vida en la comunidad.

Es relevante destacar que, a diferencia del Centro Basaglia, los talleres son llevados a cabo por lxs profesionales que componen este centro de día.

De esta forma, se presenta el obstáculo para poder sostenerlos. No existe un tallerista que asista exclusivamente a dictar el espacio. En cambio, en el Basaglia, esta tarea está abocada a lxs pasantes.

Es importante mencionar que las pasantías, tanto las que propone el Basaglia, como las que propuso el Pichon Rivière, son de carácter interdisciplinario y ad honorem. Es decir, es un trabajo que se realiza de manera voluntaria.

Asimismo, es necesario aclarar que, el Pichon Rivière mantuvo pasantes a lo largo del transcurso de su vida en la comunidad. Sin embargo, hace cuatro años este recurso dejó de existir, y en la actualidad el único centro que permite el ingreso de estos actores es el Basaglia.

El rol del *pasante*, en este centro, apuntaba a ser tallerista únicamente. Es decir, cada persona dejaba su Currículum vitae, y allí, dos profesionales lxs leían para ver la especificidad de cada área y qué espacio podían integrar.



3.7 Lineamientos para el desarrollo de la Salud Mental Comunitaria

Desde la apertura en la comunidad, este dispositivo supo diferenciarse de los dos centros restantes. Se estableció como un tratamiento complementario al Servicio de Agudos Hombres. Lxs pacientxs que asisten al espacio promedian los 20 años de edad. Los tratamientos se realizan con una población muy joven que se extiende hasta los 40 años.

De la misma manera, los centros trabajan con derivaciones que provienen de otras salas. Sin embargo, esta decisión no fue deliberada:

Se dio así porque Carolina hacía grupo terapéutico en la sala; desde el hospital, oficiaban como una pre-derivación a un centro de salud en la comunidad. Podía ser en cualquiera de los tres dispositivos, pero, al estar con Carolina, elegían venir acá porque me conocían y sabían de qué se trataba. (Tielimans, 2019)

Debido a las características que presentan lxs usuarixs la propuesta y el abordaje es distinto. Si bien el propósito es el mismo, las metodologías varían, junto con el tratamiento:

Es diferente atender a un Crónico que a un Agudo. Si a un pacientx le planteas una actividad y viene de Agudos, tiene un rato de internación. Claramente, es distinto abordar un pacientx que estuvo veinte años internadx. Son otras cosas que tenés que trabajar. Además, no son los mismos gustos los de un joven que uno de setenta, no tiene el mismo recorrido institucional. (Delorenzi, 2019)

Como sucede con los dispositivos comunitarios vinculados a la salud mental, el objetivo que persiguen es evitar reingresos al hospital. Es por ello, que se trata el problema en cuestión, a partir del seguimiento de lxs usuarixs. En primera instancia, se identifica el encuadre de lxs actores y en base a este, se planifica y diagrama un esquema de visitas al centro:

De acuerdo a cómo es su proceso, a la cura en el plano psicoterapéutico, de la particularidad de ese sujetx: de lo que padece, lo que necesita, de cuáles son las potencialidades que se necesitan explotar.

Se trabajan deseos, proyectos, de orden vincular etc. Se diferencia un sujetx en la comunidad de un sujetx de encierro: que era ir a la sala y estar encerrados sin hacer nada. (Tielimans, 2019)

En líneas generales, un gran porcentaje de las personas que sufren un padecimiento mental, y han atravesado en alguna instancia de su vida la institución manicomial, comparten una problemática frecuente: no cuentan con un acompañamiento familiar.

Por un lado, cuando sucede esta situación, el abordaje que realiza el centro, se enfoca hacia el mismx pacientx.

Por otro parte, es relevante mencionar que existe un amplio número de ellx que conviven en pensiones dentro de la comunidad; en estos casos, el tratamiento pasa a referenciarse hacia lxs dueñxs de los inmuebles.

En el caso de los que sí cuentan con su grupo vincular, la red se extiende hacia su familia, y el trabajo se materializa en compañía de un grupo interdisciplinario de enfermerxs, psicólogxs, trabajadores sociales, etc.

Como expresa Daniela: “el abordaje es de acuerdo a la particularidad de ese usarix, y de lo que consideramxs que está demandando y no dice”.

Cuando no se presentan al Pichon Rivière por un largo período, lxs profesionales intervienen, y se dirigen hacia los domicilios para conocer la situación que están atravesando, y buscar el por qué no asistieron. Si se plantea que existe un conflicto interno en el hogar, se cita a la familia.

“Se intenta que el centro no se transforme en una dependencia para lxs usarixs, y que no se transforme en otra forma de institucionalización”.

El objetivo se convierte en ampliar las redes de lxs pacientxs. Que lxs mismxs, aprovechen y utilicen los recursos que les brinda el centro. Cómo expone Daniela: “pretendemxs que ellxs se incorporen en otras instituciones: como, por ejemplo, en un club de barrio, en una escuela, en la facultad, en la salita y que no siempre sea Romero o nosotrxs, etc.”

3.8 Actualidad

En la actualidad, el centro se encuentra sin Jefe de Sala hasta octubre, ya que su jefa anterior, Sonia, se jubiló hace más de un año, se abrió concurso y nadie del equipo se quiso presentar. Entre octubre y noviembre se abren los concursos y se puede presentar cualquier persona del Hospital Alejandro Korn. Este posicionamiento influye en la toma de decisiones, ya que la misma se encuentran condicionadas por un grupo coordinador, que lo conforma todo el equipo de profesionales que integran el Pichon Rivière. Según manifestaron Carolina y Daniela: “la venimxs piloteando como podemxs”.

Mientras esto sucede, periódicamente se mantienen reuniones con los dispositivos, Centro Basaglia y Casa Pre Alta, donde se discuten las problemáticas comunes que sufren. Es un espacio que se venía sosteniendo desde un inicio con Graciela Negri como Jefa del Servicio de Externación, y lograron continuarlo de la misma manera pese a su ausencia.

El contexto económico, político y social que estamxs atravesando en la actualidad, influye de manera sustancial en el avance del nuevo paradigma que propone la Ley 26.657, ya que cada vez se cuentan con menos recursos para la salud mental.

La crisis económica no permite que lxs patientxs puedan tener una vida digna en materia de pensiones y subsidios que les otorga el Estado, ya que el aporte es de muy poco dinero, y el alquiler de una pensión, con las condiciones mínimas que brindan, es muy alto. Es muy dificultoso que puedan conseguir un trabajo digno, ya que la ley del 4% no se cumple (ley 25.689, la cual ampara un cupo de trabajo, para personas con discapacidad en ámbitos públicos y privados), y con el dinero que recaudan de los emprendimientos, sólo pueden cubrir gastos mínimos.

Daniela nos comentaba lo siguiente con respecto a la coyuntura del país:

Es un momento que, si es caótico para cualquiera de nosotrxs, imaginate para ellxs que pagan una pensión. Es admirable cómo hacen para manejarse con la poca plata que tienen. Acá se garantizan la comida del mediodía, pero no sabemos cómo hacen para garantizarse la comida de la noche. Sí es una

temática que surge en los grupos y se trabaja, porque no es que le pasa a unx, le pasa a la mayoría. (Tielimans, 2019)

El paradigma de la vida en comunidad, el cual promueve la integración social y el cumplimiento pleno de sus derechos, si bien tiene un marco legal, está más cerca de ser una utopía que de poder ir desarrollándose con políticas de Estado.

Un claro ejemplo, de lo mencionado anteriormente, son las pensiones otorgadas: tardan años en salir, y dificultan las externaciones. Es importante mencionar que la decisión sobre el cambio de vida de lxs patientxs, es responsabilidad de un grupo interdisciplinario de profesionales de Romero, y el acceso a las pensiones, es uno de los requisitos elementales.

Se analizan las posibilidades de cada patientx respecto a su vida en comunidad, en el caso de que no haya recursos, quedan internadxs de por vida.

3.9 Apertura de nuevas perspectivas de desinstitucionalización: nacimiento del Centro Comunitario “Dr. Franco Basaglia”

Inició en el año 2006 como un proyecto enmarcado en una cátedra libre llamada Mimí Langer, dictada en la Facultad de Psicología de la UNLP. Ofrecía en su currícula un seminario optativo de Psicología Política y Salud Mental Comunitaria, el cual tenía como eje, el trabajo en la comunidad, lxs estudiantes ejercían sus prácticas en diversos barrios de la ciudad.

Éste comienza a gestarse gracias al aporte del profesor titular, Yago Di Nella.

El proyecto de extensión buscaba trabajar sobre la revinculación de personas con padecimiento de salud mental internadas en el Hospital Dr. Alejandro Korn.

En primera instancia, se vincularon con la Sala Griesinger, la cual tenía como Jefa a Patricia Pauluc. Esta sala se componía de varixs enfermerxs, de lxs cuales formaba parte, Raúl Simón, más conocido como “Pinky”, y Rómulo.

Ellxs fueron algunxs de lxs actores impulsores, de lo que años más tarde se conocerá como el *Centro Dr. Franco Basaglia*.

El proyecto de voluntariado se sostuvo por el aporte de lxs estudiantes que asistían al seminario.

Tenían una lógica de trabajo determinada: se dividían en grupos, y a cada unx de lxs actores, se les asignó un espacio de intervención: el Hospital Interzonal Especializado Colonia Dr. Cabred de Open Door (Montes de Oca), el Hospital Interzonal José Estévez (Lomas de Zamora) y el Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos Dr. Alejandro Korn (Melchor Romero). Trabajaban en duplas para promover una dinámica más puntualizada; cada unx acompañaba a dos o tres patientxs.

Alejandra Parisse, quien fue estudiante, y formó parte desde sus inicios, describe la experiencia de haber transitado por el espacio de la siguiente manera: *“siempre se hacía hincapié en trabajar los vínculos y la articulación con el afuera”*.

La primera tarea consistía en reconocer a lxs patientxs, sus historias clínicas, hablar con lxs operadores de la salud, que se encontraban en la sala para poder estar con un contacto más directo, y de esta forma, observar sus gestos, sus conductas, sus habilidades, sus personalidades y también sus patologías. Como parte de la intervención se planificaban y se llevaban a la práctica actividades en la sala, como, por ejemplo: eventos por el festejo de la primavera o el festejo de sus cumpleaños, cosas que para el grupo eran comunes, pero para ellxs no.

El equipo se encontró con diversas dificultades: la mayoría de lxs patientxs no presentaban registro de identidad, producto de varios años de internación en el nosocomio, cuya consecuencia directa se reflejaba en la pérdida del registro de sus actividades cotidianas, su subjetividad se encontraba aplastada y adaptada a las lógicas de encierro: eran funcionales al manicomio.

A medida que avanzaba el proyecto, lxs estudiantes iban adquiriendo formación teórica y práctica sobre Salud Mental Comunitaria.

Desde la Facultad de Psicología se les brindaba un espacio de supervisión, donde se reunían todxs lxs actores, a cargo de Juan Carlos Domínguez y Yago Di Nella.

Funcionaba como lugar para discutir cómo continuar la práctica, también se transformaba en un espacio de intercambio y escucha. El grupo comentaba sus experiencias: cómo se sentían, qué les pasaba, qué les generaba y qué inquietudes tenían.

Recuperando el testimonio de otra integrante del proyecto, Valeria Dimitrof, nos comentó aspectos de sus vivencias dentro del hospital y lo que le generó:

Me di cuenta, sobre todo con Cristian, que era un chico que en ese momento tenía 30 años, notar que por más que uno le ponga voluntad al trabajo, no iba a tener la vida que yo tenía. Sabía que nunca iba a tener las mismas oportunidades.

Con esa pregunta primera, ¿Qué hago con esa angustia? lo resolví pensando en que la angustia hay que transformarla en potencia de creación y que todo lo que pueda aportar, sumaba y no restaba. Eso fue lo primero que entendí y me sostuvo. (Dimitrof, 2019)

Se buscó, a través de la creatividad, estrategias para poder revertir hábitos negativos que tenían lxs patientxs producto de la internación. Pensar que esas acciones, no debían ser costumbre. El diálogo, la comunicación, y el afecto que le brindaron fue el motor de la transformación.

Como consecuencia de estos cambios, ha sido notable su mejoría y su bienestar dentro de las posibilidades que permitía el hospital.

Siempre estaba alejado, sentado en un rincón, babeándose, no hablaba ni caminaba. Entendimxs que lo progre no pasar por negar la realidad, sino por hacer algo con ella. Entonces lo saludábamxs de lejos y lo llamábamxs por su nombre, ese movimiento que se generaba, supuestamente eran efectos secundarios de la medicación.

De repente dejo de babear y ahí lo empezamxs a saludar con un beso, como a todo el resto. Empezó a hablar, a caminar y después terminó externado. (Dimitrof, 2019)

El trabajo en la sala fue de dieciocho meses. Finalizó al mismo tiempo que el proyecto en el nosocomio. Esto dio inicio al surgimiento de un nuevo dispositivo que brindará servicio de externación en la comunidad.

En octubre del año 2007 abrió sus puertas el Centro de Salud Comunitaria Dr. Franco Basaglia, ubicado en Calle 49 N° 1114.

La apertura no fue sencilla: existieron trabas burocráticas, resistencias y obstáculos. Es importante recuperar el testimonio de Valeria, quien estuvo en el inicio del Basaglia:

El contexto del proyecto de revinculación, nos daba un amparo legal porque teníamos nuestro seguro, era un proyecto de la facultad, con convenio con el hospital, entonces permitía un orden, tenía un sentido que estuviéramos ahí y tenía una legalidad. A la dirección asociada de ese momento le costaba ubicarnos en algún lugar y le generaba molestias. Todo movimiento de estas características genera ruido. (Dimitrof, 2019)

En un principio, el centro estuvo conformado por Patricia, Raúl Simón y Rómulo, quienes contaban con la compañía de los estudiantes que venían del proyecto de extensión.

Se arrancó a trabajar con pacientes internados en la Sala Griesinger. Desde un comienzo, la idea fue que conocieran y recorrieran el barrio, en donde se ubicaba el centro, que se involucraran haciendo distintas actividades.

También participaban de los talleres y asistían al espacio para poder tomar la medicación. Como bien refiere Alejandra: “desde un inicio con ellos”, permitiendo generar un lazo social sólido entre los actores y la institución.

Esta sala se cerró, y el equipo se fue a trabajar al Basaglia. Mientras los pacientes que estaban internados en Sala Griesinger, fueron trasladados a Sala Lasegue.

Al centro, se sumaron los integrantes que habían creado el proyecto de revinculación, y más tarde, se incorporó un grupo que se llamó Caer, en la actualidad se denominan MDR (Movimiento Desmanicomialización en Romero).

Poco a poco, el Basaglia, fue consolidándose como espacio para el tratamiento en la comunidad, como menciona Alejandra: “lxs mismxs que venían acá, iban y les decían a sus compañerxs de sala que vinieran al centro”, de esta manera, comenzaron a llegar más patientxs. Se abrió la admisión para integrantes de otras salas, como la Meléndez.

En línea con lo relatado anteriormente, nos pareció pertinente continuar con el trabajo que inició el Basaglia y su relación con la comunidad. En palabras de la Dra. Patricia Pauluc:

Inicialmente arrancamxs por personas de internación crónicas. Hubo recepción de los servicios de Subagudos y Agudos del Hospital de Romero, pero también vinieron personas de la comunidad que por estar cerca en el barrio, se acercaron junto con los familiares para ver si se podían atender en el centro, incluso han ido lxs mismxs patientxs para pedir asistencia porque no querían atenderse en el manicomio, y sí que se animan a atenderse en un dispositivo en la comunidad. (Pauluc, 2018)

Sin embargo, cuando lxs vecinxs comenzaron a acercarse para ayudar con el centro, se encontraron con la dificultad de que no existía un marco legal para enmarcar a estas personas que trabajan a la par de lxs operadores. Es por ello, que surgió la figura del *pasante*, para poder darle *entidad e identidad* a quienes trabajaban en el Basaglia, y no eran parte del hospital, es decir, estaban dentro de la institución, pero no dependían de ella.

Estxs actores se fueron transformando en un pilar fundamental para la dinámica del funcionamiento, bajo los lineamientos que se propuso el centro desde sus inicios:

La participación de lxs pasantes en los diferentes dispositivos de abordaje que se emplean, son supervisadx y acompañadx por el personal de planta. También aquellxs graduadx que llevan más de un año de pasantía, se encuentran en condiciones de ofrecer sus herramientas y experiencias en el abordaje de la tarea.



Este dispositivo, se identifica con una ideología que se encuentra en la antítesis de las lógicas de encierro, impuestas por el manicomio. El Basaglia ofrece un tratamiento integral destinado a todas las personas que sufren algún padecimiento en salud mental, promoviendo la inserción, y recuperación de vínculos sociales, a partir de una dinámica de talleres. Estos comienzan a constituirse gracias al aporte y las donaciones de ropa que acercaban lxs vecinxs. Como mencionó Simón:

Lxs primerxs muchachxs que venían del hospital, traían la ropa del nosocomio rota. Eran los pantalones y las camisas grafa, algunas con el logotipo del nosocomio, tenían que venirse todxs uniformadxs. Se iban con el cambio de ropa, pero en la institución se las robaban. Entonces dijimxs ¿con qué podemxs arrancar? (Simon, 2018)

De esta forma, surgió la *Feria de los Locos*, que luego pasó a llamarse *El Ropero de Franco*. Se realizaba los sábados cada 15 días y participaban alrededor de 20 personas. La idea era que fuera un lugar cultural, más que una feria de venta. De este modo, permitiría la apertura del centro hacia la comunidad.

De igual manera, surgió el *Taller de Música*, que se dedicaba a la ejecución musical, del mismo nació una banda, conformada por lxs patientxs que integraban el espacio, denominada: “*Los Reyes del Rock*”.

También inició el *Taller de Radio*, espacio en el que podían poner en voz aquello que les pasaba, y donde también se aprovechaba para promocionar y vender los productos que se elaboraban.

Los talleres, los emprendimientos y los eventos, fueron generadores de una identidad colectiva, ya que ellxs empezaron a pensar en el arte como una salida laboral.



La *grupalidad*, la *colectividad*, la creación de fuertes lazos, el movimiento, y el paso de ser pacientxs internadxs a estar trabajando como emprendedores, son palabras que resumen vocación, pasión por el trabajo en salud mental, y la capacidad de poder pensar en transformación de la realidad, poner el cuerpo y la acción para que se materialice.

El inicio de los talleres no comenzó siendo auspicioso. Las personas que se iban acercando al centro, lo hacían desinteresadamente, y poseían algún conocimiento o herramienta sobre determinadas actividades, si a lxs pacientxs les interesaba y lxs convocaba, se formaban los primeros emprendimientos.

Un claro ejemplo de esto, es el caso de una voluntaria que llegó sabiendo hacer manualidades con donaciones de casas de costuras que tiraban retazos de tela y lana, diseñaron posapavas, alfombras para el baño, alfombras para la pieza y de este modo, se armó un taller llamado *Mundo Pompón*, en el cual todos los productos que se armaban, se vendían.

Con el transcurso del tiempo, se fueron constituyendo otros talleres como el de pintura, video, literario y artes plásticas. En este último se hacían cosas con tallado de cemento aireado.

Los primeros años de vida del centro no fueron fáciles. Como principal dificultad se encontraron, que, al ser trabajo voluntario, los talleres no eran sostenidos en el tiempo. Las personas que se encontraban a cargo de estos espacios, lo hacían de forma transitoria.

Es importante destacar que este modelo de cooperativismo, había sido traído desde Italia por la Dra. Pauluc. Este se enfocaba en la realización de talleres, en los cuales se producían diferentes objetos/bienes para vender, permitiendo fomentar el desarrollo de las habilidades, pensando en que lxs patientxs pudieran trabajar, tener un ingreso económico, etc. Lo cual lxs convirtió en emprendedores. Además, fomentó la estimulación, el desarrollo cognitivo y fortaleció su autonomía.

Patricia se propuso, replicar y reproducir este modelo en instituciones vinculadas a la temática de salud mental en Argentina. De esta manera, se establecieron acuerdos con otrxs emprendimientos relacionados a la salud mental de Italia, se realizaron intercambios con trabajadores del Centro Basaglia, y con ello, se promovió la circulación recíproca de nuevas ideas a la hora de pensar y gestionar emprendimientos.

De esta forma, se promovió el trabajo en redes y se dio comienzo a un círculo de contactos, es decir, se generaron invitaciones para poder llevar sus emprendimientos a diferentes lugares, y, se vincularon con personas del ambiente de la salud mental, permitiendo difundir la labor, y logrando un intercambio entre las partes.



A través del armado de los talleres, se comenzó a fomentar la inclusión laboral. A la hora de iniciar con la venta de los productos se encontraron con un gran obstáculo: “cualquier dinero que entraba de alguna institución del hospital, tenía que ir a la cooperadora y el 70%

de la recaudación quedaba ahí, no había ganancias”. (Dimitrof, 2019)

Lo expuesto, anteriormente, dio lugar a una mirada más integral, ampliando los horizontes. Se comenzó a pensar en la idea de cómo lograr vincular a lxs patientxs con la comunidad. Así decidieron que el trabajo, a través de los emprendimientos, era la mejor posibilidad para que se produjera este anclaje.

De esta manera, decidieron constituirse como una cooperativa, por una cuestión ideológica y de principios: buscaban el beneficio para lxs patientxs, promover oportunidades y derechos para personas invisibilizadas, y la cooperativa proveía ese fin social.

Con esta lógica, el equipo comenzó a instruirse en términos legales, para poder enmarcar los talleres como emprendimientos, buscando una lógica ganancial a todo el trabajo que se realizaba en diferentes espacios, así se dio inicio a la *Asociación Civil: “Movida de Locos”*, en el año 2009.

Siguiendo con esta línea, el dinero que ganaban con la venta de los productos realizados en los talleres, quedaba exclusivamente para ellxs, y podía ser repartido entre lxs trabajadores/emprendedores de la Asociación.

En palabras de Alejandra:

El objetivo nunca fue acompañar al Basaglia, sino acompañar a la prevención, la promoción de la salud mental, la cuestión de la inserción laboral de las personas con padecimiento, en ese tránsito acompañar al desarrollo y fortalecimiento de la feria, qué es lo que les iba a permitir que esas personas estén compensadas y habilitadas para poder trabajar. (Parisse, 2019)

En principio, dentro del centro de salud funcionaba la Asociación Civil, y así continuó hasta el año 2013, cuando se consiguió un lugar, y la misma se trasladó hacia una casa ubicada en el diagonal 78 N°1040 entre 11 y 12.

Esta transformación permitió que lxs patientxs se percibieran de una manera diferente, al tener un espacio particular para trabajar, su identidad cambio.

En la asamblea, un usuarix, hizo una distinción: en el hospital vos sos patientx, cero alas, en el Basaglia sos un usuarix, pero allá sos un emprendedxr, tenés

otra identidad, otro carácter, te presentas a la sociedad de otra manera, tenés otro posicionamiento. (Simon, 2019)

De esta manera, surgió el EMPRESAM (Emprendedores en Salud Mental), con una perspectiva meramente productiva. A través de los emprendimientos que brindaban los diversos talleres, se intentaba generar la inserción laboral de lxs usuarixs y a su vez, la reinserción de lxs mismxs en la comunidad.

No sólo trabajadores forman parte de este universo autogestivo, sino que también lo componen usuarixs, y estudiantes que provienen de diversas carreras como Trabajo Social, Comunicación Social, Psicología y Medicina.

En la actualidad funcionan los siguientes emprendimientos:

- *La Cucina de Franco*
- *Flor de Chocolate*
- *Feria "El Ropero De Franco"*
- *Gladiadores de la Sonrisa*
- *El Viverito*
- *Taller Textil*

La Asociación comenzó el año 2019 en un lugar distinto, dado que la vivienda de calle 12 y diagonal 78 tenía orden de demolición, debido a que su dueño decidió edificar en el terreno.

Como consecuencia de esta situación, en el mes de octubre del año 2018, se empezó a gestar la posibilidad de trasladarse hacia un nuevo espacio, llamado Casa Enredadera. Se encuentra ubicado en la calle 10 entre 63 y 64, número 1520. Allí funcionaba desde el año 2015 el MDR (Movimiento Desmanicomializando en Melchor Romero). Tienen como objetivo realizar talleres dentro del hospital. Trabajan para poder externar pacientxs desde el interior del manicomio.

Las dificultades que pone el ministerio para las contrataciones, y los subsidios que sólo se dan por única vez, incrementan la desigualdad social, como consecuencia el MDR comparte espacio físico con Movida de Locos.

La ausencia del Estado es un fiel reflejo de la situación actual: los centros de día, y sus asociaciones, no tienen ningún recurso de amparo económico, y sufren el impacto de todas estas medidas políticas.

4.0 Situación actual

Es relevante destacar que tanto el Centro de Salud Enrique Pichon Rivière, como Centro Franco Basaglia, son casas alquiladas a través del S.A.M.O (Sistema de Atención Médica Organizada). Por tal motivo, desde el año 2011, hasta la actualidad, organismos, organizaciones y autoridades vinculadas a la temática, exigen y luchan para que se lleven a cabo gestiones con el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, a los efectos de solicitar que se regularice la situación administrativa de alquileres.

En el marco del contexto expuesto, el centro atravesó una situación muy particular: desde su apertura en la ciudad, el inmueble ubicado en calle 49 se quedó sin contrato; existió una orden de desalojo y posterior demolición, expedida por la Municipalidad de La Plata. El propietario vendió el terreno y ese espacio fue destinado para la construcción de un edificio.

Desde que lxs operarixs y trabajadores se enteraron de esta decisión, iniciaron la búsqueda de casas para poder trasladarse, pero no pudieron cerrar contrato con ninguna, debido a las complicaciones que había con la lógica de contratación y de pago que propuso el Ministerio de Salud.

No hay un papel legal que ampare el alquiler, los pagos son desordenados y tardíos, sumado al prejuicio/imaginarios sociales de lo que es la salud mental y el abordaje a lxs patientxs; fueron algunas trabas con las que se encontraron.

Hubo una orden de desalojo para el Basaglia, esto generó incertidumbre ya que, por un lado, las autoridades prometieron que iba a ver una casa, pero, por otro lado, se barajaron otras posibilidades como, por ejemplo: llevar el centro al Hospital Reencuentro, en donde se trabajan adicciones.

Otra posibilidad era dividir el equipo profesional: una parte que vaya al Pichon Rivière, y la otra a Casa Pre Alta, dejando un espacio menos para la atención de lxs patientxs.

Durante este proceso de desmantelamiento que se estuvo llevando a cabo, continuaron funcionando las actividades diarias del Basaglia, las cuales incluyen, el *Taller de Deporte*, considerando al mismo como “una actividad que promueve la participación en grupos, el reconocimiento del propio cuerpo y el contacto con el otrx”, y del cual se derivó un equipo: “La Squadra Basagliana”. El *Taller Literario*, definido como un espacio que fomenta la creatividad de lxs usuarixs, a través de la escritura y creación de obras literarias, con una fusión teatral que le aporta otra impronta.

Semanalmente, se realizan visitas domiciliarias de lxs trabajadores de la salud. Este dispositivo es uno de los pilares del mantenimiento de la vida en comunidad, y una de las maneras de evitar re-internaciones, ya que intenta promover una re-significación en lxs usuarixs, y la reelaboración del espacio que habitan.

También, se mantienen otras metodologías de trabajo vinculadas al funcionamiento interno, como las reuniones de equipo y reuniones interdisciplinarias con los Centros de Día: Pichon Rivière y Casa de Pre Alta.



Teniendo en cuenta las consideraciones expuestas, en el mes de julio, las autoridades del Hospital Dr. Alejandro Korn, le comunicaron al equipo de profesionales del Centro Basaglia que habían encontrado la casa para poder mudarse, y así, poder continuar plenamente con el desarrollo de las distintas actividades. La misma se encuentra ubicada en calle 50, número 1029 e/ 15 y 16.

Consideraciones Finales

“Hoy existe la locura del vivir: nosotrxs vivimxs como locos, quizás ni siquiera sabemos si somxs locos o no”. (Basaglia, 2013, p. 87)

A lo largo de esta producción se expuso la complejidad con la que es tratada la salud mental. Lamentablemente, no se dimensiona la importancia que debería tener, ya que estamxs hablando de nuestra mente, pensamientos, conductas, trastornos, patologías, etc. y muchas se generan por las lógicas de la vida en sociedad.

La misma, es compleja y requiere de lazos, cumplir mandatos, construir vínculos familiares y sociales, sostener una economía, etc. Con ello, queremxs exponer que la cotidianeidad puede traer malestares y problemas, los cuales generan situaciones que, algunas veces no se pueden expresar o resolver, lo que puede desencadenar desórdenes en la psiquis.

A modo de síntesis, podemxs indicar que, durante el desarrollo de este diagnóstico, se buscó reflejar el trabajo que llevan a cabo los centros de día con lxs usuarixs, para generar su reinserción social en la comunidad, ya que entendemxs que deben ser tratadx como un/x ciudadanx más. Sin embargo, la desinformación y el prejuicio que existe en la sociedad, promueven miedo, generando etiquetas que connotan exclusión.

La pasantía realizada en el Centro Dr. Franco Basaglia, fue lo que nos permitió conocer en profundidad la situación que se vive en el ámbito de la salud mental, en donde siempre existieron carencias, y en este contexto actual, se profundizaron aún más.

Deberíamxs comenzar por cuestionar: ¿Cuál es la disponibilidad de espacios para abordar problemáticas relacionadas a la salud mental en hospitales públicos? Sólo el Hospital Rossi, el Policlínico y el mismísimo Dr. Alejandro Korn. Estos cuentan con profesionales y espacios limitados en la ciudad de La Plata, capital de la Provincia de Buenos Aires. De la misma manera, los cupos laborales para las personas que sufren padecimientos mentales, no se cumplen, ni se respetan.

Coincidimxs, que para que se garanticen los derechos de lxs usuarixs, y lxs mismxs puedan llevar una vida plena y autónoma, no sólo debe estar presente el Estado, como el principal órgano garante, sino que la comunidad debe acompañar. Crear concientización social y posibilitar la construcción de herramientas educativas poniendo en conocimiento de la sociedad lo que verdaderamente vive el sujetx.

Entendemxs que es necesario que se inicie una campaña de prevención, y promoción de la salud mental, de manera que se le brinde al ciudadanx información, que ayude no solo comprender los distintos tipos de patologías y enfermedades mentales que existen, sino también como asistirlas, en caso de que una persona sufra una descompensación o atraviese una crisis.

El campo de lo comunicacional está atravesado por distintos componentes, culturales, sociales, económicos, políticos, etc. Esto demuestra la amplitud que tiene esta ciencia, la cual permite la construcción de sentidos, emociones, percepciones y sensaciones.

Nuestro trabajo como comunicadoras nos brinda la posibilidad de reconocer diversas prácticas sociales, poder visibilizarlas, problematizarlas; de esta manera, pensar estrategias para intervenir y dar respuesta a las demandas, logrando generar una transformación de esa realidad.

En este sentido, entendemxs que la situación actual que atraviesa la salud mental es una problemática, y utilizamxs a la *Comunicación* como una herramienta que nos permite mostrar pensamientos y sentidos, contrapuestos a los hegemónicos.

Como profesionales, elegimos dar voz y visibilizar a lxs invisibilizadxs, contar aquellas realidades que, muchas veces no se quieren ver; consideramxs la importancia de la misma, para que esto pueda suceder: mostrar lugares que han sido oscurecidos y marginados, para darles luz, potenciarlos, y pensar en la transformación.

En este caso, mejorar las condiciones con las cuentan lxs usuarixs para vivir, promover sus derechos, y potenciar su vida en la comunidad, como así también, la de lxs trabajadores de la salud.

Consideramxs pertinente destacar que la realización del diagnóstico fue un

punto de inflexión, ya que allí nos sumergimxs en la temática de la salud mental. Vimxs, con mayor profundidad, que existe una carencia de sitios virtuales en donde se condense la información necesaria para lxs usuarixs o cualquier persona interesadx en indagar sobre el tema.

Para desarrollar las estrategias de visibilización, que nos propusimxs en el comienzo de esta producción, utilizamxs herramientas de carácter cuantitativo, como, por ejemplo, el diseño de encuestas. Estas se realizaron de manera anónima, a través de Facebook, sirvieron para fundamentar esa carencia, y el desconocimiento que la sociedad tiene sobre lxs usuarixs y actores de la salud mental.

La elección de la plataforma estuvo vinculada a la llegada del público diverso. Fueron pensadas para que circulen entre los contactos de nuestras redes sociales, con el propósito de conocer qué nociones, opiniones y saberes tenían lxs ciudadanxs sobre la temática.

En función del desarrollo de la estrategia, se armó una página web, entendiendo que la comunicación pasa por las nuevas tecnologías y la virtualidad.

La producción de la misma, tiene como objetivo promover materiales de carácter informativo y educativo sobre distintos aspectos que hacen a la salud mental, como, por ejemplo, el conocimiento de distintos trastornos y patologías, el rol de los Centros de Salud Mental Comunitaria (función de lxs profesionales, abordaje de lxs pacientxs, prácticas terapéuticas que ofrecen, etc.), hasta saber cómo intervenir ante la emergencia de una descompensación.

En este sentido, proporcionaremxs un mapa de la ciudad de La Plata, partiendo desde el Hospital A. Korn, para ubicar a estas instituciones.

La elección, está vinculada a pensar en el acceso a la información de manera instantánea, y en un sitio que sea exclusivo de salud mental, donde la búsqueda brinde contenidos y contactos necesarios, como teléfonos y redes sociales, con el objetivo de poder consultar con profesionales de la salud, en caso de ser necesario.

El formato utilizado nos permitió generar un mayor alcance, en cuanto al público al cual está destinado este producto. Posee un carácter abierto, ya que

cualquier persona puede navegar en el mismo, sólo contando con el recurso de internet, a diferencia de las redes sociales, las cuales necesitan de la creación de un usuario para poder acceder.

Elegir una mirada implica posicionarse desde una ideología, desde una forma de ver el mundo. Nosotras nos posicionamos desde la *desmanicomialización*, porque consideramos que, los usuarios, tienen los mismos derechos como sujetos que son, merecen una vida plena, con una sociedad que los integre.

“La transformación ocurrirá cuando, día a día, vayamos destruyendo los mecanismos de la institución. Y esto debe suceder con la participación de la comunidad” (Basaglia, 2013, p. 61)

A continuación, les acercamos el sitio web de la producción

<https://centrosdesaludmental.wixsite.com/website-2>

Referencias Bibliográficas

Acuña, C. & Bolis, M. (2005). La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América latina: amenazas y perspectivas. Recuperado el 2 de mayo de 2011 en www.eutimia.com/ops/leg-stigmatization-eng.pdf

Algranati, S. Bruno, D. Lotti, A. (2012) Mapear actores, relaciones y territorios. Una herramienta para el análisis del escenario social. Cuadernillo de cátedra No. 3. Taller de Planificación de Procesos Comunicacionales. FPyCS. UNLP.

Bañez, Facundo (2011). *En Romero, en los últimos 15 años se externaron más de mil pacientes. Diario El Día*. Recuperado de <https://www.eldia.com/nota/2011-6-5-en-romero-en-los-ultimos-15-anos-se-externaron-mas-de-mil-pacientes>

Basaglia, F. (2005) A utopia da realidade. En Escritos seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond.

Caltaux D. (2003) Internalized stigma: a barrier to employment for people with mental illness. *International journal of therapy and rehabilitation*, 10, 539–543}

Ceraso, Cecilia. (2011). Sembrando mi tierra de futuro. Comunicación, planificación y gestión para el desarrollo endógeno. Ediciones EPC de Periodismo y Comunicación, La Plata.

Dell'Acqua, Peppe. *Desde el manicomio hacia los servicios de salud mental en el territorio*. Ideass Italia. Innovación para el Desarrollo y la Cooperación Sur-Sur.

Del Pino, S. Ermili, S. Fernández, R. Rodríguez Badone, D. (2008) La Atención De La Enfermedad: El Sistema De Curación Argentino. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata.

Documento sobre la Fundamentación del Centro Dr. Franco Basaglia (2007)

El Cisne del Arte y Diseño Activo. (2017). *Eternos Caminantes NUESTRO ADENTRO*. 30 años de la Casa de Pre Alta.

Encuentro Nacional de prácticas comunitarias en salud. (2014) *¿Qué es la desmanicomialización?* Recuperado el 2 de junio de 2018. <http://saludcomunitaria.net/2014/06/16/que-es-la-desmanicomializacion/>.

Foucault, Michel. (1975). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. 1a, ed.-Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina, 2002.

Fundación Franco Basaglia: <http://www.fondazionefrancobasaglia.it/>

Galende, Emiliano. (1983) *La crisis del Modelo Médico en Psiquiatría*. Cuadernos Médicos Sociales N° 23. Marzo de 1983.

Galende, Emiliano. (1990) *Psicoanálisis y Salud Mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*. Edit. Paidós, Buenos Aires.

Goffman, I. (1968) *La identidad deteriorada* Editorial. Amorrurtu: Buenos Aires. Wellington-Dufferin Branch.

Kubisz, Nidia Ricardina, Sampayo, María Azucena. (Diciembre 2002). La apertura del campo de la Salud mental hacia los aportes de la comunicación en el proceso de desmanicomialización. Facultad de Periodismo y Comunicación Social, La Plata.

Ley Nacional de Salud mental y Adicciones N° 26.657. Art 1. Art 3. Poder Legislativo (PLN). Reglamentación: 28/05/2013. Boletín oficial 29/05/2013.

Lutz Bachère, Bruno *Reseña de "Michel Foucault y las prisiones"* de François Boullant Economía, Sociedad y Territorio, vol. V, núm. 19, septiembre-diciembre, 2005, pp. 659-665. El Colegio Mexiquense, A.C. Toluca, México.

Mascayano, F., Tapia, W., Castro, L., Mena Poblete, C. y Manchego Soza (2015) *Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones*. Salud Mental, 38(1):53-58. ISSN: 0185-3325.

Material fotográfico extraído del Facebook Casa de Pre Alta.

Material fotográfico extraído del Facebook Centro de Día Pichon Rivière.

Material fotográfico extraído del Facebook Franco Basaglia.

Menéndez, Eduardo. (1990) *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Alianza editorial mexicana, México.

Ministerio Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2018). *Plan de Trabajo del Servicio de Externación*.

Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M. & Guillén, A. (2009) *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Editorial Complutense: Madrid.

Odorizzi, E. (2004) *Criterios de salud mental en un hospital de día: Una historia de vida institucional del hospital de día, del Hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos, Dr. Alejandro Korn, Melchor Romero*. Trabajo final de grado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Disponible en:

<http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.493/te.493.pdf>

Palazzolo, F. y Vidarte Asorey, V. (2013). Claves para abordar el diseño metodológico. En M. S. - Souza, C. J. Giordano y M. A. Migliorati (Edit.) *Hacia la tesis: itinerarios conceptuales y metodológicos para la investigación en comunicación*. (1a ed.). La Plata: Universidad Nacional de La Plata.

Pasquale, Evaristo (2009). *La Reforma Psiquiátrica en Trieste, Italia*.

Topia: un sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura. Recuperado de

<https://www.topia.com.ar/articulos/la-reforma-psiquiatrica-en-trieste-italia>

Quercetti, Florencia, Parenti, Mariana y Stolkiner, Alicia (2015). *Desafíos en el campo de la Salud Mental Argentina: Un Análisis a la luz de los actuales procesos de globalización y las políticas regionales*. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología -

Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-015/621>

Sampayo, A. R. (2005). *La desmanicomialización como práctica contrahegemónica en el abordaje de la salud mental*. Trabajo final de grado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Disponible en: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.677/te.677.pdf>

Thornicroft, G. (2007) Elementos para combatir la discriminación de las personas con enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, 28, 16–22.

Thornicroft, G. (2008) Stigma and discrimination limit access to mental health care *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17, 1.

Uranga, Washington. (2012) *Comunicación Popular y Universidad: Notas para invitar a la reflexión sobre la intervención*.

Entrevistas

Entrevista a Dr. Patricia Pauluc a y Raúl “Pinky” Simón. Diciembre, 2018.

Entrevista a la Licenciada Alejandra Parisse (coordinadora del Centro Dr. Franco Basaglia). Abril, 2019.

Entrevista a Raúl “Pinky” Simón. Abril, 2019.

Entrevista a la Licenciada Valeria Dimitrof. Mayo, 2019.

Entrevista a la Dra. Patricia Pauluc. Junio, 2019.

Entrevista a la Licenciada Daniela Tielimans y Carolina Delorenzi. Agosto, 2019.

Entrevista a la Licenciada Karina Sarasola. Septiembre 2019.