

Universidad Autónoma de Entre Ríos
Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

*Significaciones sobre los procesos de subjetivación de
usuaries del dispositivo “Casa de Medio Camino”*

Autora: Yanina Albana Wicky

Director: Mg. Fernando Rafael Martinez

Paraná, junio de 2022



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-Compartirigual 4.0 Internacional

RIDA Repositorio Institucional
Digital Abierto



FHAYCS
Facultad de Humanidades,
Artes y Ciencias Sociales

Significaciones sobre los procesos de subjetivación de usuaries del dispositivo “Casa de Medio Camino”

Modalidad elegida: Investigación de campo



Universidad Autónoma de Entre Ríos

Facultad De humanidades, artes y ciencias sociales

Trabajo Integrador Final para obtener el título de la Licenciatura en Psicología

Autora: Wicky, Yanina Albana

DNI: 34.679.231

Teléfono celular: (0343) 154- 697113

E-mail: yaninawicky@gmail.com

Director: Mg. Martínez, Fernando Rafael

Ciudad de Paraná, año 2022

Agradecimientos.

A mis padres, Norma y Julio, por su apoyo y esfuerzo durante todos estos años.

A mi hermano Emi, por su aliento y por hacerme valorar mi recorrido.

A mi bisabuela, por acompañarme desde el día que anuncié qué iba a estudiar y por alentarme a no silenciar el padecimiento mental.

A mi familia en general, tías y tíos, abuelas y abuelos, primas y primos, por compartir la alegría de este sueño cumplido.

A mis amigos, hermanes con quienes nos hemos escogido para acompañarnos en las coloridas y en las pálidas de la vida.

A mis compañeros de cursado por lo compartido y aprendido, en especial a los amigos que me obsequió el tránsito por la carrera.

A mi Director de tesis, por ser mi faro en esta travesía. Por su afecto, asistencia y compromiso durante todo el proceso.

A mi analista, Norberto, por la escucha y la paciencia.

A mi vecina Rosalía, por despertar en mí la curiosidad por la lectura desde muy pequeña, el inicio de todo esto.

A la biblioteca de mi ciudad “José Hernández”, mi universo adolescente y por momentos refugio, por brindarme los primeros encuentros con los libros de Psicología y Psicoanálisis.

A mi profesora de Psicología de Secundaria, Loly, por alentar mi interés por esta maravillosa disciplina y atisbar en mí una futura psicóloga.

A mis fieles hijos gatunos y perrunos, por las eternas horas de compañía en la falda.

A cada docente de la Universidad, por su pasión y transmisión. A cada trabajador que la sostiene, construyendo entre todos la Universidad Pública.

A esta querida casa de estudios, la UADER, por permitirme crecer y transformarme, no solo en mi formación profesional sino también en la personal.

A mí, por perseverar y finalmente haber llegado a esta instancia.

*No sé cuántas almas tengo.
A cada instante cambié.
Continuamente me extraño.
Nunca me vi ni me hallé.*

*De tanto ser solo tengo el alma.
Quien tiene alma no tiene calma.
El que ve solo es lo que ve,
quien siente ya no es quien es.*

*Atento a lo que soy y veo,
ellos me vuelvo, no yo.
Cada sueño o el deseo
no es mío si allí nació.*

*Yo soy mi propio paisaje,
el que presencia su paisaje,
diverso, móvil y solo,
no sé sentirme yo donde estoy.*

*Así, ajeno, voy leyendo,
como páginas, mi ser,
sin prever eso que sigue
ni recordar el ayer.*

*Anoto en lo que leí
lo que creí que sentí.
Releo y digo: "¿Fui yo?"
Dios lo sabe, porque lo escribió.*

Fernando Pessoa (1888-1935)

Índice

Presentación y justificación del estudio.....	Página 5
Pregunta problema.....	Página 6
Objetivos de la investigación.....	Página 7
Objetivos específicos.....	Página 7
Hipótesis o supuestos	Página 7
Antecedentes – Estado del Arte	Página 7
Marco teórico	
Procesos de subjetivación.....	Página 9
Significaciones.....	Página 12
Dispositivo “Casa de Medio Camino”	Página 13
Diseño metodológico.....	Página 15
Análisis y recolección de datos	
Introducción.....	Página 18
Capítulo Primero: Surgimiento del dispositivo de la CMC de Paraná.....	Página 19
Metamorfosis institucional del HESM y movimientos reformadores extranjeros que inspiraron a sus dispositivos como el de CMC.....	Página 19
Materialización del proyecto de CMC y conformación del equipo tratante.....	Página 24
Capítulo Segundo: Desubjetivación, salud ¿una ficción posible?.....	Página 32
Capítulo Tercero: El otro como lo idéntico, el otro como alteridad y a la posibilidad de la intersubjetividad como efecto de la alteridad.....	Página 51
La función de lo grupal en la conquista por la subjetivación.....	Página 51
Alteridad y mismidad.....	Página 61
La Autonomía como recurso subjetivo a la hora de pensar en salud.....	Página 64
Conclusiones y perspectivas finales.....	Página 71
Bibliografía.....	Página 76
Anexo.....	Página 81

Resumen

La presente investigación dió cuenta de las significaciones de les profesionales de la salud mental que constituyen el equipo tratante de la Casa de Medio Camino, dependiente del Hospital Escuela de Salud Mental de la ciudad de Paraná, en torno a los procesos de subjetivación de les usuaries que conforman dicho dispositivo. Nos posicionamos desde el paradigma psicoanalítico, trabajando a partir de su marco teórico nociones en torno a los procesos de subjetivación, desde la perspectiva teórica y clínica propia del psicoanálisis. Complementamos nuestro posicionamiento con el marco que nos ofrece el paradigma de la Salud Mental y los Derechos Humanos.

El objeto de investigación fue abordado a partir del método indiciario, con el fin de analizar relatos de entrevistas, desde las cuales es posible reconocer significaciones presentes en un referente empírico oportunamente seleccionado. La técnica para la recolección y análisis de datos que se utilizó fue semi-dirigidas, a partir de un criterio intencional y conveniente para nuestra labor investigativa.

Se propone un recorrido describiendo los cambios institucionales que atravesaron al Hospital Escuela de Salud Mental desde su fundación hasta la actualidad, pasando por los movimientos reformadores que fueron fuente de inspiración para este tipo de dispositivos como el de Casa de Medio Camino, hasta llegar a su materialización concreta. En segundo lugar, se abordan desde la teoría psicoanalítica, las marcas a nivel subjetivo de las institucionalizaciones prolongadas, las categorías de salud, autonomía y ficción, en las que se juegan fenómenos compartidos y de transicionalidad, con funciones específicas. Por último, trabajamos las modalidades y dinámicas que articularon las individualidades de les usuaries, el dispositivo y el lugar que tienen frente al Otro. Desarrollamos la función de lo grupal en la conquista por la subjetivación, las categorías de alteridad y mismidad, y la autonomía como recurso subjetivo.

Palabras claves: Procesos de subjetivación – Dispositivo – Psicoanálisis – Salud Mental.

Modalidad elegida: Investigación de campo.

Significaciones sobre los procesos de subjetivación de usuaries del dispositivo “Casa de Medio Camino”.

Presentación y justificación del estudio.

La presente investigación intentará dar cuenta de las significaciones de les profesionales de la salud mental que constituyen el equipo tratante de la Casa de Medio Camino (que en adelante abreviaremos CMC) dependiente del Hospital Escuela de Salud Mental (HESM), en torno a los procesos de subjetivación de les usuaries que conforman dicho dispositivo.

La CMC es un dispositivo clínico comunitario de la ciudad de Paraná que tiene por objetivo acompañar los procesos de externación de usuaries con internaciones crónicas, posibilitando la construcción de una cotidaneidad por fuera de la institución hospitalaria monovalente, creando lazos comunitarios y apostando a la emergencia de una autonomía subjetiva.

El objetivo de la presente investigación, de abordar estos procesos de subjetivación de les usuaries desde las significaciones de les profesionales tratantes, surge a partir de la inquietud por los efectos a nivel subjetivo de estas nuevas experiencias de apuesta y materialización de un andamiaje sustitutivo a la lógica manicomial que se vienen dando en los últimos años en nuestra provincia.

La elección de la temática comienza a construir una problemática de interés por primera vez a partir de mi experiencia personal como integrante ambulatoria del equipo tratante, en mi rol de acompañante terapéutica de una de les usuaries de la CMC, este recorrido ha despertado mi inquietud de investigar sobre los procesos de subjetivación que se van generando en aquellas personas que conforman este dispositivo reciente y singular. El carácter de novedoso que lo impregna también contribuyó a que se vigorice mi deseo por investigar dicha problemática, dado que me encontré con escasos análisis de experiencias y desarrollos teóricos en relación a las Casas de Medio Camino en el país, de hecho la CMC de Paraná es la única que se encuentra funcionando en la provincia de Entre Ríos actualmente. Es por ello que el presente estudio tendrá también como propósito responder a dicho vacío, en un intento por aportar nuevos conocimientos al enriquecimiento de la academia, les profesionales de la salud mental, otros investigadores interesados en el tema y demás actores sociales.

De acuerdo con la problematización mencionada, nos posicionaremos desde el paradigma psicoanalítico para abordar esta investigación, trabajando a partir de su marco teórico nociones en torno a los procesos de subjetivación, desde la perspectiva teórica y clínica propia del psicoanálisis. Complementaremos nuestro posicionamiento con el marco que nos ofrecen el paradigma de la Salud Mental y los Derechos Humanos, entendiendo que en esta apuesta del dispositivo de CMC se juegan procesos que implican un empoderamiento subjetivo para poder hacer uso de los derechos de ciudadanía que atañen a sus usuaries, ya que no basta sólo con que tengan conocimiento de ellos sino también obrar para materializarlos.

En este sentido nos referimos a la acción política que promueve una atención sanitaria y social desde una perspectiva integral y humanizada, basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos. La misma se asienta en el reconocimiento de la autonomía y de la libertad de las personas con padecimiento mental, de su capacidad para tomar decisiones y de ser partícipes en sus tratamientos, facilitándoles las herramientas necesarias para poder acceder a una comprensión adecuada del tipo de intervenciones que reciben.

Desde esta lógica se propician espacios de escucha que dar lugar al despliegue de los intereses del sujeto, de sus malestares e inquietudes. De la misma manera acompaña la construcción de sus proyectos de vida, el desarrollo de sus aptitudes y competencias personales, promoviendo la integración familiar, laboral, educativa y comunitaria. Asimismo, se fomenta el desarrollo de sus vínculos sociales y afectivos, como también el poder conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia.

En este sentido, el proyecto de CMC forma parte de un proceso de transformación institucional en la modalidad de abordaje y tratamiento de personas que han sufrido situaciones de padecimiento mental severo, que se imbrica a la par de dos procesos desubjetivantes: uno hacia afuera, el empobrecimiento de posibilidades socioeconómicas y la marginalidad social excluyente, y otro hacia adentro, el hospitalismo y la cronificación.

Gracias al trabajo interdisciplinario del equipo de CMC, y a partir de un paradigma de Salud Mental y Derechos Humanos, es que se dignifica a les usuaries y se considera viable admitir a quienes reúnan ciertas condiciones para acompañarles en el dispositivo de CMC en vías de la externación.

De este modo, consideraremos las implicancias éticas, políticas y clínicas la cuestión a la hora de pensar en las prácticas e intervenciones que atraviesan el dispositivo de CMC, que desde el psicoanálisis y el paradigma de la Salud Mental velan por los derechos humanos de les usuaries, apostando a la salud como uno de los derechos fundamentales en la vida de las personas.

La ética y la política son aquellas dimensiones que subyacen y dan contenido a toda acción clínica llevada a cabo en el tratamiento del sufrimiento de cada sujeto, propiciando un espacio para el despliegue de la subjetividad y en el que se apunte además a paliar los efectos nocivos de intervenciones que se hayan implementado a través de otro tipo de abordajes. (Lacan, 1958).

Pregunta problema.

Ante la situación planteada, la pregunta problema del presente trabajo de investigación será la siguiente:

¿Cuáles son las significaciones de les profesionales de la salud mental de la CMC en relación a los procesos de subjetivación de les usuaries que conforman dicho dispositivo?

Objetivos de la investigación.

Analizar las significaciones de los profesionales de la salud mental de la CMC en relación a los procesos de subjetivación de los usuarios que conforman dicho dispositivo.

Objetivos específicos.

- ⇒ Describir las significaciones construidas por los profesionales de la salud mental que pertenecen al equipo tratante de la CMC, en relación a los procesos de subjetivación de los usuarios que conforman dicho dispositivo.
- ⇒ Articular estas significaciones de los profesionales de la salud mental en relación al paradigma de promoción de derechos en salud mental.

Hipótesis o supuestos.

El primer supuesto que orienta la actual investigación es que en el transcurso de la experiencia de la CMC se producirían nuevos modos de subjetivación en los usuarios que conforman el dispositivo, modos sustitutivos a los producidos por la lógica manicomial, y que dichos procesos guardarían una relación estrecha con los derechos de la salud mental que les amparan.

El segundo supuesto sería que estas nuevas modalidades de subjetividad implicarían un empoderamiento subjetivo en los usuarios, que tendrían como efecto la ampliación del margen de libertad, la propulsión de autonomía, la autoorganización de la vida cotidiana, la visualización y concreción de proyectos, el desarrollo de aptitudes y competencias, el establecimiento de vínculos afectivos y sociales, la integración en la comunidad y en diferentes espacios de interés.

Antecedentes – Estado del Arte.

A continuación presentaremos una breve reseña de las investigaciones más representativas que se hallaron sobre la temática a investigar.

El primer trabajo al que nos encomendamos es una investigación proveniente de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, titulada “Salud mental y desinstitutionalización: resistencias y obstáculos en los procesos de internación en un hospital monovalente de la zona sur de la ciudad de Bs. As.” (2013), de las licenciadas Tisera, Leale, Lohihorry, Pekaren y Joskowics.

Desde una perspectiva hermenéutica-dialéctica esta investigación tuvo como objetivo caracterizar los obstáculos y resistencias en el proceso de externación de los usuarios de un programa de pre-alta de un hospital monovalente de Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Los investigadores arribaron a la conclusión de que las resistencias subjetivas a la vida fuera del hospital son reforzadas por obstáculos institucionales, disciplinarios y de falta de implementación de políticas públicas en el sector. Según los datos analizados en relación a diversas dimensiones que se consideraron (trabajo, vivienda, vínculos, derechos), las internaciones prolongadas en el tiempo resultaron concomitantes al deterioro de las redes sociales, habitacionales y laborales, generando una habituación institucional que profundizó las resistencias subjetivas. Asimismo la escasez de dispositivos intermedios de atención en la comunidad, como núcleo de las políticas públicas en salud mental que permiten rearmar proyectos de vida, se constituye como el principal obstáculo agravante de las situaciones de vulnerabilidad psicosocial.

Otro trabajo significativo al que nos acercamos para nuestra investigación es la tesis de grado de Ramallo María Eugenia, para la obtención de su Licenciatura en Sociología en la Universidad de La Plata, titulada “Los procesos de resocialización y de desmanicomialización en el Centro de Rehabilitación Psicosocial del Hospital Neuropsiquiátrico Romero” (2009). Allí la autora analizó las relaciones sociales que se establecen dentro de las instituciones totales como este hospital antes mencionado, deteniéndose principalmente en el proceso de resocialización de aquellos pacientes que están prontos a ser externados en lugares como las Casas de Medio Camino.

Su investigación se orientó al conocer e interpretar las dificultades de resocialización en estos pacientes para poder relacionarlas con las denominadas “prácticas desmanicomializantes”, ya que estas prácticas son entendidas por el personal profesional como medio fundamental para el tratamiento psiquiátrico y psicológico que realizan los internos dentro de dicha institución.

Otra tesis afín a nuestra investigación es la de la maestranda en Salud Mental Mirta Gallici, denominada “Casa de Medio Camino de Mujeres: ¿Iniciativa Innovadora en el abordaje de las problemáticas de salud mental?” (2015), de la Universidad Nacional de Córdoba, en donde la autora describe primeramente el dispositivo de intervención que caracteriza a esta CMC, como abordaje sustitutivo al encierro y a las largas y sucesivas internaciones.

Posteriormente la autora identificó las acciones características de este dispositivo en la dinámica de trabajo, que posibilitan el acceso de las mujeres a un nuevo lugar social, explorando las experiencias cotidianas y personales de las que conviven y de las que continúan el proceso como egresadas, en relación a su atención en ésta y en otras modalidades de abordaje de sus problemáticas. Asimismo, caracterizó las actividades participativas que se desarrollan en la CMC que favorecen los lazos sociales. La autora parte de la experiencia concreta transmitida por las voces de estas mujeres y se complementan con entrevistas realizadas a los profesionales de distintas disciplinas que se implican en estos procesos de cambio y que plantean iniciativas innovadoras para dar respuestas a diferentes problemáticas de salud mental. En la articulación de estas voces, se ponen de manifiesto diferentes

procesos de transformación que orientan a la construcción de este dispositivo desde una perspectiva comunitaria e integradora.

La siguiente tesis con la que contamos a la hora de realizar la presente investigación es la de la psicóloga Carolina Méndez Alí, titulada “Representaciones sociales y prácticas de les profesionales de Salud Mental en el encuentro con usuaries con diagnóstico de psicosis clínica” (2017), perteneciente a la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA. Esta investigación constituye una aproximación a la problemática de la práctica de les profesionales de salud mental como portadores de un discurso normatizador, recorriendo el paradigma del Modelo Médico Hegemónico y su relación con el control social, reflexionando sobre las relaciones entre el ejercicio biomédico y la clasificación normal/patológico dentro del campo de salud mental y las consecuencias subjetivas potenciales sobre les usuaries de servicios de salud mental clasificados con tales categorías.

Los objetivos específicos que se planteó la investigación fueron los de describir las creencias, prejuicios, suposiciones y representaciones de les profesionales de la salud mental de la Guardia de un hospital de CABA, respecto de les usuaries con diagnóstico clínico de psicosis. Asimismo, se indagó sobre qué aspectos de la formación de grado podrían incidir en la construcción de estas representaciones y caracterizó a la consulta de salud mental que pueda ser coherente con una perspectiva de derechos, en la línea de la Ley Nacional de Salud Mental.

Por último, otra investigación de la que nos valemos para nuestro estudio es la de la uruguaya Moriana Pi González, titulada “Concepciones de ciudadanía presentes en el PASC. Estudio de caso de las Casas de Medio Camino” (2013), de donde pudimos extraer un análisis de las concepciones de ciudadanía presentes en el diseño y en los documentos oficiales de dicho programa estatal, los significados que les integrantes del equipo le otorgan a esta categoría de ciudadanía y el contraste con las formas de trabajo de trabajo de las Casas de Medio Camino.

Marco teórico.

En base a las proposiciones que invoca la problemática a investigar, a continuación, se desarrollan las principales referencias teórico-conceptuales. Se han seleccionado las categorías de “significaciones”, “procesos de subjetivación” y “dispositivo” como ineludibles a la misma, su establecimiento partirá desde una base conceptual compleja, imbricando los aportes del psicoanálisis y la salud mental.

➤ *Procesos de subjetivación:*

A propósito de los procesos de subjetivación, abordados desde una concepción psicoanalítica, Silvia Bleichmar nos permite pensarlos en relación a la singularidad y a la producción de subjetividad, como componentes esenciales de la socialización para superar la lógica del manicomio. Al respecto, la autora nos dice en su libro titulado “Subjetividades en riesgo”:

Si la producción de subjetividad es un componente fuerte de la socialización, evidentemente ha sido regulada, a lo largo de la historia de la humanidad, por los centros de poder que definen el tipo de individuo necesario para conservar al sistema y conservarse a sí mismo. Sin embargo, en sus contradicciones, en sus huecos, en sus filtraciones, anida la posibilidad de nuevas subjetividades. Pero éstas no pueden establecerse sino sobre nuevos modelos discursivos, sobre nuevas formas de re-definir la relación del sujeto singular con la sociedad en la cual se inserta y a la cual quiere de un modo u otro modificar (Bleichmar, 2005, página 84).

Allí también sostiene que la marginalización produce modos de desubjetivación que desestabilizan la organización psíquica del sujeto y que el rol del Estado está ligado a garantizar a través de las leyes y sus sistemas, formas de recomposición productoras de nuevas subjetividades.

Desde esta perspectiva, la constitución de subjetividades interviene en las formas en las que las sociedades construyen sujetos capaces o no, de integrarse a los sistemas sociales. En otra de sus publicaciones, titulada “La construcción del sujeto ético”, Bleichmar (2011) diferencia al “sujeto disciplinado” del “sujeto ético”, tanto como podemos distanciar “la norma” y “las leyes” de “la ética”. La construcción del sujeto ético va a requerir ir más allá de la norma establecida.

En contextos sociales de profundo desamparo y sin cobijo social que amortigüe el individualismo sistémico, la distinción entre “sujeto disciplinado” y “sujeto ético” se vuelve crucial. Para Bleichmar el problema en la sociedad actual está en que somos poco reconocidos por el otro. Esta falta de reconocimiento mutuo y la ruptura de lazos solidarios forman parte del quiebre del “pacto intersubjetivo”, es decir, del reconocimiento de que el otro es humano y con el cual puedo establecer relaciones de reciprocidad y no ser considerado meramente como obstáculo o medio para un fin. Un principio de la práctica del sujeto ético es entonces el reconocimiento de sus semejantes y de las necesidades del otro, en contraposición a la indiferencia de ellas.

Bleichmar sostiene que las formas de desubjetivación actuales son silenciosamente violentas y se expresan sobre todo en la marginación y la indiferencia. La falta de sensibilidad ante el sufrimiento y de respuesta hacia el otro produce un efecto de inexistencia, que es una de las formas más desubjetivantes y crueles, y es ahí donde reside la falta más grave de ética según la autora: “Si la acción de uno no determina nada en el otro, lo que se produce es una desesperanza muy intensa y una sensación de que uno ha dejado de ser humano para el otro” (Bleichmar, 2014).

Cuando Bleichmar aborda de lleno la problemática de la violencia nos dice que, para sortear la impunidad, la respuesta está en la construcción de legalidades y afirma que “nuestra tarea no es ponerle un límite a la violencia sino construir sujetos capaces de definir los límites de la propia violencia y capaces de articular su individualidad con el conjunto” (Bleichmar, 2014). Para la autora, la violencia es considerada un eje fundamental en los procesos de subjetivación y sostiene que su herencia se manifiesta en las relaciones interpersonales, en los sistemas de dominación social así como en los espacios e instituciones en los que interactuamos.

La única garantía del sujeto ético reside en que la ley sea acorde al amor y al respeto que se le tiene a quien la transmite, la ley en términos de auto-conservación y auto-preservación no alcanza para constituir un sujeto ético. La acción exterior primera que constituye al sujeto ético es el amor que lo liga al otro, no es la institución de pertenencia lo que define al sujeto, sino el tipo de alianza y transferencia que éste hace con la institución a la que pertenece. Para Bleichmar el sujeto sólo puede amar la ley cuando ella emana de un objeto amado, y en la medida en que la ley deriva de él, opera más allá de las leyes del sistema con las que el sujeto se sintió dañado o excluido (Bleichmar, 2014).

Por otra parte, Gilles Deleuze (1995) nos presenta en su libro titulado “Conversaciones 1972-1990” una idea muy interesante acerca de los procesos de subjetivación desde una concepción foucaultiana. En uno de sus capítulos, el autor reinterpreta la definición que Foucault concibe sobre los procesos de subjetivación haciendo un paralelismo con Nietzsche.

Así, el tema de la subjetivación consiste fundamentalmente en la invención de nuevas posibilidades vitales, o como dice Nietzsche, en la constitución de auténticos estilos de vida. Por lo tanto, un proceso de subjetivación es la producción de un modo de existencia, la búsqueda práctica de otro modo de vivir, de un nuevo estilo.

Deleuze (1995) sostiene que este proceso se trata de una individuación particular o colectiva que caracteriza a un acontecimiento, una dimensión específica sin la cual no sería posible superar al “saber” ni resistir al “poder”. Desde esta concepción, la subjetividad debe ser producida en cada momento y ese momento llega cuando se hayan franqueado las etapas del saber y el poder. La subjetividad no sería bajo estos términos una formación de saber o una función del poder, sino una operación artística que se distingue de ellos. Al respecto Deleuze dice también que:

Los procesos de subjetivación varían según las épocas y tienen lugar de acuerdo con reglas muy diferentes. Tanto es así que, en cada caso, el poder no cesa de recuperarlos y de someterlos a las relaciones de fuerzas, y ellos no cesan de renacer y de inventar infinitamente nuevas modalidades (Deleuze, 1995, p. 85).

Los procesos de subjetivación son para ambos autores extraordinariamente diversos, relativos y susceptibles de desanudarse para continuar una línea aún más móvil. Deleuze (1995) sugiere: “No buscar lo eterno, aunque se trate de la eternidad del tiempo, sino la formación de lo nuevo, la emergencia, lo que Foucault llamaba ‘la actualidad’” (pp. 140-141). Asimismo considera la tesis foucaultiana de que la única manera de evitar la muerte y la locura es si hacemos de la existencia un “arte”, ubicando a la subjetivación del lado de la ética y la estética, en contraposición a la moral, en tanto que esta última participa del poder y del saber.

Finalmente, resulta importante aclarar que para Foucault los procesos de subjetivación no hacen referencia a la vida privada de cada persona, sino que designan aquella operación mediante la cual los individuos o las comunidades se constituyen como sujetos al margen de los saberes y de los poderes establecidos, lo que puede dar lugar a nuevos saberes y a nuevos poderes. De todos modos, aunque estos procesos se prolonguen en nuevos poderes o constituyan nuevos saberes, tienen en su momento

una “espontaneidad rebelde” dirá Deleuze (1995), se alzan por un instante y esa es la oportunidad que hay que aprovechar para dar lugar a la producción de nuevos espacio-tiempos que escapen al control de los saberes constituidos y de los poderes dominantes, por más mínimos que sean.

Por último, consideraremos para nuestra labor investigativa la dimensión de la subjetivación en relación al padecimiento mental severo de personas internadas crónicamente bajo el modelo asilar, dado que esta es una de las características que comparten los usuarios de CMC.

Nos interesa esta cuestión ya que las internaciones prolongadas en instituciones totales producen en los sujetos que las habitan efectos desubjetivantes que repercuten en sus vidas cotidianas, reforzando el aislamiento, la exclusión, el arrasamiento subjetivo, la fragilización y ruptura de los lazos sociales y la homogeneización de las singularidades (Benedetti y otros, 2019).

Conforme a lo anterior, nos valdremos de los aportes teóricos de Antonio Quinet, quien trabaja de manera muy interesante la cuestión de cómo se establecen los lazos sociales en las psicosis y de qué tipo de lazos se trataría. Quinet (2016) sostiene que lo que está en juego es la localización de la posición del sujeto con respecto al deseo, que es el soporte del que se sostiene, el arte del que cada uno es capaz de crear.

Por otro lado cabe recordar que Lacan (1958) en su Seminario VI, titulado bajo el nombre de “El deseo y su interpretación”, sostenía que el deseo es el punto esencial en el cual el ser del sujeto intenta afirmarse, entendido como un sostén de la existencia. En tal sentido, ni Freud ni Lacan consideraron al deseo propiedad exclusiva del neurótico, sin embargo, la condición del deseo en las psicosis ha sido menos explorada en el campo psicoanalítico.

Quinet (2016) sostiene al respecto que la consideración del deseo en este tipo de padecimientos mentales severos, ha sido incluso opacada por la concepción de “invasión de goce”, considerada característica de estas estructuraciones. Y va a decir también que esto deja al sujeto en lugar de objeto de goce del Otro, lo que dificulta la posibilidad de pensar su participación subjetiva en aquello de lo que sufre.

➤ *Significaciones:*

El término significación presenta varias acepciones. Por una parte, las palabras tienen una significación, es decir, el signo que las representa expresa un contenido semántico determinado. En este sentido, un símbolo o una imagen poseen igualmente una significación, pues comunican un mensaje o una idea. Así, en el contexto de la comunicación existen tres elementos relacionados con cualquier signo lingüístico: el significante como símbolo del lenguaje, el significado como su contenido y la correspondencia entre ambos sería su significación. Por otra parte, la significación se refiere igualmente al sentido de una oración, un texto o un mensaje (Saussure, 1945).

Así, lo que sentimos y lo que pensamos se convierte en palabras con una significación. Incluso elementos distintos a las palabras tienen igualmente una significación, como por ejemplo, un gesto, una imagen o una señal convencional. Sin embargo, para que algo adquiera sentido se debe traducir en palabras, así adquiere un auténtico significado.

Ahora bien, el concepto de “significación” se volverá crucial para el psicoanálisis a partir de la lectura que Jaques Lacan realiza sobre la obra de Ferdinand de Saussure. Lacan (1956) aborda en su Seminario III el tema de la significación invirtiendo la lógica saussureana, colocando el significante sobre el significado, y entre ellos propone que la barra que los separa es la representación de una ruptura, de una resistencia a la significación y no de un vínculo, estableciendo que hay un orden de significantes que existen antes de los significados. Por cierto, pensamos en una cadena de significantes donde un significante ha sido reprimido a partir de que otro ocupa su lugar.

Lacan continúa diciendo allí en su Seminario III que, un significante toma significación en relación a otros significantes por oposición, teniendo cada significante su valor por diferencia, en cuanto a tal el significante no significa nada. Los significantes son el material con el cual se articula todo el discurso. Este tesoro de significantes es el Otro del lenguaje a cuyo campo el sujeto advino a construirse como sujeto dividido, que lo antecede y lo nombra, y de cuyo material el sujeto se sirve para hablar.

La significación es metonímica porque siempre se refiere a otra significación a lo largo de la cadena signifiante y es metafórica, porque como decíamos antes, supone cruzar la barra, el pasaje del significante al significado.

En este sentido, la significación da cuenta de una construcción y direccionalidad de sentido. En la significación estos encadenamientos que construyen la realidad compartida discursivamente, movidos por un deseo que busca un objeto inaprehensible (objeto a) a través de la falta de sentido originaria, se ligan a lo afectivo del ser hablante. Por lo que la significación no se trata solo de la comprensión o dar sentido.

Incluso Lacan propone una oposición entre significación y sentido. La significación es imaginaria, ámbito de la palabra vacía y el sentido es simbólico, ámbito de la palabra plena (Lacan, 1971). La particularidad de la clínica psicoanalítica es que trabaja con la palabra, donde a través de la escucha se advierten ciertos significantes que prevalecen en el discurso del sujeto, significantes que se deslizan en una aparente asociación libre. La interpretación psicoanalítica va contra la significación, pero tiene que ver con el sentido.

➤ *Dispositivo “Casa de Medio Camino”:*

La CMC es un dispositivo habitacional clínico-comunitario que funciona en la ciudad de Paraná, inaugurado formalmente en abril de 2018, siendo el primero de tal tipo en la provincia (Benedetti y otros, 2019).

Este proyecto se funda a partir de categorías como las de desinstitutionalización y derechos humanos, el cual se propone acompañar los procesos de externación de personas internadas crónicamente en instituciones totales, contemplando los efectos subjetivos que producen en sus trayectorias vitales. En este sentido, pensar en un proceso de transformación institucional no implica meramente derribar el asilo psiquiátrico, sino deconstruir la trama ideológica, política, cultural y económica que lo sostiene y posibilitar la construcción de una cotidianeidad distinta, que permita al sujeto ubicarse en otro lugar creando lazos en la comunidad.

Esta CMC dispone de la conformación de un *equipo interdisciplinario* constituido por profesionales de disciplinas como la psicología, medicina, trabajo social, terapia ocupacional, acompañamiento terapéutico y enfermería, encargado de las intervenciones en lo cotidiano. La propuesta forma parte de un proceso de transformación institucional que se viene llevando adelante en la provincia de Entre Ríos en el marco de las acciones de adecuación a los postulados en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10.

Dado que el objetivo de la presente investigación es articular las significaciones construidas por les profesionales que conforman este equipo, sobre los procesos de subjetivación de les usuaries de la CMC y en relación a la promoción de los derechos de la salud mental, nos tendremos que asentar en el desarrollo teórico producido respecto a estos dispositivos de Casas de Medio Camino y en el cuerpo de la Ley N° 26.657/10 como constructos teóricos a fines de nuestro estudio.

Para llevar a cabo esta labor, nos posicionaremos desde la perspectiva psicoanalítica y el paradigma de la Salud Mental y los Derechos Humanos, siendo la Ley de Salud Mental el más claro y representativo soporte de éste último.

Así, en contraposición al Modelo Médico Hegemónico que imperaba años atrás y que aún sigue atravesando las subjetividades de les usuaries de centros de atención de la salud, la Ley de Salud Mental plantea la necesidad de crear recursos sustitutivos sociales y terapéuticos como lo son las Casas de Medio Camino. Estas resultan necesarias para poder acompañar y sostener una transformación en la cotidianeidad de estas personas.

En el transcurso de esta investigación nos apoyaremos en los artículos de dicha ley que versan sobre el modo en que deben abordarse las problemáticas en salud mental y los tratamientos de las mismas. Sabemos que, desde la concepción del paradigma de la Salud Mental, el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del hospital y en el marco de un abordaje interdisciplinario, basado en los principios de la atención primaria de la salud.

Por último, nos parece pertinente detenernos en la noción de “dispositivo”, para lo cual nos valdremos de los aportes de Michel Foucault y de Gilles Deleuze (1990) al respecto. Foucault precisa que con la noción de dispositivo se trata de pensar el entramado de elementos discursivos y extradiscursivos, como una “red de relaciones que se pueden establecer entre elementos heterogéneos: discursos, instituciones, arquitecturas, reglamentos, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, lo dicho y lo no dicho” (Fernández, 2007). A su vez, el dispositivo establece la naturaleza del nexo que puede existir entre todos estos elementos.

Un dispositivo sería entonces un complejo entramado de relaciones entre sujetos, instituciones, sistemas de normas, formas de comportamiento, procesos sociales, discursos, regularidades, cuyo soporte son las prácticas y tienen como efecto la producción de sujetos que como tales quedan sujetos a determinados efectos de saber/poder. Saber y poder son elementos constituyentes de las prácticas sociales cuya relación debe ser explicada en su singularidad (Foucault, 1963).

Según Deleuze, un dispositivo en tanto conjunto multilineal, presenta diferentes dimensiones en permanentes articulaciones y fracturas. Los dispositivos operan como máquinas que disponen condiciones de posibilidad de lo visible y de lo enunciable, en tanto que también establecen regímenes de invisibilidad y silenciosidad, que se acoplan a condiciones históricas de enunciación.

Por último, articularemos la noción de dispositivo con los planteos que hacen los autores en relación a los procesos de subjetivación. En este sentido, los dispositivos también implican líneas de fuerza (en tanto dimensiones de poder y líneas de producción de saberes) y líneas de objetivación y subjetivación. Los saberes delimitan visibles y enunciables e instituyen poderes y prácticas de objetivación y subjetivación.

Diseño metodológico.

Partiendo de nuestra pregunta problema y en correlación con el marco teórico seleccionado y los objetivos propuestos, este trabajo estará atravesado por el paradigma psicoanalítico y el paradigma de la Salud Mental, abordando su objeto de investigación a partir de la utilización del *Método Indiciario*.

El método indiciario fue acuñado por el historiador italiano Carlo Ginzburg en su obra “*Indicios, raíces de un paradigma de inferencias indiciales*” (Ginzburg, 1989), el cual surge de la lectura que el autor hace sobre: la crítica pictórica de Giovanni Morelli, presente en su ensayo titulado “*Las obras de maestros italianos en las galerías de Munich, Dresde y Berlín*” (Morelli, 1880), a fines de detectar posibles falsificaciones en imitaciones de obras de arte originales; también sobre las novelas policíacas de Arthur Conan Doyle (1887-1916), donde el personaje Sherlock Holmes es un detective maestro en el arte de resolver un enigma mediante la observación de algunos rastros; y finalmente, sobre el análisis psicoanalítico de Sigmund Freud presente en su texto “*El moisés de Miguel Ángel*” (Freud, 1914), un trabajo minucioso sobre la figura de Moisés donde se evidencia la postulación de un método interpretativo que acentúa la mirada en las características y detalles secundarios, considerados reveladores, procedimiento que muestra también grandes afinidades con el método psicoanalítico. En los tres casos, los autores fundan sus observaciones a partir de un método basado en la interpretación de datos, rasgos y referencias minúsculas, muchas veces irrelevantes a simple vista. De esta forma, en el paradigma indiciario el *indicio* se vuelve un elemento fundamental y revelador que desemboca en el descubrimiento de una realidad más compleja y profunda del objeto de estudio.

El paradigma indiciario prioriza lo singular, lo irrepetible, aquello que sorprende. Por tanto, su intervención es más cualitativa, en la medida en que se ocupa de lo excepcional, volcando su interés hacia lo particular de cada caso. Este método también suele colegir lo que se halla escondido o latente, desde unos rasgos menospreciados o inadvertidos de la observación. Este es el modo de aproximación al inconsciente por excelencia, no por traducción simultánea ni por recurrencia a un código preestablecido de sentido, sino como un descubrimiento a partir de la expresión de elementos fenoménicos traspuestos, mediante los cuales vamos haciendo articulaciones de sentido (Pulice, Mason y Zelis, 2000).

El sociólogo y psicoanalista argentino Héctor Gallo, indica en su libro “*El psicoanálisis y la investigación en la Universidad*” (Gallo, 2012), que el investigador en psicoanálisis debe orientar la búsqueda hacia lo singular y lo novedoso, en oposición al método científico que plantea la búsqueda en base a parámetros preestablecidos. La investigación en psicoanálisis debe ser antes que nada, una experiencia singular que dé lugar a la lectura y al desciframiento de cada elemento particular que se presenta cuando uno investiga.

Por su parte, Pura Cancina en su libro “*La investigación en psicoanálisis*” (Cancina, 2008) también nos advierte que al referirnos al método indiciario estamos hablando de señales a menudo inobservadas y que su procedimiento se caracteriza por la búsqueda de pequeños indicios, los cuales son utilizados para dar validez a algo o quitársela, ya que considera que es en los detalles donde se encuentra el camino hacia los resultados. Asimismo, la autora señala que el Psicoanálisis no solo es una teoría, sino que, ante todo es un método de investigación.

La investigación en psicoanálisis da un lugar especial a la palabra, ya que el objeto en juego es el sujeto que habla. El análisis es sobre los dichos y la realidad psíquica que se construye el sujeto, por lo que en la presente investigación, se estudiarán las significaciones de les profesionales del equipo de la CMC en relación a los procesos de subjetivación de les usuaries que conforman dicho dispositivo, a partir de la indagación en sus relatos (Homar, 2012). Por esta razón se considerará al psicoanálisis como método y teoría en una praxis, teniendo en cuenta su método de investigación y construcción de saberes, ya que la forma de construir su conocimiento se sostiene en el movimiento dialéctico entre la teoría y la práctica (Freud, 1922).

Considerando a este método como el más idóneo a los fines de nuestro estudio, partiremos de esta metodología para analizar los relatos de entrevistas como práctica interpretativa, buscando develar y articular las huellas presentes en el discurso, desde las cuales es posible reconocer significaciones presentes en un referente empírico oportunamente seleccionado. De esta manera, la muestra será *no probabilística*, ya que la definiremos a partir de un criterio intencional y/o conveniente para nuestra labor investigativa.

La *unidad de análisis* del presente trabajo será delimitada por un grupo de profesionales abocados a la atención en salud mental, que conforman el equipo interdisciplinario tratante del dispositivo de CMC. Las mismas serán 5 mujeres, graduadas en psicología, terapia ocupacional, acompañamiento terapéutico y trabajo social, encontrándose dentro de una franja etaria aproximada entre los 30 y 45 años de edad.

A fines de determinar cuáles son las significaciones de estas profesionales anteriormente mencionadas, en relación a los procesos de subjetivación de les usuaries que conforman el dispositivo de CMC, se utilizará la técnica de *entrevistas semi-dirigidas* para la recolección y posterior análisis de datos. Esta herramienta se caracteriza por el planteo de interrogantes abiertos, es decir preguntas que no apuntan a la consecución de respuestas cerradas por parte del entrevistado. En este sentido, este tipo de entrevistas se diferencia de la entrevista cerrada, pero también guarda una diferencia con respecto a la entrevista libre, ya que en la semi-dirigida hay una mayor participación del entrevistador,

que es quien la direcciona focalizándose en los aspectos relevantes para la investigación (Aberastury, 1962). Esta técnica nos brindará entonces una libertad y flexibilidad apropiada para dar lugar al despliegue de la palabra, alternando preguntas más abiertas e indeterminadas con otras más concretas y estructuradas, para posteriormente poder realizar un análisis exhaustivo de los hallazgos.

En lo que atañe al análisis de lo hallado en las entrevistas, se utilizará el método de *frases significativas*, el cual implica un trabajo analítico e interpretativo por parte del investigador, haciendo énfasis en las expresiones, frases o palabras presentes en el discurso de cada entrevistado, que denoten relevancia o significancia a los fines de la investigación. Para llevar a cabo este método de análisis, nos serviremos de un material aportado por la Facultad de Trabajo Social de la UNER, en el marco de un Seminario de apoyo para tesis, en donde los docentes nos proporcionan un recorrido sobre una serie de textos que abarcan distintas estrategias de análisis para entrevistas.

En este caso destacamos sus desarrollos en torno a aquellas unidades de significación que los autores denominan “categorías de sentido” y el hecho de que los dichos en una entrevista están ligados a ciertos significantes y no a otros, esto es en una contextualización determinada, para esa persona entrevistada en esa instancia de enunciación y que tiene que ver con ese espacio que le brindamos. Este es un procedimiento dinámico que permite al investigador realizar un abordaje flexible y artesanal para la posterior interpretación de lo hallado con las entrevistas semi-dirigidas, otorgándonos como tesis la posibilidad de realizar una labor interpretativa mucho más rica y minuciosa que nos permita hallar las significaciones que pretendemos determinar y lograr una construcción que dé respuesta a la pregunta que rige nuestra investigación.

Análisis e interpretación de datos

Introducción.

El presente trabajo de investigación tiene como objeto ahondar en las significaciones de las profesionales de la salud mental que constituyen el equipo tratante de la CMC, dependiente del Hospital Escuela de Salud Mental, en torno a los procesos de subjetivación de les usuaries que conforman dicho dispositivo.

El objetivo de este estudio surge a partir de la inquietud por los efectos a nivel subjetivo de estas nuevas experiencias de apuesta y materialización de un andamiaje sustitutivo a la lógica manicomial que se vienen dando en los últimos años en la provincia de Entre Ríos.

Por otro lado, entendemos que en esta apuesta del dispositivo de CMC se juegan procesos que implican un empoderamiento subjetivo para poder hacer uso de los derechos de ciudadanía que atañen a les usuaries, ya que no basta sólo con que tengan conocimiento de ellos sino también obrar para materializarlos y que ellos puedan apropiárselos.

En función del método propuesto, partimos de una labor analítica focalizada en dotar de sentido a las palabras, frases, expresiones o asociaciones presentes en el discurso de cada una de estas profesionales entrevistadas.

Por lo tanto, se resolvió organizar el análisis de lo hallado en una sucesión de tres capítulos, articulados cada uno de ellos con la teoría pertinente, para posteriormente arribar a las conclusiones finales.

Capítulo Primero

Surgimiento del dispositivo de la Casa de Medio Camino de Paraná

*Caminante, son tus huellas
el camino y nada más;
caminante, no hay camino,
se hace camino al andar.*

*Al andar se hace camino
y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca
se ha de volver a pisar.*

*Caminante no hay camino
sino estelas en la mar.*

Antonio Machado (1875-1939)

Metamorfosis institucional del HESM y movimientos reformadores extranjeros que inspiraron a sus dispositivos como el de CMC.

A comienzo de los años '60, el HESM adquirió diferentes características en su modo de organización y en su funcionamiento, en su pretensión por romper con la lógica manicomial-asilar imperante en la institución, revisando el poder que poseía el modelo médico hegemónico y dejando de lado métodos terapéuticos tradicionales de la psiquiatría clásica que violentaban a las personas allí internadas (sobremedicalización, electroshock, chaleco de fuerza, entre otros).

Sustentándose en corrientes teóricas emergentes de la época, se intentó convertir al hospital en una “Comunidad Terapéutica”, apuntando al objetivo de la desmanicomialización y a la atención de sus usuarios en tanto sujetos de derechos.

El médico y psicoanalista Emiliano Galende (1994) nos dice que una “Comunidad Terapéutica” es aquella que se caracteriza por correr el eje de intervención desde el paradigma de la psiquiatría biologicista hacia el abordaje de las problemáticas de Salud Mental desde un punto de vista social y político.

Al mismo tiempo, la experiencia de la Comunidad Terapéutica pretende transformar la función asilar de la institución psiquiátrica en un modo de organización que rompa las relaciones de poder

instituidas, fomentando la participación colectiva de los usuarios en la toma de decisiones y en sus tratamientos.

El proceso de las reformas de la atención psiquiátrica se inició luego de la Segunda Guerra Mundial y trajo consigo nuevas concepciones sobre la Salud Mental, orientadas a principios esenciales como el cierre progresivo de los manicomios, la democratización de las relaciones entre los trabajadores y los usuarios del establecimiento, la creación de redes para la atención y prevención de la salud, la implementación de asambleas y dinámicas grupales, el corrimiento de la mirada puesta en lo enfermo o disfuncional para centrarse más bien en los recursos y potencialidades del sujeto para lograr un mayor bienestar, la vinculación de los sufrimientos mentales con las condiciones de existencia de quienes lo padecen, la invitación de familiares y seres queridos a participar del proceso de atención, el requerimiento de profesionales de diversos campos del saber para instrumentar acciones interinstitucionales e intersectoriales, la integración social y comunitaria, la atención ambulatoria, el restablecimiento de una ciudadanía plena, entre otros principios (Galende, 1994).

Las primeras experiencias de Comunidades Terapéuticas surgieron en Inglaterra, pero no llegaron a concretarse como lo habían proyectado dado que se llevaron a cabo en hospitales psiquiátricos ya existentes, aunque sí produjeron muchos cambios. Como consecuencia, la psiquiatría clásica manifestó su descontento ante la pérdida de poder y jerarquía en su campo de trabajo.

En el caso del HESM, esto tuvo su reflejo durante algunos años que coincidieron con los primeros del gobierno de facto de Juan Carlos Onganía, en los cuales se destituyó al director de turno, algunos profesionales renunciaron, se suspendieron las prácticas que convertían a la institución en un hospital de puertas abiertas y se retornó a intervenciones de antaño (Trucco, 2008).

Si bien con el correr de los años las propuestas de desmanicomialización tomaron fuerza y rigen actualmente el funcionamiento del hospital, es preciso reconocer que el paradigma del encierro propio de la psiquiatría tradicionalista no ha sido desterrado por completo, más bien ambos paradigmas antagónicos conviven en las distintas concepciones y prácticas diarias.

No queremos dejar de mencionar que dentro de esas transformaciones que se fueron sucediendo, se modificó el nombre del hospital en el año 2010. El mismo pasó de llamarse “Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Antonio Roballos”¹, nombre que el nosocomio había llevado desde su fundación en 1952, a denominarse “Hospital Escuela de Salud Mental”. Este hecho resultó ser altamente significativo y con un gran peso simbólico (Trucco, 2008).

¹ La institución recibió el nombre del Dr. Antonio Luis Roballos en el año 1952, en reconocimiento a quien fue un innovador en la organización de la Salud Pública de la provincia, médico sanitarista y fisiólogo, que creó instituciones como la Asistencia Pública, el Servicio Médico Escolar y la Cruz Roja de Paraná. Tanto el cambio de nombre, por decreto en diciembre de 2010, como muchas otras innovaciones fueron realizadas siendo directora la Lic. en Trabajo Social Alicia Alzugaray, primera directora no médica del Hospital (2004-11).

De entrada, pueden inferirse varias cuestiones sujetas a esta modificación. En principio, la supresión de un nombre propio tal como el del Dr. Roballos, marcando una ruptura con la lógica manicomial y psiquiátrica, en la que el poder de las decisiones recaía en la figura del médico. Esta vertiente también se ve reforzada al pasar del término “Neuropsiquiátrico” al de “Salud Mental”. Además, la incorporación de la palabra “Escuela” anuda la significación de educación, desplazando la idea de un hospital como mero establecimiento donde se atienden procesos de salud-enfermedad y configurándose también como un centro de formación académica. Este cambio de denominación, se dio en plena sanción de la Ley N° 26.657, buscando reforzar la transformación en el modo de organización del hospital.

Actualmente el HESM es uno de los cuatro hospitales monovalentes de la provincia de Entre Ríos, el cual cuenta con aproximadamente setenta camas de internación para personas de entre 18 y 65 años de edad, tanto varones como mujeres. El mismo brinda distintos tipos de servicios y se conforma de variados dispositivos, son ejemplos de ello la Guardia Interdisciplinaria, el Dispositivo de Atención Psico-social (DAPS), Hospital de Día, la Biblioteca “Marisa Wagner”, el Grupo Institucional de Alcoholismo (GIA), el Programa de Entrenamiento Laboral (PEL), la Casa de Medio Camino (CMC), la Radio “La Bisagra”, los espacios de Asambleas y de Paseos, entre otros. Estos son llevados adelante a partir de numerosos profesionales de distintas disciplinas, fomentándose el trabajo interdisciplinario. Además, son cuantiosos los estudiantes de variadas carreras que realizan sus prácticas de formación en esta institución, sumando además a los profesionales de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental.

Por último, es preciso mencionar que las transformaciones que el hospital fue adoptando con el correr del tiempo, no resultan llamativas si se tienen presentes las palabras de Galende (1994) cuando afirma que “el objeto de la Salud Mental no es un objeto natural, es un objeto social-histórico” (p. 79). En este sentido, el modo de concebir el sufrimiento mental, estará sujeto al contexto en que se lo piensa, atravesado por factores de diversa índole, ya sean científicos, políticos, sociales, históricos, culturales y/o económicos. Así, conforme a las características del contexto, la concepción de “daño mental” cambiará y en consecuencia, también se verá afectado su modo de abordaje.

Por otro lado, nos parece importante recuperar otros movimientos que caracterizaron a las reformas psiquiátricas, para poder pensar en la fundamentación histórica de la Casa de Medio Camino que aquí nos compete. En primer lugar, recuperaremos lo más significativo a nuestros fines de la corriente italiana conocida como “Política de Desinstitucionalización”, reforma que tuvo sus inicios en dicho país a finales de la década del '60 con Franco Basaglia como principal exponente.

De esta experiencia pueden extraerse numerosos aportes concretos al campo de la Salud Mental, tales como el cierre paulatino y definitivo de los hospitales psiquiátricos del momento o la sanción de una Ley de Salud Mental en la que se reglamentaban las prácticas instituyentes de la Reforma. Vale destacar que varias de las propuestas de esta ley, resuenan en la Ley N° 26.657 de nuestro país, como por ejemplo la reducción de internaciones en los hospitales, promoviendo las internaciones en hospitales generales y la duración mínima de éstas.

No obstante, pensando en las casas de medio camino, nos interesa señalar un aspecto particular que trata esta reforma y es que a medida que los hospitales se desocupaban, éstos se clausuraban. Al mismo tiempo se promovía la apertura de casas que el Estado disponía para el alojamiento de los usuarios, en compañía de algún miembro del equipo interviniente, ya sean enfermeras, psicólogos, psiquiatras, indistintamente, para continuar trabajando en la reinserción social de los externados (Galende, 1994).

De esta manera, podemos pensar a aquellas casas italianas en consonancia con nuestra CMC de Paraná, dado a sus objetivos y características similares de organización.

En segundo lugar, destacaremos aquella reforma que se denominó como “Política del Sector”, movimiento que tuvo su inicio en Francia en tiempos posteriores a la Segunda Guerra Mundial. Principalmente se pretende resaltar uno de sus postulados, aquel que remarca el carácter social que deberían tener las intervenciones en Salud Mental, poniéndose el acento en las intervenciones llevadas adelante en el medio social en el cual está inserto el sujeto.

Literalmente, esta corriente promueve las intervenciones en el lugar de residencia del usuario, siendo los profesionales de la Salud Mental los que deben acercarse hasta la vivienda del sujeto, evitando que sea éste el que debe dirigirse hasta el hospital como históricamente se acostumbra.

En este sentido, podemos asociar esta política con las intervenciones que el equipo de profesionales de la CMC realiza, principalmente en los comienzos del dispositivo. Hubo un primer tiempo en donde el equipo se dividía en turnos matutinos y vespertinos, los cuales sumaban un total de aproximadamente diez horas diarias, durante seis días de la semana. El acompañamiento consistía en acercarse hasta la Casa y llevar adelante las intervenciones en el lugar, de esta manera, se intentaba evitar lo mayor posible el contacto de los usuarios con el establecimiento del hospital.

En ese primer tiempo, el equipo acompañaba incluso los fines de semana, luego de transcurridos unos meses ya dejaron de hacerlo. Lo mismo ocurría con las actividades, en principio eran más numerosas y en la línea de lo grupal, pasando a ser luego más específicas y singulares. Por su parte, los usuarios sólo pasaban el día en la Casa, no se quedaban a dormir por las noches.

Por otro lado, siguiendo esta línea en la que se intenta prevenir la consulta del usuario en el hospital, podría plantearse un paralelismo entre el funcionamiento de la CMC con el dispositivo canadiense conocido como “388”, que nos presentan Apollon, Bergeron y Cantin en su texto “Tratar la psicosis” (1997).

Este Centro, abierto en Quebec en 1982, se caracterizaba por brindar un tratamiento desde un abordaje psicoanalítico a usuarios con diagnósticos de psicosis. Si bien existen diferencias fundamentales entre ambos dispositivos, podemos trazar algunas similitudes respecto al modo de organización, que pueden ilustrar un poco más el funcionamiento de CMC.

Particularmente, los autores enumeran una serie de objetivos que orientan el funcionamiento del “388”, los cuales guardan cierta consonancia con el abordaje que se lleva adelante en CMC. Por ejemplo, uno de los primeros objetivos que se proponen, refiere a que el tratamiento que se llevará a cabo en el Centro funcionará como una propuesta sustitutiva a la internación, buscando así una ruptura

con la lógica manicomial. Además, desde una perspectiva teórica psicoanalítica, se fomentará la rearticulación social del usuario en el interior de la comunidad misma en la que se encuentra ubicado el Centro. Los autores dirán que se trata de “salir del aislamiento, romper el pragmatismo, restablecer vínculos con los demás que sean adecuados y satisfactorios, aprender a vivir en grupo” (Apollon et al., 1997, p. 23).

Así también, otra diferenciación con las instituciones manicomiales que dejan en claro los autores, es la hipótesis que guía el trabajo de los profesionales del Centro, la cual establece que ofrecer un tratamiento distinto supone un funcionamiento a partir de las mismas obligaciones y reglas del juego que las de la sociedad circundante. En este sentido, se concibe al tratamiento como un medio radical de reconstitución del orden simbólico para los usuarios que asisten al Centro (Apollon et al., 1997).

De esta manera, podemos apreciar la semejanza que posee esta perspectiva con la de la CMC. Ésta última, también opera como un dispositivo que pretende la vinculación de los usuarios del HESM con la comunidad y para ello ofrece un modo de funcionar en el cual se reconfiguran las reglas simbólicas que se ponen en juego.

Así, por ejemplo, desde las intervenciones de los profesionales se promueve una mayor autonomía de los usuarios en la toma de decisiones cotidianas, como en lo que respecta a la administración del dinero o la distribución de las tareas domésticas en la Casa. Además, se busca la integración de los usuarios con su medio circundante, por ejemplo, a través del tránsito por el barrio, el acceso a eventos culturales o el contacto con vecinos y comerciantes de la zona. De este modo se procura romper con la lógica proveedora de asistencia absoluta establecida por el hospital y la dependencia que esto genera en los usuarios con respecto a la institución.

Desde otro punto de vista, es posible también, que los elementos que se enuncian con respecto al Centro “388” se presten para pensar a éste como más cercano al dispositivo de HDD del HESM. De todos modos, si bien existen similitudes entre uno y otro, debemos salvar las distancias culturales y socioeconómicas que caracterizan a ambas regiones y se ponen en juego, sumado a otras condiciones de sostenimiento de los dispositivos. El Centro “388” presenta una diferencia fundamental con el HDD, ya que dentro de su plan de trabajo se contempla la posibilidad de que algunos usuarios residan en él durante un tiempo, transcurriendo allí durante el día y la noche.

En este último punto, una vez más, el Centro “388” se asemeja a la organización de la CMC. No obstante, también se presenta una diferencia entre estos dos, que consiste principalmente en el papel que juega el equipo interdisciplinario en cada uno de ellos. Particularmente, en el “388” hay profesionales del equipo que también pasan las noches en el establecimiento junto a los usuarios a modo de guardia nocturna, mientras que en la CMC los profesionales sólo se acercan durante el día sin intervenir en el horario nocturno. Ya en el próximo sub-apartado, ahondaremos con mayor detalle en la dinámica y funcionamiento del equipo interdisciplinario.

Materialización del proyecto de CMC y conformación del equipo tratante.

La articulación de las significaciones construidas por les profesionales que conforman el equipo del dispositivo de CMC, sobre los procesos de subjetivación y la promoción de derechos de sus usuaries, constituye el objetivo de la presente investigación. A fines de contextualizar el espacio en donde se llevó a cabo la misma, nos detendremos en primera instancia a realizar un pequeño recorrido histórico sobre la conformación de dicho dispositivo.

El dispositivo abrió sus puertas formalmente a principios del año 2018. Luego de la presentación de numerosos proyectos para su creación, los cuales no se habían podido llevar a cabo por diversas circunstancias, tales como falta de presupuesto para la implementación de políticas de desinstitucionalización o dificultad a la hora de encontrar locadores que alquilen su vivienda con esta finalidad, entre otras; finalmente se concreta, convirtiéndose en una experiencia pionera en los objetivos de desmanicomialización de les usuaries de instituciones monovalentes (Benedetti et al., 2019).

En principio, para la concreción de este proyecto de CMC, el Ministerio de Salud de la provincia de Entre Ríos alquiló una vivienda ubicada en el centro de la ciudad de Paraná a un par de cuadras de la zona peatonal. Desde allí, les usuaries pueden acceder rápidamente a diversos tipos de comercios y servicios, también es un lugar de fácil acceso al transporte público como las líneas de colectivo. Por otro lado, su estructura edilicia cuenta con tres habitaciones distribuidas en dos plantas, una sala de estar, un comedor formal, un comedor diario, una cocina, tres baños, un balcón y un patio, todos espacios de gran amplitud. El barrio es seguro y tranquilo, la vivienda se encuentra rodeada de casas muy pintorescas.

En su etapa preliminar se llevaron adelante una serie de entrevistas con once usuaries y sus equipos tratantes, de las cuales se seleccionaron seis candidates a habitar la Casa, número acorde a la capacidad de ésta para poder alojarles. Los criterios que se evaluaron para la selección fueron principalmente su capacidad de autonomía y el momento del proceso de externación en el que se encontraban. Finalmente, el grupo quedó conformado por cuatro varones y dos mujeres.

El acompañamiento a les usuaries comienza antes del alta de la internación y merece un trabajo articulado con los equipos de Sala en principio y con Consultorios Externos posteriormente. Así también, para la materialización del proyecto, se requirió de una serie de vinculaciones y entramados con otros actores y sectores institucionales, y de algo que desde el equipo de CMC han denominado como “tratamientos del vivir”. Estos tratamientos suponen un amplio y diverso abanico de intervenciones clínicas que posibilitan a les habitantes de la Casa “el pasaje”, no sólo de un lugar al otro, sino en términos de autonomía y subjetividad. Esta es una lectura que realizan les profesionales pertenecientes al equipo de CMC y señalan que esto los lleva a construir constantemente lo administrativo y la gestión al servicio de la clínica y viceversa (Ábaca et al., 2019).

Les profesionales también sostienen que desde el dispositivo de CMC, se pretende una apuesta no sólo clínica, sino también política. Clínica en tanto le hace lugar a lo que no tiene lugar y política

porque visibiliza la falta de preparación por parte de la comunidad para alojar otras singularidades y de poder construir una vida colectiva habitable para todos.

De esta manera, se procura trabajar con los usuarios a partir de la convivencia y la autonomía en lo cotidiano, interviniendo sobre las marcas que imprime la institucionalización, aquellas que resolvían sus horarios, las comidas, la higiene, la limpieza y orden de los espacios. “Es en este proceso donde se interviene para que emerja un sujeto, sea interpelado y algo de lo instituido se conmueva” (Benedetti et al., 2019, p. 83). En esta misma línea se piensa desde el dispositivo en recuperar los derechos de ciudadanía, que los usuarios los conozcan y puedan materializarlos, ya que esto también implica una parte del empoderamiento subjetivo.

Si concebimos a la salud mental como una política específica de lo social, el campo de enfrentamiento entre el psicoanálisis y la institucionalización de la psiquiatría no es un espacio abstracto sino que se trata de una pugna en el espacio concreto de las prácticas sociales y los modos teóricos de comprensión del sujeto y sus procesos (Galende, 1994, p. 78).

El campo de la salud mental está abierto para que una política del psicoanálisis intervenga develando las dimensiones conflictivas de los procesos de subjetivación y sus desvíos patológicos, pero sin entenderlo como una renovación de la psiquiatría sino una ruptura definitiva con sus concepciones y tratamientos caducos. En este sentido, Galende (1994) propone una reconfiguración de nuestras prácticas terapéuticas virando hacia un nuevo campo de intervención más dirigida a grupos humanos o comunidades: familia, grupos, escuela y otras instituciones, en donde ya no se privilegie una profesión y práctica hegemónica, sino una integración de disciplinas y técnicas heterogéneas (p. 207).

A propósito de la interdisciplina, a continuación nos introduciremos en la creación del equipo tratante de la CMC, sus diferentes momentos, modos de funcionamiento y objetivos propuestos.

Cuando el proyecto de la CMC se concreta y se materializa en el 2018, el primer equipo estaba conformado por cuatro integrantes, de los cuales la Trabajadora Social era la coordinadora. Posteriormente la Trabajadora Social solicita el generar una coordinación compartida, es ahí que se suma otro integrante del equipo a la coordinación, más precisamente la Terapeuta Ocupacional del equipo. Esta coordinación compartida sigue conformada al día de hoy por las mismas profesionales.

Uno de los motivos principales que condicionaron a que ambas accedan a la coordinación del dispositivo fue que eran las únicas trabajadoras con la dedicación exclusiva al dispositivo, ya que el resto del equipo constituído compartía su carga horaria de tareas asistenciales en otros servicios y/o dispositivos del HESM, como el HDD, la Sala de Internación, la Guardia, los Consultorios Externos e IPEM.

En ese momento, al armado del proyecto se sumaron dos residentes que estaban haciendo su cuarto año en la residencia interdisciplinaria en salud mental (RISaM) como colaboradores. Estos residentes habían realizado una rotación por el sur del país, recabando experiencias de proyectos similares que se llevaban a cabo en otras provincias. Tal es así que estos profesionales presentan al equipo un proyecto en relación al acompañamiento en procesos de externación de usuarios con muchos años de

internación en instituciones totales, y allí terminó de conformarse ese primer grupo de trabajadores de la CMC.

De esta manera, el equipo quedó conformado por: una trabajadora social; una terapeuta ocupacional; dos residentes que estaban haciendo su devolución de cuarto año, una psicóloga y una médica, actualmente le médica continúa en el dispositivo; una enfermera; y una acompañante terapéutica contratada por medio de un programa nacional de discapacidad, ya que el HESM no contaba con ese recurso que se proclamaba necesario.

Luego se integró a la experiencia, un espacio coordinado por comunicadores sociales, en el cual se trabaja la producción de narrativas en torno al proceso de habitar la Casa, se recuperan las historias singulares y se producen relatos colectivos a través de recursos audiovisuales (Benedetti et al., 2019, p. 82).

Además, cabe mencionar que en sus intervenciones diarias, el equipo interdisciplinario de CMC asiste al dispositivo por la mañana y por la tarde. Solo si determinado emergente o situación clínica lo amerita, se hace presente alguno de sus miembros por la noche, los fines de semana o feriados.

Asimismo, el equipo no concurre completo, sino que asisten como máximo dos profesionales a la vez de manera semanal se va definiendo un cronograma que incluye el acompañamiento y asistencia en las actividades cotidianas en el hogar, en gestiones bancarias y trámites en general, el sostenimiento del tratamiento ambulatorio de los usuarios, la participación en talleres de artes y oficio en la comunidad, y las actividades de esparcimiento y recreación. Esta última estrategia se pensó a fines de generar una cotidianeidad por fuera de lo institucional o para tratar de mediar lo institucional en relación a habitar una casa, y por otro lado para que quienes la habitan no se sientan invadidos en la cotidianeidad de su propio hogar.

La pertinencia de un equipo interdisciplinario para un abordaje en Salud Mental aparece reglamentado en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, particularmente en su artículo N°8 del Capítulo V referido a la Modalidad de Abordaje, donde dispone de manera explícita que:

Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores (...) Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes (Ley N° 26.657, 2010).

En la medida en que el campo de la Salud Mental dejó de ser un campo exclusivo de la medicina y comenzaron a comprenderse los factores históricos, sociales, culturales, psicológicos, entre otros que también intervienen en el proceso de salud-enfermedad mental, resultó necesaria la incorporación de nuevas disciplinas. De esta manera, al concebirse al proceso de salud-enfermedad desde múltiples aristas, también quedó en claro que no es en solitario o aislado del otro como se lo transita.

En este sentido, desde el equipo de CMC se sostiene una clínica más bien grupal, a través de la construcción de ficciones que hacen de soporte al proceso de deconstrucción simbólica de la institucionalización, recreándose escenas de la vida cotidiana donde la experiencia del hacer “con

otres” permite construir de manera artesanal y singular, propuestas paliativas ante las marcas de la institucionalización y el borramiento subjetivo. En un escrito realizado por el equipo de CMC, sus miembros destacan en esta experiencia “el poder reconocerse con otros y en otros como contracara al imperativo homogeneizante y deshumanizante de la institución total, que oprime, invisibiliza y silencio” (Benedetti et al., 2019, p. 84).

El proceso de desinstitucionalización entonces, conmueve las certezas en los supuestos, las intervenciones y las posiciones consolidadas. Interpela, cuestiona, interroga, impulsa, invita a repensar nuestras prácticas y a diagramar propuestas sustitutivas grupales y singulares en situación. Por cierto, podemos resaltar un párrafo de una de las entrevistas realizadas en la presente investigación, que hace alusión a esto que acabamos de mencionar. La entrevistada nos dice lo siguiente:

Si hay algo que nos demostró la CMC es que esos efectos están en esas vidas, están en esos cuerpos absolutamente marcados y si hay algo que siempre decimos desde el equipo es que desinternar no tiene que ver con salir del hospital, sino con salir de una posición. El dejar el manicomio no tiene que ver con cruzar una puerta sino con esto que decíamos recién, con deconstruir una posición en la que los sujetos estuvieron ubicados por un montón de tiempo (Tercera entrevista).

La creación de este tipo de dispositivos como recursos sustitutivos sociales y terapéuticos, se encuentra bajo el amparo de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010), siguiendo con la propuesta del cierre de los hospitales monovalentes y con la promoción de los tratamientos ambulatorios, en el marco de un abordaje interdisciplinario basado en los principios de la atención primaria de la salud. A continuación repararemos en algunos de los artículos que refieren específicamente a la sustitución de instituciones monovalentes por dispositivos sustitutivos.

En su artículo N°11, perteneciente al Capítulo V referido a la Modalidad de Abordaje, la ley establece que:

(...) se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia (...)

Posteriormente en su artículo N°27, perteneciente al Capítulo VII referido particularmente a las Internaciones, enuncia que:

Queda prohibida (...) la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes (...) Los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos (...)

Por otro lado, su reglamentación en el año 2013, agrega a este último artículo lo siguiente:

La Autoridad de Aplicación en conjunto con los responsables de las jurisdicciones, en particular de aquellas que tengan en su territorio dispositivos monovalentes, deberán desarrollar para cada uno de ellos proyectos de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios con plazos y metas establecidas (...)

Por último, en sus artículos séptimo y noveno, la ley expresa que las personas con padecimiento mental tienen derecho a ser tratadas con la propuesta terapéutica más conveniente, preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario, que menos restrinja sus derechos y libertades. Asimismo se promueve el reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales y la integración familiar, laboral y comunitaria de las personas.

Según lo descripto en el cuerpo de nuestra ley, podemos realizar una analogía entre las denominaciones “casa de convivencia” y “dispositivos comunitarios” con la designación “casa de medio camino”. Pero ¿a qué alude esta última nominación?

A partir de la información recabada en las entrevistas realizadas para este trabajo, nos anoticiamos que la totalidad de les usuaries que llegan a CMC son personas que ya vienen trabajando desde hace un tiempo en la línea de la externación, con sus equipos tratantes de la Sala de Internación. Entonces el dispositivo se configura como ese “medio”, ese entre que va a acompañar a alguien a vivir. A vivir un “después de”, pero cabe preguntarse “un después de qué”, porque decir un después del hospital no puede pensarse en términos literales, dado que el dispositivo de CMC pertenece al HESM y les usuaries siguen asistiendo al mismo por diversos motivos, como por ejemplo la búsqueda de su medicación. Tampoco podemos pensar la vida de una persona marcando tajantemente la diferencia entre un antes y un después, como si se tratara de dos vidas. Porque la vida de cada sujeto es una sola, más allá de lo significativo que pueda resultar un acontecimiento y de las consecuencias que ello genere, la vida es única, no se detiene en un punto y comienza otra nueva, sino que es un todo diacrónico, un devenir, la historia de un sujeto. Esto lo representa claramente una de las entrevistadas de nuestra investigación cuando dice que:

(...) la vida va sucediendo mientras vas viviendo, no viene después el vivir.

Alguien está internado y vive internado, sale a la Casa y vive en la Casa, se va y vive afuera de la CMC en una pensión o departamento (Cuarta entrevista).

En este sentido, las casas de medio camino son necesarias como parte de un proceso “intermedio” que acompaña en esa salida del hospital y en ese recuperarse de las convalecencias del encierro. Por otro lado, las casas de medio camino son viviendas que funcionan como un apoyo intermedio para la vida cotidiana.

Y en ese andar, según las singularidades de cada sujeto y de cada momento, quedará en todo caso replantearse “el medio camino”, “hacia dónde”, “hacia qué”. Por ejemplo, esto puede apreciarse en el relato de una de las entrevistadas, cuando se refiere puntualmente a los dos usuaries que obtuvieron el

alta de la CMC. La misma comenta que ambas situaciones les hicieron plantearse como equipo ese “hacia dónde” y agrega:

(...) resuena en la charla cotidiana de la Casa “hacia dónde voy”, “qué proyecto quiero” o “qué trabajo me gustaría tener”. Después de que se externó el primer usuario, ahí todo el mundo comenzó a preguntarse hacia dónde y fueron marcando la cancha de poder decir o al menos pensar qué es lo que cada uno quiere. Esos son efectos súper importantes que van marcando esta cuestión más subjetivante y más del deseo de acompañar un poco eso (Segunda entrevista).

Asimismo, nuestras entrevistadas relatan, que hay usuarios para quienes se dificulta este tipo de dispositivos. Sujetos que en determinada situación y por el sufrimiento padecido no estarán en condiciones de poder sostener ese “entre-medio”, y quizás pueda pensarse en otras alternativas con un mayor acompañamiento como podrían ser las residencias, alternativas que no son la institución total por supuesto. En este sentido, nuestra última entrevistada expresa en relación a dos procesos de internación que no han podido sostenerse en CMC, lo siguiente:

(...) No menor ha sido el proceso de dos usuarios que han tenido también una internación muy prolongada, donde su tránsito por medio-camino no tuvo los efectos los cuales nosotros apostábamos para ellos. Han tenido que regresar al hospital, es decir, han vuelto a tener internaciones que por diferentes motivos se han sostenido. No nos olvidemos que la mayoría de las personas con las que nosotros trabajamos, además de algún diagnóstico de psicosis o de estar atravesados por la locura, están atravesados también por la pobreza, por la falta de referentes o de recursos con los cuales armar algo más para acompañar”. Y agrega: “esta apuesta del armado de una cotidianeidad que sea el paso, el otro lado de este medio-camino digamos, todavía no se ha podido dar y puntualmente ha sido un motivo de supervisión nuestra y de preguntas (Quinta entrevista).

Asimismo, a partir de otra situación acompañada en el dispositivo, han surgido interrogantes en el equipo en torno a si todas las personas tienen esta posibilidad, como recurso subjetivo, de armar este otro medio-camino. Nuestra quinta entrevistada nos relata el caso de un usuario que permaneció más de veinte años internado en el HESM y que vive hace dos en CMC. Nos relata que este año el usuario tuvo su primera internación breve y que la mayor dificultad reside en que si bien hay familiares, no hay un lazo afectivo que acompañe. Por otro lado, señala que esta persona tiene más de sesenta años de edad, entonces hoy el equipo se pregunta mucho por este medio-camino y el “hacia dónde” para él.

Estas escenas descriptas, nos permitirán ir madurando una idea en torno a la noción de lo “inter-medio”, tal y como se sostiene en este dispositivo. Este entre-medio nos remite a “estar dentro” y a las dimensiones de “lo interno” y “lo externo” como algo imposible de separar. En este sentido, el psicoanalista Gabriel Pulice (2011) menciona en su texto “Fundamentos clínicos del acompañamiento

terapéutico”, la relevancia del lugar del otro como semejante en el acompañamiento por el “afuera”. El sujeto recorre el entre, sosteniendo que el tiempo y el espacio de quienes acompañan se constituyen de modo transicional, proponiéndose como enlace. El autor va a decir que quienes acompañan, producen ese puente hasta que el sujeto se haya en condiciones de poder construirlo por sí mismo. Pero esto es algo en lo que ahondaremos con detenimiento más adelante, en el tercer apartado de nuestra investigación. Por ahora nos limitaremos, en este primer apartado, a esbozar el surgimiento y el concepto de las casas de medio camino como dispositivo.

Por supuesto que llevar adelante un proyecto de estas características pretende generar movimientos subjetivos no sólo en los usuarios que habitan la CMC, sino también en los trabajadores que les acompañan, como bien lo expresa otra de nuestras entrevistadas al decir lo siguiente:

Los hospitales monovalentes, los manicomios, dañan a todos, no solo a los que viven allí sino también a quienes trabajamos. Distintos daños por supuesto (...) nosotros también tuvimos que salir del hospital con los usuarios, en todos los sentidos que eso quiere decir (Cuarta entrevista).

En relación a lo anterior, podemos agregar un fragmento de otra de las entrevistas realizadas, que también refiere a los efectos del manicomio y al lugar de las casas de medio camino en el proceso de desinstitucionalización. El mismo dice que:

El manicomio no es un lugar para vivir y lo fue para muchas personas, entonces bueno, las casas de medio camino vienen un poco a reparar algo de todo eso que el manicomio ha destruido, ha marcado o ha violentado (Quinta entrevista).

Por otra parte, y para ir culminando con el presente apartado, haremos una breve descripción de uno de los espacios más significativos del dispositivo, en donde se puede apreciar con claridad la dinámica de trabajo del equipo de CMC y los usuarios que la habitan.

El espacio al que nos referimos es el de las asambleas, en donde dos veces por semana se reúnen los profesionales junto a los usuarios para abordar asuntos de la convivencia, la cotidianeidad y lo doméstico. La apuesta radica en el armado de un andamiaje de otras posibilidades y de otros espacios de decisión, que tienen que ver con devolver en parte el lugar de decisión sobre los propios cuerpos y sobre las cotidianeidades singulares a construir. Una de las integrantes del equipo tratante, nos dice al respecto en una entrevista:

La dinámica de estas asambleas conforman un espacio horizontal, en donde justamente la idea es que circulen los criterios, las palabras y los intercambios para pensar una convivencia en el dispositivo entre ellos mismos al igual que invitarlos a pensar proyectos de vida, actividades que generen una cotidianeidad distinta y propia (...) Son todas escenas de la vida cotidiana que tienen que ver con decidir con otros y

con decidir uno mismo, (...) son escenas que posibilitan la toma de la palabra y la subjetivación (Segunda entrevista).

Las asambleas funcionan como un marco regulador y ordenador sobre lo que les está pasando como grupo, se trabajan conflictos y disidencias que pueden haberse presentado durante la semana, temas acordes al dinero, a la higiene y la cocina. Para ello se configuran cronogramas y acuerdos flexibles, los cuales se van revisando y modificando, conforme va variando el transcurrir de las vidas de los sujetos.

Los acuerdos quedan escritos y firmados, los cronogramas visibilizados en lugares donde todos pueden acceder. También se elabora un registro de las actas de las asambleas, el cual siempre lo realiza un trabajador del equipo, donde queda anotado qué se habló, qué se propuso, quién lo propuso y quiénes estaban presentes. Luego, al inicio de la siguiente asamblea, se recupera brevemente lo trabajado en la anterior.

Ya en un segundo momento de la Casa, cuando los usuarios comenzaban a participar más activamente de la dinámica del espacio, los profesionales del equipo fueron corriéndose de la intervención más directiva, porque entendieron que ya estaban en un tiempo en donde ellos mismos podían ser los protagonistas a la hora de presentar las temáticas a tratar, de hacerse cargo de ciertas responsabilidades y llegado el caso, de resolver las divergencias conflictivas.

Capítulo segundo

Desubjetivación, salud ¿una ficción posible?

*¿Será acaso mi locura suelta
o sólo un dislate de la proyección?
¿Será que nada es para siempre,
que todo cambia
y que tú eres tú en esta ocasión?
¿Será que la bestia desbocada
busca presa
y aspira derribar la tradición?*

Abel Pérez Rojas (1970-)

El proceso fundacional del dispositivo de CMC, como lo mencionábamos en el proyecto de nuestra investigación, se asentó fundamentalmente en categorías como las de institución total, desinstitucionalización, proceso de externación y derechos humanos, todos ellos conceptos que pondremos en tensión en el presente apartado.

En principio, quisiéramos definir que cuando aludimos al concepto de “institución total” nos referimos específicamente a un constructo sociológico propuesto por el reconocido sociólogo canadiense Erving Goffman (1961), el cual se utiliza para designar un lugar de residencia o trabajo donde un gran número de personas se encuentran aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, compartiendo en su encierro una rutina diaria administrada de manera formal.

Este tipo de instituciones, tales como los hospitales psiquiátricos, comparten ciertas características según el autor. Entre ellas se destacan: la totalidad de los ámbitos de la vida de los sujetos se desarrollan en un mismo lugar y bajo una única autoridad; todas las actividades cotidianas de cada miembro de la institución total se llevan a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros miembros a los que se da el mismo trato y de los que se requiere que hagan juntas las mismas cosas; todas las actividades están estrictamente programadas de modo que la actividad que se realiza en un momento determinado conduce a la siguiente; la secuencia de actividades se impone jerárquicamente mediante un cuerpo administrativo y un sistema de normas formales explícitas; las distintas actividades obligatorias se integran en un único plan racional deliberadamente creado para lograr los objetivos propios de la institución.

El dispositivo de CMC tiene por objetivo principal acompañar los procesos de externación de las personas que han estado internadas de manera prolongada en este tipo de instituciones, contemplando los efectos subjetivos que éstas producen en sus trayectorias vitales. La apuesta se dirige al armado de una cotidianeidad sustitutiva por fuera del hospital, que forma parte de un proceso de transformación de los modos de abordaje y tratamientos con los cuales las instituciones encargadas de asistir a

personas que han sufrido situaciones de padecimiento mental severo han intervenido históricamente. Esto implica encarar dos procesos desubjetivantes que producen las institucionalizaciones prolongadas: uno que se produce hacia afuera, que es el empobrecimiento de las posibilidades socioeconómicas y la marginalidad social excluyente sobre los sujetos, y otro que se produce hacia adentro, que son el hospitalismo y la cronificación.

Deviene importante entonces a los fines de nuestra investigación, indagar en aquellas marcas que se pueden identificar, producto de vivir bajo la lógica de la institución total y los efectos en la subjetividad de las personas que las habitan.

De acuerdo con el autor brasileño, Paulo Amarante (2006), en el fenómeno de la institucionalización puede observarse un “proceso de producción de ‘dependencia’ del paciente a la institución, acelerando la pérdida de los lazos comunitarios, familiares, sociales y culturales, y conduciendo a la cronificación y al hospitalismo”, por lo que se torna necesario entonces desinstitucionalizar la asistencia en salud mental, en donde comiencen a operar mecanismos tendientes a reducir el ingreso o permanencia en hospitales psiquiátricos y diagramar propuestas sustitutivas extra-hospitalarias que amplíen la oferta de servicios de atención en la comunidad. Para el autor, desinstitucionalizar tampoco se restringe a deshospitalizar, es decir, a la supresión de organizaciones hospitalarias manicomiales. Más bien, implica entender el concepto de institución en un sentido dinámico y necesariamente complejo de las prácticas y saberes que producen determinadas formas de percibir, entender y relacionarse con los fenómenos sociales e históricos, como la locura y la cronificación.

Primeramente, cuando hablamos de hospitalismo² nos referimos a la problemática central que plantea la institucionalización prolongada en el hospital. En lo que respecta al paciente institucionalizado en recintos como los hospitales monovalentes, para Goffman (1959), el hospitalismo también consiste en una condición de dependencia en un ambiente protegido que va aumentando progresivamente hasta que comienza a asentarse como un nuevo estilo de vida y a desplazar la participación que el sujeto pueda tener en la comunidad. El autor además, caracteriza a las instituciones totales por su estrecho control sobre las actividades de los pacientes y por una restricción de su acceso al mundo exterior, y señala que el interno entra en un “proceso de mortificación”, el cual trae como consecuencia la privación de la imagen que tiene sobre sí mismo como adulto responsable de su propio campo de acción.

² Conceptualización procedente del psicoanalista Rene Spitz, discípulo de Freud a inicios del siglo XX, que hace referencia a la observación que se obtuvo sobre la susceptibilidad a enfermarse y la tasa de mortalidad de neonatos institucionalizados, las cuales eran mucho más elevadas en aquellos que carecían de estímulos benéficos como el ser aislados de sus madres, y en donde les enfermeras sustitutas que quedaban a su cargo solo les propiciaban la resolución de sus necesidades biológicas como la de la alimentación, desestimando la importancia del afecto en la conformación de estos niños.

A esto se suma otra serie de factores, como el asistencialismo por parte de los profesionales de la salud, las rutinas generalizadas de la institución, las prácticas homogeneizantes que no se focalizan en las necesidades individuales de cada sujeto, la reducción de su vida a un único lugar de referencia y pertenencia, la pérdida de la identidad social que tenía el sujeto en la comunidad, además de que las condiciones sanitarias de ciertas instituciones no suelen ser las mejores. Todo esto implica que los usuarios se acostumbren a la vida estructurada del hospital, siguiendo una rutina de actividades y horarios que no dependen de ellos, en desmedro de habilidades tales como su propio cuidado personal, el valor de sus intereses, sus vínculos sociales, su desempeño en otras áreas de la comunidad como la laboral, etc. Esta situación de hospitalismo entonces, se torna una dificultad al momento de pensar en la externación y reinserción social de los pacientes, situación que es muchas veces agravada por la ausencia de referentes familiares o amistades, por la inexistencia de un hogar en el afuera, por las condiciones socioeconómicas y laborales actuales, constituyéndose todos estos en serios obstáculos a la hora de llevar adelante el tránsito internación-externación (Goffman, 1959).

Por su parte, el reconocido autor argentino Gustavo Rossi (2007), define a la cronificación como el deterioro que se produce en el sujeto, efecto del aislamiento, de la ausencia de estímulos mínimos en la vida diaria y de la marginación manicomial en este tipo de instituciones totalitarias. Este concepto el autor lo remite a las internaciones indefinidas, a la sobremedicalización o medicalización inadecuada, a la aplicación de tratamientos contraproducentes y a la falta de objetivos terapéuticos. Destaca además que las condiciones sociopolíticas y económicas inciden en los efectos de cronificación en las personas vulnerables, en las propuestas de tratamiento y en los recursos posibles. Con esto se refiere a la importancia de contextualizar, de tener presente las transformaciones históricas que atraviesan a un país, la problemática de la inserción en el campo laboral y la distribución del ingreso, el empuje a una globalización en crisis, la dinámica social fragmentada con una marcada incapacidad de producir cohesiones duraderas y de conjunto, el Estado absorbido por la lógica del mercado donde el “ciudadano” queda desplazado a la figura de “consumidor”, el encierro y el aislamiento en estos años de pandemia, entre otros. Y en este contexto es donde el autor pone el acento en que debemos evitar que “las cronificaciones no sean efecto de la falta de atención, de la ausencia de escucha, de la inercia frente a la posibilidad de construcción de dispositivos y redes artesanales, de la ignorancia respecto de la dimensión político-cultural del problema” (Rossi, 2007, p. 369).

Por lo tanto, podemos advertir que todos estos efectos inherentes a las institucionalizaciones prolongadas, como la marginalidad social excluyente, el empobrecimiento de las posibilidades socioeconómicas, el hospitalismo y la cronificación, se hallan superpuestos produciéndose de manera simultánea y afectándose entre sí, conformando procesos desubjetivantes en la vida de las personas que las atraviesan. Seguidamente vamos a ilustrar este punto a partir de la selección de algunos fragmentos que constituyen los relatos de las profesionales entrevistadas en la presente investigación.

Una de ellas hace referencia a un primer tiempo de trabajo en la CMC, en donde la modalidad de intervención tuvo que replantearse, dadas las condiciones que se presentaban. La entrevistada comenta que las estrategias que se habían planificado desde lo individual se vieron truncadas por un notable

aplanamiento subjetivo en la persona que comenzaba a acompañar, y que por lo tanto tuvieron que pensarse en equipo estrategias de carácter grupal:

La cuestión del deseo estaba muy apagada, no había ningún tipo de demandas, incluso el acompañamiento pasa a una intervención institucional para posibilitar que algo de eso surja, de pensar en un proyecto por el aplanamiento subjetivo que se estaba vivenciando en ese momento (Segunda entrevista).

Además, la entrevistada se refiere a los efectos desubjetivantes que las internaciones crónicas producen en les usuaries, haciendo mención a la cuestión del control y del avasallamiento de las cotidaneidades por parte de las instituciones totalizantes que mencionaba Goffman, donde el autor señalaba que, por el estrecho control que las instituciones totales ejercen sobre las actividades cotidianas de les pacientes de manera rígida y generalizada, éstos quedan limitados a ajustarse a ellas y seguirlas, provocando la pérdida de habilidades personales:

(...) tienen que ver con esta cuestión de que a las cotidaneidades las marca la institución. Cuando les usuaries llegan a un dispositivo como lo es la CMC, hay que volver a armar toda esa cotidaneidad, el reconocimiento del propio cuerpo, los olores del propio cuerpo, cuándo te tenes que ir a bañar, cuándo a afeitarse, los tiempos de las comidas y también el deseo de que eso surja, porque uno al principio es como que presta esos andamiajes como apuesta de que algo de eso pueda tomar el usuarie para después volverlo propio y en ese sentido creemos que hay un arrasamiento total, salvo particularidades que eso ya es parte de las personalidades, pero hay un arrasamiento en casi todo (Segunda entrevista).

Y en relación a este aplastamiento subjetivo, una de sus colegas entrevistadas acota brevemente:

(...) así como dicen «me quiero ir a vivir» y es el sueño de sus vidas, otras veces están tan aplastados por la institución total que ni si quiera pueden pensarse afuera (Primera entrevista).

Asimismo, quisiéramos extraer otro conjunto de fragmentos de una tercera compañera entrevistada, refiriéndose a esta problemática específica de las marcas de la institucionalización a nivel subjetivo:

(...) está invisibilizado (...) en los manicomios, el punto del borramiento subjetivo de las personas, porque en la institución aún «los crónicos» como se les llama, son funcionales a la institución digamos” (Cuarta entrevista).

(...) las marcas institucionales yo creo que básicamente son: la imposibilidad de hablar, pero porque antes arranca la posibilidad de pensar. Creo que hay toda una operatoria en el tratamiento de los padecimientos psíquicos, no sólo por la

farmacología que también intenta aplanar todo, como borrar todos los síntomas (Cuarta entrevista).

(...) si entendemos que para las personas que han estado con los efectos de una institución donde se pierde hasta lo más mínimo de lo humano pareciera, es necesario este tránsito o ha sido al menos súper interesante en los efectos cuando uno puede propiciar que alguien pueda ir estando y acercando esa experiencia otra vez para reimprimir si eso fuera posible, (...) volver a generar esas conexiones que tienen que ver con vivir dignamente, con tener un lugar, con tener una intimidad, con la posibilidad de poder hacer uso de la palabra, de poder expresarse, de poder elegir, de poder probar (Cuarta entrevista).

Aquí podemos deducir que nuestra profesional entrevistada ha recibido varias situaciones en las que les usuaries de los servicios de salud llegaban sobremedicalizadas a la consulta, donde aquello del orden de lo singular, del deseo, incluso del interés de esa persona, no aparece o se halla solapado. Asimismo, resulta interesante cuando la entrevistada señala la capacidad de pensar como condición posibilitadora de la palabra en el sujeto. Esto nos recuerda las palabras de Silvia Bleichmar (2005), en su texto “La subjetividad en riesgo”, cuando dice lo siguiente:

La realidad de nuestros pacientes de hospital es la de una indigencia material profunda, (...) la que debemos recuperar es la de poder construir sistemas de representaciones que restituyan el derecho a pensar y a estructurar proyectos que no reduzcan a los seres humanos que constantemente el sistema expulsa hacia la marginalidad a sus puros cuerpos biológicos, que no limite nuestras acciones a un asistencialismo que despoja los restos de identidad y genera la engañosa propuesta de una sola realidad, (...) la de un cuerpo sin subjetividad en el espacio de la vida humana (Bleichmar, 2005, p. 72).

En las entrevistas recabadas, las profesionales identifican puntualmente efectos desubjetivantes en les usuaries de CMC, los cuales están estrechamente ligados al aplanamiento subjetivo que hemos referido anteriormente y a la manera en que el equipo concibe la noción de autonomía. Nuestra primera entrevistada señala lo siguiente:

Hay muchísimos. En realidad, el laburo es construir un proceso de subjetivación propiamente dicho, creo que son la mayoría efectos desubjetivantes, con derechos abolidos, sin ser escuchados, con horarios, con uniformes, pidiendo permiso para todo. Hay un aplastamiento subjetivo increíble, y eso que yo ingresé un año después de que la casa abrió y ya funcionaba, pero dicen que al principio era terrible, hasta el reloj, mirar la hora, entender lo que era la hora y entender que podían hacer lo que quisieran. Como que ellos ahí son un número más, por eso te digo esto de “¿me

puedo ir a bañar?” o “¿a qué hora me baño?”, y vos decís “me está preguntando a qué hora bañarse, cuando hay tres baños en la casa, que se puede bañar cuando quiere porque tienen un montón de horas libre”, y uno no se da cuenta, pero claro, si siempre ha sido un objeto digamos, un objeto de atención. El pensarse por sí mismo, el poder pensar qué cocinarse y no que te traigan el plato servido, el poder pensar qué cocinar para otros (Primera entrevista).

Asimismo podemos apreciar cómo las profesionales vinculan directamente a estos efectos que identifican como desubjetivantes en la vida de les usuaries con los derechos avasallados que les corresponden, sugiriendo la construcción de procesos de subjetivación como línea de trabajo contrarrestante.

Por otro lado, complementaremos este último fragmento de entrevista seleccionado, con el siguiente de otra compañera, donde también hace mención al avasallamiento de la vida de les sujetos por parte de la lógica de la institución total a la que fueron sometidos y sus efectos nocivos, pero introduce además la cuestión de la pobreza como un aspecto significativo a considerar en estes usuaries:

Lo que sucede mucho es que son personas en situación de pobreza, entonces el destino suele ser una cagada básicamente, porque no hay políticas habitacionales. Vos generás esto de empezar a cerrar los manicomios, a externar usuaries que están ahí solamente porque son pobres, no porque no puedan vivir en autonomía, entonces generás este proceso que tiene que ver con la CMC, generar ciertas cotidianidades que fueron absolutamente avasalladas por una institución totalizante (Segunda entrevista).

Aquí la entrevistada nos advierte de ese medio camino “hacia dónde o hacia qué” que se plantea la CMC en cada caso, ya que al ser transitorio el paso por el dispositivo, debe tenerse especial cuidado de que “la salida” no sea que les usuaries externades reincidan en la pobreza y la marginalización. Además, si consideramos que actualmente, la situación económica, política y social del país se encuentra transitando dificultades que menoscaban la posibilidad de imaginar, fantasear y construir un futuro mejor o diferente para les usuaries en proceso de externación.

Por otra parte, retomando la cuestión de la autonomía, la entrevistada expresa claramente que les usuaries están allí internados por esta condición de pobreza y no por no poder desenvolverse de manera autónoma en su vida cotidiana. Pesquisemos también que las entrevistadas asocian la cuestión de la autonomía y los procesos que se generan en la CMC con pequeñas grandes conquistas a nivel cotidiano, de cómo se desarrolla el sujeto en su día a día.

Otra colega entrevistada señala la cuestión de la pobreza, formando parte de la vida de les usuaries antes de llegar al manicomio, pero también la presenta con precaución a la hora de pensar en sus futuros, luego del tránsito por la CMC:

Hay muchos derechos que aún están vulnerados porque la mayoría de ellos están en una situación de pobreza. Entonces no pueden por ejemplo acceder a una vivienda digna o a políticas que puedan ser sustentables para llevar adelante una vivienda digna. La mayoría de ellos cobra una pensión no contributiva por invalidez, de un valor que hace imposible alquilar una casa y poder comer, o sea es realmente imposible. Entonces, por ejemplo, cuando nosotros trabajamos muchísimo sobre la administración del dinero que es como un punto central sobre lo que trabajamos en la Casa, hemos llegado a esta conclusión un poco: cómo administrar esto que no alcanza. Entonces, siempre aparece como el usuario que no puede administrar bien su dinero pero también no alcanza ese dinero (Tercera entrevista).

Aquí también podemos apreciar que la entrevistada hace la alusión a que en el “afuera” tampoco están dadas las mejores condiciones para poder sostener individualmente un vivir por parte de les usuaries, por fuera de los dispositivos que les ofrece el hospital. Entonces la cuestión del dinero resulta nodal al momento de pensar en el vivir en comunidad, la restitución de derechos y construcción de autonomía.

Por otro lado, nuestra cuarta entrevistada menciona a la pobreza, también como un elemento transversal en la subjetividad y la vida de les usuaries que habitan la CMC, y lo dificultoso que resulta identificar qué efectos desubjetivantes son producto de la pobreza y cuáles de la institucionalización prolongada:

(...) la pobreza es algo. En los hospitales públicos muchas veces las personas que terminan abandonadas y encerradas son pobres, por lo cual a veces es muy difícil distinguir qué efectos son de la pobreza y qué efectos del manicomio (Cuarta entrevista).

(...) Les preguntamos cómo dormían antes de estar en el HESM, porque en el hospital nos dijeron obviamente que se duerme vestido. Entonces, ¿y antes? Para algunos es una práctica que tiene que ver con las condiciones de pobreza, en su materialidad y en su existencia, duermen vestidos porque no solo si viven en la calle les afanan lo que tengan puesto sino porque viven en lugares donde no hay abrigo, donde el invierno es hostil, y se duerme vestido. Entonces hay intervenciones que son necesarias que las repensemos respecto de nuestras ideologías de clase, porque los profesionales no vivimos así, nunca, al menos en este equipo ninguno” (Cuarta entrevista).

Por otro lado, la misma profesional también manifiesta su preocupación por la proyección a futuro de estos usuaries cuando finalmente abandonen la CMC y por el sentido su práctica en el dispositivo.

Además afirma algo contundente en relación a los efectos de la institucionalización en relación a los de la pobreza, y el armado de un “estar” ahí presente en la propia vida de uno como protagonista:

Arrojamos a alguien también a situaciones de vida de una pobreza tremenda, pero hasta eso tiene mejores efectos que la institucionalización para alguien (...) Es tremendo porque cuando vos pensás cuál es el sentido de tu práctica, de hecho venimos viendo que hay como una traba por decirte en algunos procesos, que está teniendo que ver con que han vivido ya solos antes, estuvieron veinte mil años internados pero han vivido solos, y dicen «no, pero vivimos acá re cómodos, yo no voy a poder vivir cómodo/a cuando me vaya. No me quiero ir», y eso ¿no es saludable? Entonces, también creo que sí hay efectos de armado de algunos esbozos de vida, de proyecciones, de intenciones, de deseos, de proyectos, y muchas veces es poder estar, “estar”, estar sin otro gollete que estar ahí, que no es el hospital, porque “no se está” en el hospital, en el hospital no estás. Está otro de vos, una versión desmejorada, lo bueno y lo malo digo, porque acá también pasa (Cuarta entrevista).

Galende (1994) va a decir que la política del psicoanálisis tiene como condición analizar las tendencias particulares, rescatar las singularidades y evitar la fijación de modelos de intervención, donde además se interviene sobre la base del análisis concreto de una situación institucional, de una demanda o de un pedido de asistencia determinada. Y nos advierte dos problemas al respecto:

Cuando el psicoanálisis genera un efecto de creencia, se convierte en dogma, interrumpiéndose la comprensión de la dialéctica conflictiva de sus intervenciones; se convierte así en modelo y se tiene la ilusión de que cada experiencia analítica, o cada intervención, repite ese modelo. Es necesario no abandonar la posición de analista que exige una singularización plena: caso por caso, situación por situación. Por otra parte, el dispositivo administrador de Salud Mental exige justamente que el psicoanalista explicité un modelo de intervención, que reglamente sus prácticas, que fije sus criterios. Este camino, obviamente imposible para el psicoanalista, lleva a lo que es el requerimiento de un orden disciplinario: reducir todas las prácticas a las categorías técnicas e ideológicas de la medicina asistencial o de las psicologías positivistas. Para evitar estos requerimientos de medicalización o psicologización de la intervención analítica, es absolutamente necesario que el psicoanalista pueda actuar en salud mental en todos los niveles, singularizando al máximo sus intervenciones y enfrentando la exigencia de modelización y normativización de sus prácticas que le dirige el aparato administrador (Galende, 1994, pp. 71-72).

Por ende, una política de este tipo plantea por un lado una toma de partido en la teoría y en la práctica del psicoanálisis y por otro, la definición de una intervención crítica sobre el aparato ideológico de la salud en la medicina mental, en la organización social. Como sabemos, la repercusión

del psicoanálisis en las prácticas de salud mental es indudable, en la medida en que rompe con la concepción dualista y biologicista de la psicopatología e introduce una nueva dimensión de sujeto y de la cura. Es por ello que los analistas están tan interesados en las instituciones que, productoras de normas, constituyen espacios privilegiados de subjetivación contribuyendo a conformar la identidad del sujeto (Galende, 1994).

Por otra parte, en el mismo texto Galende (1994) señala que no se trata de que una política globalmente preventiva en salud mental vaya a impedir fenómenos de desajustes tanto neuróticos como psicóticos, o que ciertas situaciones dominen la experiencia social del sujeto haciendo que la relación con el otro o la pérdida generen infelicidad, empobrecimiento psíquico o enfermedades, sino que es necesario tener presente que existen condiciones en la cultura y en los procesos de subjetivación para que estos ocurran. De lo que se trata entonces para el autor, es de generar las condiciones necesarias que potencien la cualidad de los vínculos sociales, el poder desarrollar la creatividad, inteligencia y bienestar. Esto, ineludiblemente, requiere de una intervención en las condiciones de vida que hace de la salud mental una política específica de lo social, y allí es donde podemos pensar a los dispositivos como las casas de medio camino como estrategia. Este tipo de dispositivos extra-muros se posicionan como una de las propuestas más prometedoras frente al hospitalismo y la cronificación, para paliar los efectos desubjetivantes de esta reclusión manicomial a través de un tratamiento sustitutivo y poder reformular la concepción de lo que entendemos por salud mental.

Por nuestra parte, compartimos el sentido dinámico que se le otorga al proceso salud-enfermedad, aquel que comprende a la salud como una búsqueda incesante de la sociedad que apela a la resolución de los conflictos que nos plantea la existencia. En este sentido, el especialista en medicina social Floreal Ferrara (1985), nos dice que “ni la salud se define por su tautológica concepción de bienestar, ni por sus sustitutos que niegan el conflicto en cualquiera de sus áreas” (p. 10). Es decir, que no es el conflicto lo que define lo patológico sino su bloqueo o imposibilidad de resolverlo. En una de las entrevistas realizadas durante la investigación, una de las profesionales nos dice a este respecto:

Hay algo que es el ideal de salud de alguien dócil y doméstico, «paciente» podríamos decir (...) Yo creo que la salud no está por esa vía digamos, creo que la salud es la capacidad que tenemos las personas de resolver nuestros conflictos (Cuarta entrevista).

Y plantea cuestionar la concepción de autonomía que impera dentro del campo de la salud mental, ligada fuertemente a la idea de normalidad o tratada desde la lógica neurótica podríamos decir, propio de la concepción de la psiquiatría clásica, para proponerla como la capacidad de poder resolver los conflictos:

Es imposible pensar la autonomía por fuera del vivir, porque vivir implica riesgos y pérdidas, también otras cosas, emplear sus espacios, conocer gente, armar un

proyecto vital, hacer cosas que te gustan, habitar un lugar como quieras, trabajar, tener una pareja y amigos, la vida. Entonces eso también, cómo pensamos la autonomía, es una pregunta para el campo de la salud mental en general, porque la autonomía está también ligada a la idea de normalidad, es ahí donde muchas veces se patina. En el sentido de que alguien es autónomo porque logra normalmente hacer las cosas como hacemos la mayoría, ¿pero eso es vivir para alguien? ¿Para alguien que no lo puede hacer, implica que no vive, que no pueda otras cosas? (Cuarta entrevista).

Y añade:

Creo que ser autónomo no tiene tanto que ver con arreglársela solo, sino con contar como con un itinerario de recursos, personas y cuestiones, que ante un conflicto vos tengas esa red. A veces la red implica tener un recurso digamos, pero creo que la persona más autónoma es aquella que puede sortear las conflictualidades (Cuarta entrevista).

Desde esta perspectiva, la salud tiene que ver con las acciones que les integrantes de una sociedad pueden realizar para transformar aquello que es fuente de malestar y que les permita crear las condiciones y recursos necesarios para afrontar de manera colectiva las vicisitudes que se les presenten. Si entendemos este binomio salud-enfermedad como un proceso, estamos frente a la idea de cambio, evoluciones y retrocesos constantes. Es decir, que la salud nunca es la misma, como tampoco lo es la sociedad, sino que es más bien un devenir sujeto a diversos factores como físicos, mentales, históricos y sociales.

Unos años más luego de los aportes de Floreal Ferrara anteriormente citados, Alicia Stolkiner (1988) contribuye al debate al decir en una de sus publicaciones que “la salud no puede medirse en forma de una categoría absoluta, objetiva e inmutable, sino que se trata más bien de una construcción y una reconstrucción” (p. 51).

Si concebimos la salud de una persona o grupo en términos de construcciones particulares y singulares, atravesadas y determinadas por múltiples factores, uno de los trayectos posibles para dar respuestas sustitutivas son las casas de medio camino. Este tipo de dispositivos pensado como un recurso ficcionario, tal como se mencionó en el primer apartado de este trabajo, montaría un ensayo de convivencia armado por fuera del hospital, soporte al proceso de deconstrucción simbólica de la institucionalización.

En relación a esta idea, una de nuestras entrevistadas nos comparte en su relato, la visión que tiene el equipo tratante de CMC al respecto:

(...) nosotros también nos preguntamos por esta gran ficción que es el dispositivo, porque los usuarios que habitan la Casa, no van a tener o no van a vivir en una casa similar o con los mismos servicios o las mismas condiciones en las que viven

acá. Pero sí pensamos que la posibilidad de hacer ese pasaje, ese tránsito, les permite a ellos subjetivamente armarse desde otro lugar, intentando al menos borrar o hacer algo con todas esas marcas que estos cuerpos traen. Que ellos lo digan, lo vivencien o lo enuncien realmente es algo que moviliza” (Quinta entrevista).

Otra de las profesionales entrevistadas se refiere a esto de la siguiente manera:

(...) armamos ficciones que son las ficciones de la cotidianeidad. Les decimos «ficciones» porque prestamos esos sentidos, ese ordenamiento, ese registro de ciertas cuestiones de lo social, de lo cultural, de lo relacional, armamos esas escenas para que alguien pueda volver a verse en ese espacio (Cuarta entrevista).

Nos resultó interesante rescatar la idea de ficción porque es un significante recurrente que traen nuestras entrevistadas en sus relatos, coinciden en enlazarlo con la idea de “armado”, de escenas cotidianas semejantes a las que podrían pensarse a futuro cuando les usuaries ya no habiten la CMC, pero también la posibilidad de permitirles armarse a sí mismos subjetivamente desde un lugar diferente del que tenían cuando llegaron. Una de ellas lo define también como un tránsito, un pasaje por hacer.

Por otro lado nuestras entrevistadas hablan de prestar sentido a eso que se juega en lo cotidiano, a ese ensayo de escenas tras escenas de lo que es vivir, un vivir distinto al del hospital. El equipo y el dispositivo prestan, brindan, donan ese ordenamiento, ese marco, la escenografía podríamos decir, para que les actores (protagonistas de su vivir) puedan apropiarse de esos espacios y los elementos que los componen. Que puedan además registrar algo del orden del otro, del semejante, del compañere de guión, no sólo dentro de los límites del dispositivo, sino también representándose fuera del mismo en otros espacios de la comunidad.

Lacan (1959-60), en su Seminario VII, nos habla de este asunto al plantear que la verdad en sí misma tiene estructura de ficción. Prestando especial atención al hecho de que el autor nos permite pensar no que la verdad es ficción, así como nos dice no que el inconsciente es un lenguaje, sino que está estructurado como un lenguaje. Muchas veces a lo largo de sus seminarios nos encontramos que las categorías centrales, si podemos llamarlas “verdades” que construimos en la elaboración teórica, no se definen por lo que son sino por el efecto que surge con la diferencia de otros elementos de la estructura. Esto pone de relieve la función del significante y nos recuerda que en definitiva, lo importante es el establecimiento de un orden simbólico matriz, donde toda verdad puede ser dicha a medias, a través del artefacto ficcional del lenguaje (Martínez, 2017).

Nos encontramos con esta construcción ficcional en los padeceres cotidianos. La mentira del síntoma nos lo dice, hay una verdad en vías de ser revelada que cobra valor de verdad en el tiempo del futuro anterior. Porque habrá-habido verdad gracias al despliegue ficcional del síntoma en el análisis, pero como apuesta ética del analizante fiel a dicha verdad revelada en su ficción, que le es propia.

Este fue uno de los grandes descubrimientos freudianos, la mentira originaria del síntoma neurótico. He aquí como el síntoma encubre pero, al mismo tiempo, hace presente la verdad del

encuentro con el goce en este desprendimiento de displacer inesperado. No algo verdadero en tanto se diferencie de lo falso, sino la verdad en tanto distinta de lo verdadero, podríamos decir un efecto de verdad que muda una posición subjetiva que se creía indiferente ante su malestar.

A partir del Seminario 7, Lacan (1959-60) también va a articular su noción de ficción con su lectura de la obra del utilitarista inglés Jeremy Bentham y sus concepciones de la ficción jurídica, referencia que retomará hasta el fin de su enseñanza en los Seminarios 20 y 24. Lacan reafirma con la filosofía benthamiana, la no reducción de la ficción a lo imaginario, su articulación al significante y su operación como real. Aquí se lee la perspectiva de un goce que puede ser cifrado, entrar en el significante, delimitando así un campo donde los “bienes” tienen lugar y se distribuyen (Iglesias, 2013). Destacamos un fragmento de los escritos de Bentham (1814-16) que dice:

Por entidades ficticias, se entiende aquí no sólo las fabulosas, es decir imaginarias como los dioses paganos, las hadas, sino aquellas como la cualidad, la propiedad, la relación, la obligación, el poder (...) La suposición de una realidad verbal a estas entidades ficticias es una suposición imprescindible (...) Ficticias como son, no se podría hablar de entidades de esa descripción si no se hablase de ellas como reales (Bentham, pp. 183-4).

Aquí vemos como en Bentham, entidades verbales, ficticias, equivalente a reales, operan como reales, que si bien no es un real lacaniano, se acerca. De ahí la famosa afirmación de Lacan (1959-60) que dice “En esa obra (...) ficticio (...) responde exactamente a lo que nosotros queremos decir, (...) que toda verdad tiene una estructura de ficción”.

La verdad como ficción en el hecho de discurso es por ejemplo el mito edípico. La ficción, en tanto simbólica, para Lacan tempranamente está agujereada por un real inasimilable, que el significante trata, bordea, limita. Destacando además, que la ficción como hecho verbal, es articulada a lo real como medio-decir de la verdad, medio-decir situado desde lo simbólico. La ficción incide en lo real y como real, es decir, es velo que mantiene la distancia entre el goce imposible y la Cosa. En este sentido, Freud nos da un modelo donde se encuentran ficción y pulsión, que es la fantasía (Iglesias, 2013).

Por su parte, Alfredo Eidelsztein (2011, p. 24) nos los dice claramente, que para Lacan se trata de una ficción que a merced de lo simbólico, vale por lo real. Es decir, verdad que como la fantasía, opera como real.

Avanzando en la obra lacaniana, en relación a la operatoria de la ficción, para el autor en el Seminario 11 (1964) el goce es fragmentado como efecto de la castración simbólica. Aquí el arte, por ejemplo, como ficcional, ya no es llamado a bordear lo real, sino a hacer posible el encuentro con lo real, con el efecto sujeto que esto implica. Lo real será entonces lo que atraviesa el cuadro que hace posible el encuentro, el despertar que despierta como real en la ficción. La ficción permite allí que pase lo que pulsa y perturba (Iglesias, 2013).

Por último, en su texto “Televisión”, Lacan (1973) articula la idea de ficción a la de familia, afirmando que el punto de partida es la no relación sexual, lo que no cesa de no escribirse como hecho de estructura, pero que es dicha encrucijada la que secreta las ficciones necesarias, también como hecho de estructura. Podríamos decir, un agujero que secreta ficciones, ubicando a la familia entre dichas ficciones.

Ahora bien, hecho este breve recorrido por la idea de ficción desde una concepción psicoanalítica, quisiéramos relacionarla con la noción de dispositivo con el fin de posteriormente articularlas entre sí.

En principio nos parece válido partir por la noción de dispositivo presentado en los inicios de esta investigación, para la cual nos servimos de los aportes de Deleuze (1990). El autor lo entiende como un entramado de elementos discursivos y extradiscursivos heterogéneos que establecen relaciones entre sí y a su vez establece la naturaleza del nexo que puede existir entre todos esos elementos, cuyo soporte son las prácticas y tienen como efecto la producción de sujetos que como tales quedan sujetados a determinados efectos de saber/poder. Deleuze repara en la definición de dispositivo que nos brinda el pensamiento de Foucault y dice lo siguiente:

Es una madeja, un conjunto multilineal. Se compone de líneas de diferente naturaleza. Y estas líneas (...) no delimitan ni acotan sistemas homogéneos en sí mismos -el objeto, el sujeto, el lenguaje-, sino que siguen direcciones y trazan procesos siempre desequilibrados que unas veces se reúnen y otras se alejan entre ellos. Cada línea está quebrada, sometida a variaciones de dirección, bifurcaciones y ramificaciones, a derivaciones. Los objetos visibles, los enunciados formidables, las fuerzas vigentes, los sujetos posicionados son como vectores o tensores. Así, las tres grandes instancias que Foucault distinguirá sucesivamente: Saber, Poder y Subjetividad, no alcanzan de ningún modo un perfil definitivo, sino que son cadenas variables que rivalizan entre sí (Deleuze, 1990, p. 305).

Asimismo, el autor entiende a la línea de subjetivación tal como Foucault, como un proceso, una producción de subjetividad en un dispositivo que debe trazarse en la medida en que éste lo posibilite. En este sentido, la línea de subjetivación es como una línea de fuga que escapa a las precedentes, y la conformación del “sí mismo” no es un saber ni un poder, sino un proceso de individuación de grupos o de personas que se sustrae de las relaciones de fuerzas establecidas y los saberes constituidos.

Para ambos autores, de esta filosofía, se siguen dos consecuencias importantes. La primera de ellas: el rechazo de los universales, ya que “el universal” no explica nada. Todas las líneas carecen de coordenadas constantes e implican variación. Por su parte, el sujeto no es universal sino un proceso singular de subjetivación, inmanente a tal o cual dispositivo. Por lo tanto, cada dispositivo es una multiplicidad en la cual operan tales procesos en devenir, contribuyendo con la creación de ficciones posibles para tramar, transitar, edificar, sobre lo real.

La segunda consecuencia: la posibilidad de cambios en la orientación, es decir, aquello que se desvía de lo “eterno” para aprehender lo nuevo. “Lo nuevo” entendido como la creatividad variable de

acuerdo con la naturaleza de los dispositivos. Para estos autores, todo dispositivo se define de acuerdo con su contenido de novedad y de creatividad, que señala al mismo tiempo su capacidad para transformarse. En este sentido, Deleuze va a expresar lo siguiente:

En la medida en que escapan a las dimensiones de saber y de poder, las líneas de subjetivación parecen particularmente aptas para trazar las vías de la creación, que no dejan de abortarse pero también de renacer, de modificarse, hasta la ruptura con el antiguo dispositivo (Deleuze, 1990, p. 159).

La producción de subjetividad entonces, dependerá de las posibilidades que un dispositivo le permita a quienes lo conforman. Como línea que escapa a lo establecido, apuesta a lo novedoso y a lo singular, proyectándose hacia un poder ficcionar con otros.

Por su parte los autores Lewkowicz y Corea (1999) afirman que los dispositivos de subjetivación visibles en las prácticas instituidas, si bien determinan al sujeto, permiten la anidación de subjetivaciones instituyentes. Esta operación será nominada por ellos como “efecto sujeto”.

En esta línea, la subjetividad se compone situacionalmente, es decir, no se apoya en una esencia establecida a priori sino que se transforma de acuerdo a los movimientos de cada momento histórico que engendrará sus modos específicos y singulares de producción. Por lo tanto, se concibe a la subjetividad como un proceso de composición permanente e inacabado, una producción vinculada a la noción de devenir, así como un acercamiento a sus productos como los efectos de una multiplicidad de procesos de subjetivación siempre en curso. Asimismo, los autores señalan que la subjetividad no debe ser asimilada con la individualidad, sino que, las producciones de subjetividad involucran tanto a sujetos individuales como a diferentes conformaciones grupales. Todos estos procesos de subjetivación pueden darse simultáneamente, explicando así el carácter heterogéneo y diverso de las subjetividades.

Un dispositivo de subjetivación, en tanto visible en las prácticas instituidas, nos permite pasar del pensamiento de la práctica a una práctica del pensamiento. El pensamiento entendido no como algo teórico o mental, sino como la experiencia misma que se inaugura con el encuentro entre un campo de intervención o problema y el deseo de transformarlo. Nuestra cuarta profesional entrevistada, pensando en el sentido de su práctica, nos dice al respecto:

(...) creo que sí hay efectos de armado de algunos esbozos de vida, de proyecciones, de intenciones, de deseos, de proyectos, y muchas veces es poder estar, estar, estar sin otro gollete que estar ahí, que no es el hospital, porque no se está en el hospital, en el hospital no estás. Está otro de vos, una versión desmejorada, lo bueno y lo malo digo, porque acá también pasa (Cuarta entrevistada).

Asimismo, otra de las profesionales entrevistadas nos relata lo siguiente:

(...) el proyecto del dispositivo de CMC es un proyecto que han militado y deseado muchísimos trabajadores del hospital y bueno, hace muy poco que esto se pudo sostener (Quinta entrevista).

Podemos pensar aquí que este deseo de transformación, un deseo de devenir-otres, los implica también a los profesionales que conforman el equipo y no sólo a los usuarios. Los profesionales tratantes forman parte del dispositivo y habitan también la situación en la que intervienen.

Así pues, a partir de la indagación de los conceptos freudianos y lacanianos de ficción y foucaultianos y deleuzeanos de dispositivo respectivamente, cabe preguntarnos cómo podemos articular estos pensamientos para alcanzar una síntesis que defina al dispositivo CMC como una ficción productora de efectos en la subjetividad de quienes lo conforman.

Podemos concluir al respecto que, un dispositivo es un artificio ficcional destinado a la producción de efectos sobre lo real. Ahora bien ¿cómo es posible que una ficción produzca efectos sobre lo real? Esta pregunta puede parecer gigantesca, de la cual podría decirse que es precisamente la que comandó gran parte de los trayectos de Freud y de Lacan. Lacan (1960) la formuló en estos términos: un dispositivo es un artificio destinado a intervenir sobre lo real por medio de lo simbólico.

Se trata de una intervención sobre lo real, pues la ficción funciona como un objeto en el que cierta porción de goce encontraría alojamiento, posibilitándose su extracción del cuerpo. La estructura propia de lo ficcional, en tanto herramienta, material y objeto constituye un soporte.

En un sentido más amplio, podríamos decir que un dispositivo constituye un artificio, un mecanismo dispuesto para la producción de determinado efecto, destinado y preparado para ello. Como todo mecanismo, el efecto esperado es cierto movimiento; como todo artificio, funda su eficacia en una ficción.

La noción de maquinaria destinada a producir efectos es común a todo dispositivo. Por su parte, el dispositivo de CMC, introduce una dimensión que le es específica.

El dispositivo CMC recibe al usuario desde una lógica cuya implementación instala ciertas condiciones a las que el usuario, si desea ingresar, deberá adherir. La dimensión contractual, aquí bien explicitada, aparece por tanto de una manera más nítida en este dispositivo que en el de internación en el hospital, y los términos de la ficción allí sabidos, se impregnan aquí de la connotación propia de un contrato que conlleva la asunción de una responsabilidad distinta por parte del usuario y que si bien concierne a su inclusión en un dispositivo público como institución financiada y regulada por el Estado, se celebra que la práctica contractual asume en el ámbito jurídico de lo privado.

Por otro lado, el dispositivo CMC está diseñado para aportar ficciones que resulten propiciatorias de cierto vínculo con el otro, herramientas ficcionales puestas a disposición de lo que los usuarios puedan hacer con ellas en un ámbito grupal. El grupo es también una ficción, aún más evidentemente en el caso de estructuraciones como las psicosis.

La ficción grupal además recorta un tiempo y un espacio de trabajo común, un adentro y un afuera, un antes y un después. En efecto, tanto el dispositivo de internación del hospital como el de CMC sustentan su lógica en función de la entrada y la salida, en función de la alternancia entre ámbitos

individuales y ámbitos grupales, entre ficciones singulares y ficciones que se proponen como compartidas, entre la institución y la comunidad. Por otro lado, la puesta en circulación dentro del grupo, aporta la ficción de un reconocimiento social del sujeto productor, ya sea de algo completamente nuevo o de algo que se inscribe en cierta serie.

En el relato de nuestra quinta entrevistada, podemos apreciar claramente esta alternancia entre lo individual y lo grupal al momento del armado de ciertas ficciones en un dispositivo como el de CMC:

(...) la clínica puede ser desde tener un espacio de escucha más individual, que yo no soy la psicóloga de los usuarios de la Casa sino que nuestras intervenciones son en relación a la grupalidad pero digo cada uno desde su profesión arma ciertas ficciones cada día, entonces más allá de que yo pueda tener un espacio de escucha en algún momento que voy, también la clínica es hacer estas cosas (...) y si todo eso es lo que a ellos les permite posicionarse desde otro lugar, (...) es un poco lo que a nosotros nos motoriza siempre (Quinta entrevista).

(...) ante determinadas situaciones, por supuesto que es algo que en el caso de que sea necesario se ficciona ahí un espacio más individual, nos hemos ido al patio, (...) pero es difícil poder intervenir individualmente porque nosotros podemos estar ahí como acompañando algo que un usuario puede estar vivenciando con un monto de angustia y aparece alguien ahí al que se le acabó el jabón en polvo para lavar la ropa, interrumpiendo un poco esa privacidad o ese momento para poder laburar estas cuestiones (Quinta entrevista).

Así como lo grupal constituye una ficción particularmente contraria a la orientación que instala el trabajo de la psicosis, lo privado se presenta a su vez como una ficción aún más compleja de construir, tratándose de sujetos que padecen justamente de una total apertura a nivel del cuerpo, cuyos límites y unidad no están del todo garantizados, y a nivel del pensamiento, cuya exposición a la iniciativa invasiva del Otro, reducido a una dimensión imaginaria, justificó en cierto momento la famosísima expresión de “inconsciente a cielo abierto”.

Este carácter de ficción en cierto modo a contrapelo del curso propio de las situaciones de padecimiento mental severo, su estatuto, por tanto doblemente artificioso, requiere un trabajo de constante oposición respecto de la acción de cierta fuerza contraria que reconocemos en la tendencia general de las psicosis a la marginación y a la cronificación. En este sentido, la historia de las prácticas psiquiátricas que brevemente hemos reconstruido, desde la segregación asilar hasta la reinserción del tratamiento en el seno de lo comunitario, parecería ilustrar la orientación de dicho esfuerzo.

En los albores de nuestro trabajo, hicimos referencia a los aportes de Bleichmar (2005) en relación a esta problemática. La autora sostiene que la marginalización produce modos de desubjetivación que desestabilizan la organización psíquica del sujeto y que es el Estado quién debe velar por los derechos

de todas las personas y garantizar formas de recomposición de nuevas subjetividades y de integración a los sistemas sociales.

Bleichmar apunta a que el mayor problema en la actualidad se centra en la carencia de lazos solidarios y de reconocimiento entre semejantes. Esta falta es mutua y forma parte de la ruptura del pacto de convivencia entre las diversas subjetividades, del reconocimiento de humanidad en el otro y del establecimiento de relaciones de reciprocidad.

Estas formas de desubjetivación actuales son silenciosamente violentas y se expresan sobre todo en la marginación y la indiferencia. La escasa sensibilidad ante el sufrimiento del otro y la falta de registro de sus necesidades producen un arrasamiento de lo subjetivo provocando un efecto de inexistencia. Esto resulta claramente visible en las prácticas que hemos descrito bajo la lógica manicomial, pero también lo está fuera del hospital, en la comunidad.

Una de nuestras entrevistadas se expresa en relación a esto, cuando hace mención de los efectos desubjetivantes que se producen a raíz del avasallamiento de las cotidianidades de los usuarios por parte de las instituciones totalizantes y de la mirada social respecto de la locura. Y dice lo siguiente:

Hay una cuestión del reconocimiento de la cotidianidad que no está, incluso también cuando relatan que salen a la calle y la gente los mira, que se nota que ellos son locos, se identifican como locos ante el otro, me parece que hay un montón de efectos que hacen a la institución totalizante que se ven en esa cotidianidad, en ese día a día, en esto de no poder identificar la mugre, cuándo bañarse, por ahí de noche no comían solo porque nadie quería cocinar, entonces son como rituales de las instituciones totales que quedan en el cuerpo (...) Me parece que esto es un efecto desubjetivador de la institución total, en donde pasan mucho tiempo haciendo (...) nada, mirando la pared. Creo que cuesta y ha sido un laburo de empezar a prestar esos deseos para pensar actividades y proyectos de vida, que ni siquiera se preguntaban eso, qué quiero o hacia dónde (Segunda entrevista).

Podemos apreciar de manera concreta en el fragmento anterior la incidencia de la estigmatización y el etiquetamiento de lo diferente, de lo que no encaja en la normativa social, en la vida de estos sujetos. La entrevistada sigue expresándose en relación a esta identificación a la locura por parte de los usuarios mismos y de su rechazo como factor desubjetivante, expresando lo siguiente:

(...) los usuarios en relación a la salud mental, muchos hablan del rechazo a su propia locura, como que todavía hay mucha agua que transitar y construcciones que hacer para poder descrystalizar ese “ser loco” que aparece en un lugar de discriminación y no de empoderamiento (Segunda entrevista).

(...) les usuaries salen a hacer un trámite y dicen “no porque ellos saben que yo soy loca”, entonces le digo “pero no tenes en la frente un papel que diga que viviste en el HESM”. La percepción del sí mismo como que la comunidad los percibe como locos, y en ese sentido hay un montón de cosas que no se van a dar socialmente, creo que trabajar acerca de poder deconstruir también ese mural que ha generado la institución, esa piedra que cargan les usuaries de identificarse desde el lado de la locura y de la imposibilidad del lazo con el otro es súper heavy y tiene que ver con esta cronificación que hablábamos de las instituciones totales en donde primero hay que sacarse un poco también esas sentencias que han quedado marcadas en el cuerpo en donde pareciera que el relacionarse con cualquier ser humano es relacionarse desde posicionarse “soy víctima o soy loco” (Segunda entrevista).

Resulta interesante cómo se juega aquí la cuestión más ontológica del sí mismo, de la identidad, a partir de la mirada del otro. Esto es algo que el psicoanálisis nos enseña y que en lo atinente a nuestra investigación, desarrollaremos con más detalle en el próximo acápite.

Nos interesa destacar, finalmente, la idea de construcción-deconstrucción que menciona la entrevistada en relación a este “ser loco”, en la misma línea que Silvia Bleichmar. Ese pareciera ser el horizonte de trabajo, para descristalizar a quienes han transitado el manicomio, de la locura como rótulo principal que lo define en todo su ser. La misma entrevistada continúa diciendo lo siguiente:

Hay que laburar un montón como comunidad ese tipo de cosas, recuerdo incluso una frase de mi acompañada que estaba yendo a una verdulería que le quedaba a tres cuadras de la Casa, habiendo una en la esquina. Entonces le pregunto por qué iba a la que les quedaba más lejos y me responde “porque en la que está a tres cuadras me tratan bien”, entonces ahí también se juega con quiénes y cómo vinculo en relación a lo que me devuelve el otro, que van tejiendo sus cotidianidades pero que también socialmente es una caída que estemos a 2021 teniendo que dar estas discusiones de exclusión de lo diferente. Por eso falta y cuesta un montón que les usuaries habiten la ciudad por lo que le devuelve la ciudad en sí misma y porque socialmente hay mucho rechazo hoy, y no porque no puedan por falta de autonomía (Segunda entrevista).

Las consecuencias de estos modos actuales de violencia se manifiestan en nuestras relaciones interpersonales, en los sistemas de dominación social y en las instituciones por las que transitamos cotidianamente. Por eso para Bleichmar (2014), la violencia debe ser considerada nuclear en los procesos de subjetivación y va a proponer al amor y al respeto por el otro como medio para construir una ética distinta: la de la constitución de sujetos éticos. Bleichmar (2014) va a proponer como respuesta la construcción de legalidades, haciendo hincapié en nuestra tarea como profesionales de la salud mental de construir sujetos capaces de definir por sí mismos los límites a la violencia, siendo

capaces además de articular su individualidad con les demás. En este sentido, la CMC como dispositivo clínico comunitario que apuesta a la materialización de un andamiaje sustitutivo a la lógica manicomial, encuentra su sustento.

Invitaremos a problematizar las modalidades y dinámicas que articularon las individualidades de les usuaries, el dispositivo y el lugar que tienen frente al Otro, en nuestro siguiente apartado.

Capítulo tercero:

El otro como lo idéntico, el otro como alteridad y la posibilidad de la intersubjetividad como efecto de la alteridad.

*Lo otro no existe: tal es la fe racional,
la incurable creencia de la razón humana.
Identidad = realidad, como si, a fin de cuentas,
todo hubiera de ser, absoluta y necesariamente, uno y lo mismo.
Pero lo otro no se deja eliminar, subsiste, persiste;
es el hueso duro de roer en que la razón se deja los dientes.*

Antonio Machado (1875-1939)

La función de lo grupal en la conquista por la subjetivación.

En el apartado anterior, analizamos la alternancia entre ámbitos individuales y ámbitos grupales que conforman al dispositivo de CMC. Si bien las intervenciones del equipo interviniente son en relación a lo grupal, en la clínica de lo cotidiano se presentan situaciones en las que amerita generar un espacio de escucha más individual.

Sin embargo, una de las acompañantes terapéuticas entrevistadas, profesionales del equipo que aborda la situación particular de un usuaria, refería a la dificultad que se le presentaba en relación a lo grupal-individual en un primer tiempo de trabajo en el dispositivo. Decíamos anteriormente que en los acompañamientos, tuvieron que replantearse las estrategias que se habían pensado desde lo individual, por el notable aplanamiento subjetivo de les usuarias que ingresaban a la Casa, y apostar por lo grupal:

Fue en ese primer encuentro más grupal y después fuimos tejiendo algo más individual, pasa también que con la característica que tienen les usuarias que han estado tanto tiempo cronificados, lo que sucede es eso digamos, que el uno a uno se vuelve por ahí muy insoportable para generar vínculo y que es por otros lados en donde lo grupal justamente viene muy bien para generar estos vínculos transferenciales y después sí poder laburar más en el uno a uno (Segunda entrevista).

Podemos apreciar entonces, por un lado, la función de sostén que puede aportar el grupo, cuando algo desde lo individual se torna inviable. Por otro lado, la dinámica que se produce entre ambos ámbitos y la dificultad que puede presentarse si se los considera a priori por separado. Los dos campos, tanto el individual como el grupal, son dos espacios con sus propios elementos característicos

que se superponen entre sí. Si bien cada sujeto tiene sus propios avatares y procesos, también es cierto que éste forma parte de un grupo y que como tal ello conlleva también una retroalimentación para con los otros. Por lo tanto, hay momentos en los que en el dispositivo se piensan las intervenciones clínicas según el caso, sobre todo en los acompañamientos terapéuticos por la particularidad de su función, y en otros, más desde lo grupal. En un fragmento de la tercera entrevista se hace mención a lo que podemos pensar como una función de grupal en lo individual de cada caso, y dice lo siguiente:

En esta grupalidad acontece o hay cruces de identificaciones, de malestares que se actualizan, que se comparten, pero nuestra apuesta siempre ha sido de acompañar y que ellos puedan armar o encontrarse con otros “otros” para compartir su cotidianeidad desde el otro lugar que están habitando en este momento (Tercera entrevista).

Dos cuestiones más a señalar de este segmento: primero, la posibilidad de poder salir de esa posición solitaria a la que el sujeto está habituado a habitar. Segundo, la posibilidad de encontrarse con otros, y quizás a sí mismo a partir de esos otros, compartiendo cuestiones que les son comunes. En relación a ello, nos introduciremos en el concepto de “semejanza” para abordar la cuestión del otro en la clínica de las psicosis, sirviéndonos de otros aportes de Gustavo Rossi (2007). En principio, el autor nos dice: “una relación de semejanza, como condición inicial, va a sentar una base para ir estableciendo un vínculo. La calidad de ser semejante es algo que liga al sujeto humano” (p. 110). Y va a agregar, que la presencia de alguien que comparte con nosotros el padecimiento, aminora el sufrimiento.

Podemos pensar que en las psicosis, donde el uno a uno se vuelve por momentos insostenible para generar un vínculo, como lo decía una de nuestras entrevistadas, la cuestión de la semejanza puede pensarse como un modo de sostén imaginario, una ficción imaginaria podríamos decir, creando condiciones de estabilidad para la suplencia de lo forluido. Rossi va a definir al semejante como: “aquel cuya imagen guarda determinada simetría; donde aparece un plano de cierta «igualdad», tanto como de una cierta «identidad» un plano en el que se establecen puntos de comparación (...)” (p. 111).

Entonces, la cuestión de la semejanza es un indicio intrínseco a la identidad. Tanto la semejanza como la distancia especular se dan al mismo tiempo que la identidad primaria, reconocimiento y desconocimiento, base para la alteridad y la mismidad. La problemática del semejante, planteada en el eje imaginario, está ligada al narcisismo. Esto puede enfrentarnos a un problema en las psicosis, donde los distintos efectos de la identificación narcisista (celos, rivalidad, agresividad), pueden dejar al psicótico en una encerrona de dualismo especular. Cuando esto ocurre, la referencia a una terceridad como puede ser el equipo de CMC en este caso, puede ser una salida. Por eso es que consideramos que la función del equipo interviniente en este tipo de dispositivos es sustancial. La referencia a un tercero puede regular y apaciguar esta tensión dual imaginaria, a la vez que ratifica simbólicamente el encuadre. La cuestión de la regulación y que haya una “entidad” a quien acudir ante el conflicto nos

parece importante. En este caso, el equipo o las coordinadoras del mismo, cumplen muchas veces esa función reguladora de la proximidad entre los usuarios, interviniendo para ajustar y negociar las distancias necesarias para todo vínculo saludable con el otro. Por otra parte, sus intervenciones deben ubicarse en el contexto de una estrategia que tendrá una doble incidencia: por un lado en el tratamiento y por otro, en las posibilidades de sostener la vida cotidiana.

Rossi dice que cada profesional interviniente, “con su palabra, con su participación en una escena cotidiana, se presenta como otro que llega desde el exterior, que debe trabajar a partir de su lugar de «extraño», para convertirse en alguien «no anónimo», significativo para el sujeto” (p. 116). Generar este vínculo que sale del anonimato permite la producción de singularidad, para comenzar a tramitar el malestar cuando se torna insoportable o hacer frente al aislamiento. Entonces, la figura de los profesionales oscila entre lo más íntimo y lo externo, haciendo hasta de enlace entre ambos, sosteniendo y representando algo del interior en lo exterior y viceversa. La ubicación aquí de los terapeutas nos lleva a la interrelación entre lo más íntimo o privado de la vida del sujeto y lo público. Entre el adentro y el afuera, entre la vida en el grupo y la vida en la comunidad, que son dos espacios distintos. En relación a esto, nuestra segunda entrevistada del equipo, señala que hubo dos tiempos distintos en relación a conformación de los lazos en la CMC: “(...) uno fue el de crear grupalidad dentro del dispositivo y después fue el de generar lazos en la comunidad” (Segunda entrevista). Esta red con otros que va a ir tejiendo cada usuario, nos parece fundamental para el desarrollo y la producción de una subjetividad distinta a la construida durante su estadía en el hospital. Considerar qué lugar tiene esa red para cada uno, significa hacer de puente hacia los lazos comunitarios, acompañar las redes que el sujeto pueda ir hilvanando en su medio social y en la particularidad de sus lazos con sus semejantes. Rossi, va a pensar esta noción de red como un “dispositivo que recorre un circuito institucional y extrainstitucional, que implica diversas instancias y sectores. Donde resulta fundamental (...) el trabajo sobre la dimensión singular del caso, pensando en la producción de un sujeto” (p. 211). A este respecto, los profesionales del equipo de CMC manifestaron en su escrito para la RISaM (2019) al que hemos hecho referencia anteriormente, lo siguiente:

El entre que supone lo intermedio no es solo entre la internación y la externación, sino que es un entre que supone el registro subjetivo de lo interno/externo, de lo público y lo privado, de lo grupal y lo singular, y con ello se juegan el tiempo, el espacio, la historización, el cuerpo, como también la posibilidad de vincularse con los otros (Ábaca et al., 2019, p. 74).

Esta cuestión del “adentro” y del “afuera”, desde Lacan podemos articularla a la noción de “extimidad”, como algo ni totalmente externo ni totalmente interno, y a la vez en ambos espacios. Enriqueceremos esta noción con los aportes de Winnicott.

Recordemos que para Winnicott (1951) los fenómenos transicionales operan a lo largo de toda la vida del sujeto, no sólo en el infans, y que constituyen la condición de posibilidad para la configuración del campo de experiencias de cada uno.

Winnicott critica, de la mayoría de los psicoanalistas que trabajaban con niños hasta el momento, la concentración en el estudio de la naturaleza humana en términos de las relaciones interpersonales o como efecto de la realidad interior en detrimento de determinada zona de la experiencia individual. El autor va más allá y propone la existencia de una tercera área: una zona de transición entre el Yo y el no-Yo; entre la realidad psíquica que es personal e interior y la realidad exterior que es compartida; entre la creatividad primaria y la percepción objetiva basada en la prueba de realidad. Esta transicionalidad se caracteriza entonces, por ser algo que es interno y externo, y que a la vez no es propiamente ni interno ni externo.

El campo de experiencias funcionales del que hablábamos más arriba, va acompañado de la formación de pensamientos o fantasías, y de todo ello puede surgir algún fenómeno que llega a adquirir una importancia vital. Por ejemplo, en un bebé, una mantita, una palabra, una melodía o una modalidad al momento de disponerse a dormir, le es una defensa contra la ansiedad. Entonces, puede que el niño haya encontrado algún objeto blando o suave y lo utilice para tal fin, y lo entonces convierta en lo que Winnicott llamó “objeto transicional”. Pero lo que este autor estudia no es el trozo de tela o el peluche del bebé en sí, sino su uso, y con este movimiento vira el centro de atención del objeto usado hacia el uso del objeto y hacia la paradoja que implica. ¿Cuál es la paradoja? que si la adaptación de la madre al bebé es lo suficientemente buena, se produce en el niño una ilusión, la de que existe una realidad exterior que corresponde a su propia capacidad de crear. Winnicott dice del niño: "Nunca le preguntaremos: ¿concebiste tú esto o te fue presentado desde fuera?" (1951, p. 321), y más adelante agrega: "Mi contribución consiste en pedir que la paradoja sea aceptada, tolerada y respetada, y que no se la resuelva" (1971, p. 14).

Si tenemos en cuenta que los juegos con ositos, muñecas, etc., son antecesores de la relación de la persona con sus semejantes, el objeto y los fenómenos transicionales contribuyen al comienzo de un vínculo entre el niño y sus prójimos. En este sentido, el compartir un grupo de personas una misma zona transicional o intermedia, favorece el agrupamiento entre las mismas. Jugar implica inventar, imaginar, ensayar, poner el cuerpo en acción y afectarse por lo que en ello ocurre. Es en este sentido que Winnicott (1971) planteó que el juego constituye una de las expresiones más fuertes del sí mismo y que lo que hace que el sujeto sienta que la vida vale la pena de ser vivida es la “apercepción creadora”, siendo su ausencia la generadora de conformidad a la realidad exterior, lo que implica renunciar a la curiosidad, la investigación y la creación.

Winnicott (1971) destaca en su teoría la propia actividad del niño en su formación, pero también nos habla de cómo la madre lo forma activamente. Ella es quien le brinda el campo de la ilusión en el cual se dan los objetos y fenómenos transicionales, siendo éstos, las primeras etapas en el uso de la ilusión por parte del pequeño. Ese campo de ilusión que le brinda la madre consiste en que su pecho es parte del niño, ella coloca el pecho en el lugar y en el momento oportuno en que el bebé está listo para crear. En términos freudianos, allí donde alucina el pecho de su madre (principio del placer), la madre le ofrece su pecho, produciendo en el pequeño la ilusión de que existe una realidad exterior que él ha podido crear. Winnicott señala que esa zona intermedia de ilusión es necesaria para el inicio de una

relación entre el niño y el mundo. Si no se forma esa primera ilusión, no podrá llevarse adelante la tarea posterior de la madre que es la de desilusionar al niño simultáneamente para que éste vaya contando con elementos para soportar que la madre no se adapte a la totalidad de sus necesidades, tolerando así cierto grado de frustración. Para Winnicott, aquí está el comienzo de la actividad mental del niño.

Ahora bien, cuando un grupo es pensado como un espacio transicional, éste se presenta como un lugar de despliegue de fenómenos transicionales, en el que la ilusión grupal y la constitución de una zona de confianza permiten, una vez constituidas, sentar la base de procesos creativos y productivos del grupo que son terapéuticos por sí mismos. Aquí lo transicional se pone de manifiesto en varios registros: por un lado, en el encuadre y la función contenedora del grupo, por otro, el grupo trata de establecer un área intermedia de experiencia para la transformación de los vínculos institución-familia-comunidad. En este sentido, el grupo constituye un recorte espacio-temporal que le pertenece a sus integrantes.

El psicoanalista francés Didier Anzieu (1981) realizó una serie de aportes al pensamiento de Winnicott, en relación a lo transicional en lo grupal. Por un lado, desarrolló la idea de una ilusión grupal que permite la constitución del grupo como objeto transicional común a todos los participantes. Desde esta perspectiva, el grupo es para cada uno, a la vez realidad externa y simulacro de pecho³. Por otro lado, dirá que junto a la ilusión individual y a las producciones culturales que alimenta y de las que se nutre, existe “una ilusión grupal, regresión protectora y transición hacia la realidad inconsciente interna o hacia la realidad social externa” (p. 105).

El grupo entonces, es un espacio intermedio, una zona en la que el sujeto puede sentirse al resguardo y que se puede usar para ensayar escenas temidas, sin el riesgo de destruir al grupo ni a ser destruido él mismo, para luego poder confrontarse a la realidad externa o al inconsciente. Si bien la ilusión grupal es una fase inevitable para este autor, en la constitución de un grupo es esperable que se salga de la misma, pasando por momentos de desilusión que conllevan la aceptación progresiva de la realidad y hasta cierto punto, dado que ningún ser humano se encuentra libre de la tensión vincular entre la realidad interna y la realidad externa. Por lo tanto, lo transicional es un lugar de simbolización, también una instancia de articulación de diferencias y de oposición entre elementos antagónicos.

³ Esto se refiere a que en el momento de la ilusión los participantes de un grupo regresan a una etapa intermedia entre la pura fusión fantasmática con el pecho y el reconocimiento de la realidad compartida.

Por su parte, el psicoanalista especializado en el trabajo con grupos, René Kaes (1979), va a decir que la pertenencia a un grupo puede servir de puente, de espacio de articulación entre lo viejo conocido, que otorga cierta seguridad y comodidad, y lo nuevo aún por constituirse; entre la pérdida de los antiguos lazos sociales y la adquisición de nuevos lazos o de nuevas formas de vincularse con los ya construidos. Para este autor, lo transicional se trata de la creación-disposición de un espacio potencial en el cual se presentan, se articulan y se reconocen las estructuras psicosociales en diferentes niveles lógicos, con el fin de permitir el trabajo de elaboración de una ruptura entre dos estados. El grupo le permite tolerar a cada integrante, la experiencia de ruptura con “lo anterior” y la apertura a nuevas experiencias, entre ellas la creación de nuevos lazos capaces de albergarlos en sus nuevas identidades.

En relación a la promoción de los lazos sociales entre los habitantes de la CMC, que como decíamos anteriormente fue prioridad en un primer tiempo ante el lazo social con lo comunitario, una de nuestras entrevistadas nos dice:

Las intervenciones que aportan al lazo son estas: pensar la grupalidad, poder pensarla hablándose, diciéndose, haciendo cosas con otros, compartiendo con otros. Todas las escenas que armamos que tienen que ver con celebraciones, festejos, momentos tristes de alguien que compartimos grupalmente, propiciar la inclusión a espacios grupales que tengan que ver con actividades que les gustan, laborales, las salidas, intervenciones con algunos vecinos porque hicieron cagada y bueno, ir a dar la cara, disculparse, que esto que parece así como puntual es todo un laburo que lleva a que algo de eso arribe, para pensar cómo se produce el lazo.

La posibilidad de enunciarse también, de poder decirse, de poder historizar sus pasajes, sus momentos, sus historias. En la cotidianeidad eso todo el tiempo aparece, en la actividad todo el tiempo aparece, la conexión con otro momento, con la propia historia, con los sucesos de su descompensación, de sus comidas de chico, de sus paseos, y en ese sentido muchas veces el afuera, la ciudad, también es el laburo con el lazo (Cuarta entrevista).

Aquí también podemos ubicar la función protectora y de contención que cumple el grupo, a la que hacíamos mención anteriormente, que tienen que ver con el registro del otro. Por otro lado, otra de las profesionales entrevistadas nos advierte en relación a los lazos que:

No es que fomentamos el lazo, sino el respeto por el otro, respetar que hay un otro. Tienen que entender que hay normas que hay que respetar, hay cosas que no se pueden hacer (...) No importa si sos loco o no sos loco, hay que hacerlas. Lamentablemente vivimos en una cultura que tiene sus normas (Primera entrevista).

Lo que se produce en cada grupo está determinado entonces por lo social/institucional y lo individual y, a la vez, no está definitivamente determinado ni por lo primero ni por lo segundo. Es en este hueco donde se hace posible la creación de un fenómeno inédito y singular que podrá, eventualmente, ser terapéutico para cada sujeto. En momentos de crisis subjetivas, lo grupal no sólo se nos presenta como el espacio facilitador de la capacidad de crear, que tiene en sí misma un efecto terapéutico, sino que lo grupal se nos presenta como un modo privilegiado de abordaje para instalar un espacio potencial de articulación, recepción, elaboración y reparación de los profundos desapuntalamientos sufridos por los sujetos.

Hay elementos que podemos precisar, en los relatos de nuestras entrevistas del equipo de CMC, para ejemplificar fenómenos transicionales puntuales. Tal es el caso de lo que mencionábamos en el apartado anterior en relación al uso del reloj. Y aquí utilizo la palabra “uso” no inocentemente, sino recordando lo que desarrollábamos con Winnicott cuando hacía hincapié en la utilidad y la función del objeto y no el objeto en sí. Hay una escena, la del reloj, descrita por tres de nuestras cinco entrevistadas. Parafrasearemos a uno de aquellos fragmentos, anteriormente citado, y transcribiremos de manera literal los dos restantes.

Nuestra primera entrevistada nos comentaba que les usuaries de CMC, al mirar el reloj, no entendían la hora ni cómo administrar su tiempo; mientras que sus compañeras entrevistadas dijeron lo siguiente:

Hay una escena que es como muy gráfica en donde ellos se sientan alrededor de la mesa con el reloj que habían bajado de la pared a mirar el reloj, esperando que el tiempo pase para que alguno de nosotros llegara o para que se tuvieran que ir a dormir. Lo cuento así como un relato pero es algo realmente muy fuerte, muy fuerte. Han sido cuestiones que con el tiempo algunas de ellas se fueron moviendo e inscribiendo, algo más vital, más propio, privado, pero ha costado muchísimo, muchísimo, por haber estado atravesado por una internación en el monovalente y también podemos pensar por condiciones de vida más estructurales que ellos han tenido (Quinta entrevista).

(...) les preguntamos ¿qué pasó con ese reloj, qué hace acá?” y nos dijeron “es para marcar el tiempo (Tercera entrevista).

Aquí podemos apreciar la cuestión, no solo del objeto reloj y su uso como elemento transicional, sino también esa función de enlace y de puente entre lo viejo y lo nuevo (el manejo del tiempo en el hospital donde como ya mencionábamos las rutinas están estandarizadas de manera homogénea para todes vs. el tiempo propio que les pertenece del que tuvieron que comenzar a apropiarse en la Casa). También la cuestión del adentro y del afuera, porque esa transición se juega en relación a los espacios también: ¿Con qué llenar ese tiempo? ¿Con quiénes los construyo? ¿Qué lugares habito? La creación de nuevos espacios forma parte de un proceso actual de subjetivación en les usuaries, un momento distinto en donde pueden ampliar lo conocido, habitándolo desde otro lugar, enriqueciendo su lugar.

Una de nuestras entrevistadas menciona el hecho de que, que dos usuaries de CMC hayan tenido internaciones bastante menos prolongadas que el resto, fue un factor facilitador a la hora de poder finalizar el pasaje por el dispositivo y poder habitar otro espacio luego “del tiempo de CMC”. La misma lo relata de la siguiente manera:

Los dos usuarios que lograron externarse no habían tenido internaciones tan prolongadas, eso también ha sido un factor que a ellos mismos los han movilizado en otro sentido y desde otro lugar para apostar a otro habitar para ellos, a otro espacio (Quinta entrevista).

Otra de las entrevistadas refiere el hecho de que antes de que ocurra la pandemia del Covid-19, nunca se les había ocurrido a les usuaries de CMC asistir a espacios culturales como el cine. Esto también habla de su integración en la comunidad, de ir conquistando espacios antes impensados para ellos y derechos que les incumben. La misma lo dice de la siguiente manera:

Antes de la pandemia nunca habían ido al Ciclo de Cine Independiente, que estés cerca, te enteres y vayas tiene que ver con materializar los derechos, a la cultura, a la educación, a espacios de formación laboral o de formación para adultos, a espacios de capacitación en oficios (Cuarta entrevista).

Asimismo, nos resultó muy interesante que en más de una ocasión, las entrevistadas mencionaron el escrito de un poema por parte de les usuaries de CMC, al cumplirse un año de la apertura de la misma. Allí les profesionales de CMC se sorprendían del registro que algunos usuaries tenían de los nuevos sentidos construidos para sus vidas desde su estadía en la Casa y el contraste con lo vivido en el periodo de internación en el hospital. Una de las entrevistas recordaba uno de sus pasajes y nos decía al respecto:

El poema decía algo así como “nosotros podemos entrar y salir, hacer lo que queremos, no hay persona encadenada a la cama, la policía no entra a cualquier hora”. Realmente poder visualizar los efectos que para estas vidas ha tenido la posibilidad de poder habitar este espacio, ha sido algo que para mí como trabajadora de la salud es realmente maravilloso, y que ellos lo puedan visualizar de esa manera es algo que conmueve la verdad (Quinta entrevista).

Por otro lado, apropiarse de la “noción de tiempo” es apropiarse de la vida, de su vida y de cómo elegir vivirla. Como lo relata nuestra primera entrevistada, al mencionar que el dispositivo de CMC posibilita la construcción de una cotidianeidad sustitutiva a la manicomial, y que ello se logra:

“(…) brindándoles cuestiones como “la noción del tiempo”, “la noción del querer”, la “noción de dónde está” y poder circular por lo público, por la ciudad. Prestarse a acompañar eso (...) y saber cuándo soltarlo también, porque tampoco es

generar esa dependencia. Es saber cuándo irse, en qué momento irse de eso y hasta dónde (Primera entrevista).

Este nuevo armado tiene que ver entonces con la construcción de una nueva cotidianeidad, y con ello de una nueva rutina singular, respetuosa de las del grupo y de las normas de la Casa. El armado de esa rutina conlleva la distribución organizada del tiempo, de las responsabilidades por cumplir, los momentos de ocio, etc., un ordenamiento de las actividades, los espacios, los horarios y las modalidades. Entonces podríamos decir que aquí, el reloj como objeto transicional, funciona además como ordenador de todo esto. En relación a ello, nuestra segunda entrevistada nos dice:

(...) volver a armar toda esa cotidianeidad, el reconocimiento del propio cuerpo, los olores del propio cuerpo, cuándo te tenes que ir a bañar, cuándo a afeitarse, los tiempos de las comidas y también el deseo de que eso surja, porque uno al principio es como que presta esos andamiajes como apuesta de que algo de eso pueda tomar el usuario para después volverlo propio (Segunda entrevista).

Y agrega en relación a los usuarios:

(...) usan la misma estrategia que usamos todos, de encontrar esos espacios y anclarse en ellos para poder vivir y transitar en lo comunitario (Segunda entrevista).

Por otra parte, pensando en otros ejemplos de fenómenos y objetos transicionales, su función como zona intermedia entre dos o más campos y su función ordenadora de tiempos, espacios, sentidos y encuadres, podemos ubicar otros dos elementos que se utilizan en la Casa: un calendario y los llamados telefónicos. El primero de ellos consta de fechas significativas como los cumpleaños de los usuarios y de los profesionales del equipo. Con respecto al segundo, la Casa cuenta con un teléfono fijo del que los usuarios pueden llamar o recibir llamados de familiares, profesionales o si deben realizar algún trámite; por otro lado, cada uno tiene un teléfono celular propio que les permite estar comunicados cuando no se encuentran en la Casa. En relación a estos dos elementos y a la aparición de algo de lo volitivo propio de los usuarios, una de las entrevistadas dice:

Por ejemplo, se ha pasado algún cumpleaños de los profesionales y lo llaman. O la otra vez, no sé si fue el día del padre o qué, y a un profesional lo llamaron. O justo lo llamaron por otra cosa y le dijeron “feliz día” porque era su primer día del padre (Primera entrevista).

Otra de las profesionales entrevistadas agrega lo siguiente en relación a la utilización de sus propios teléfonos móviles y la cuestión del encuadre para su uso:

Ellos tienen sus teléfonos, por supuesto que encuadrado esto de para qué nos llaman y ver el encuadre (...), nos llaman o nos escriben y nos cuentan cosas a veces,

auspician como de un lugar, pero sí no tenemos un registro cotidiano de todo el laburito que hacemos, ni un registro singular por usuario ni algo que pueda idear lo grupal que sería mejor, pero bueno, porque nadie sabe hacerlo todavía. ¿Cómo escribís sobre lo grupal? (Cuarta entrevista).

En todas las entrevistas aparece la plataforma de whatsapp como una herramienta de trabajo fundamental para el equipo, en donde se lleva un registro de las trayectorias subjetivas de les usuaries. Les profesionales realizan resúmenes diarios de lo más significativo que va sucediendo en la Casa mientras ellos estén presentes, para que el resto de les profesionales que no están allí, puedan mantenerse actualizadas y para poder llevar todas una misma línea de acción. En relación a esto dos de las entrevistadas mencionan lo siguiente:

(...) en el grupo de whatsapp básicamente contamos en crudo un montón de cosas, un delirio lo pasamos tal cual para poder analizarlo (...) poder transmitir algo más de lo clínico, no de lo anecdótico (Primera entrevista).

(...) el whatsapp es como un testigo de muchísimo laburo y de muchísimas pensaderas, de muchísimas craneadas, de muchísimos quilombos, porque como nosotros somos un equipo que piensa junto intervenciones pero que no interviene junto, nos dividimos por duplas, nosotros no vamos todos los que somos todos los días. Entonces la dupla de la mañana pasa la información para el que va a la tarde (Cuarta entrevista).

Por otro lado, el uso de los teléfonos particulares por parte de les usuaries, también funciona como una estrategia para el desarrollo de su autonomía, a través de ellos realizan consultas o solicitan turnos en el hospital o en otros centro de salud. Además, otra conquista lograda en relación a la autonomía es el circular por la ciudad en colectivo, cada una cuenta con una tarjeta a su nombre y se movilizan así de la manera más independiente posible. En relación a esto, nuestra primera entrevistada nos comentaba lo siguiente:

(...) ahora pueden ir solos, llamar a algún centro de salud o al Hospital San Martín que no es el HESM, para pedir un turno médico, ir a buscar un análisis, todo eso ellos antes no lo hacían, venía dado todo del HESM. Esos son pequeños logros, ir al supermercado, comprar, poder calcular la comida para cuántos, preguntar quién come y quién no. Hay millones de logros subjetivos en lo cotidiano, capaz que antes no había registro del otro y más con lo que es la psicosis, no había registro (Primera entrevista).

Alteridad y mismidad.

Teniendo en cuenta nuestro recorrido precedente, acerca de la semejanza, la grupalidad y lo transicional, arribamos a concebir este complejo registro de la alteridad como un efecto subjetivante.

Bleichmar (2016), nos dice que hay un tiempo pre-subjetivo en el psiquismo de los seres humanos, en donde aún no existe el otro como tal porque todavía no hay sí mismo, es pre-especular. Es necesario entonces, para poder reconocer la alteridad, que haya sí mismo que pueda pensar que el otro es distinto a mí.

Por otro lado, asegura que no es posible que el inconciente se establezca desde una propuesta endogenista, sino que éste solo puede instituirse a partir de la existencia de un otro que es el otro. Entre lo que viene de afuera del psiquismo y lo que se procesa adentro, hay una diferencia, y eso que se procesa es una nueva creación. Después vendrá el lenguaje a darle forma, en la cual tampoco terminan de ser capturados todos los elementos de esos objetos que quedaron inscriptos. En relación a esto, la autora agrega lo siguiente:

Vuelvo entonces a esta etapa de los primeros tiempos, que no se puede considerar alteridad en sentido estricto, pero en la cual no hay proceso de subjetivación si no hay reconocimiento de la alteridad desde el otro en primer lugar, desde el adulto que tiene a su cuidado al niño. Precisamente, este reconocimiento de la alteridad como base de toda subjetivación lo vamos a desdoblar en dos ángulos: por un lado, que es imposible una subjetivación estricta del lado de la constitución psíquica que no implique reconocimiento del otro, pero al mismo tiempo que es imposible que se subjetive alguien, que salga de la animalidad, digamos, si no hay reconocimiento de su alteridad (Bleichmar, 2016, p. 19).

“Lo otro” aparece entonces, como lo que marca que el objeto no es idéntico al inscripto, porque aparecen rasgos que son diversos a los esperables. Bleichmar dice que a medida que el bebé crece se va produciendo una caída de la identidad, un juego entre identidad y al mismo tiempo, reconocimiento de esa alteridad. Si no hay identidad primaria, no habría posibilidad de que se constituya la subjetivación. Para ello es necesario que el adulto se anticipe al niño, es decir, que crea que sabe lo que el otro tiene en la mente para subjetivarlo. Lo que se va a producir entonces es, primero una apropiación y luego una desapropiación. El antecedente que marcaría la posibilidad de una alteridad, es la discordancia entre la inscripción y sus reencuentros, que va a haber desde el inicio. Entonces, hay una antecendencia en el otro, pero si hablamos del sujeto con su psiquismo en constitución, lo que hay allí son los restos libidinales del otro que van a entrar al inconciente y no el otro como tal. Posteriormente vendrá un segundo tiempo, si es que están establecidas en el adulto, legalidades del orden de la castración que regulan su relación con el niño. De lo contrario, lo que sucederá es que no se establecerán los enlaces básicos que permitirían que se regulen los organizadores que posibilitan la instalación del narcisismo. Bleichmar dirá que los riesgos de esto son los siguientes: “si en el adulto no

están constituidas estas legalidades, lo que se estructura en el niño (...) es o una psicosis o una fijación a un tipo de goce que lo puede dejar librado a la perversión (p. 178).

Entonces, lo que en el adulto ya es estructura, en el cachorro humano aún es posibilidad, está en potencial podríamos decir. Estos prerequisites que están en el niño, se sostienen después en la articulación narcisista, y ahí el otro entraría como semejante. Así pues, queda claro que la alteridad es una construcción posterior al reconocimiento de la identidad, lo “idéntico” y “diverso” son conceptos correlativos, de manera que en los comienzos de la vida no hay alteridad, sólo del lado del adulto respecto al niño. Por un lado está la operación intelectual por la cual se reconoce la alteridad, y por el otro, la existencia objetiva diferente, propiamente dicha. De lo que se trata es que el sujeto puede distinguir al otro como lo opuesto a sí mismo. Entonces acá aparece la alteridad como opuesto a la identidad, como aquello que es otro de mí en particular, que es otro de uno mismo. Dice Bleichmar: “la alteridad lo que marca es un tipo particular de diferencia respecto al otro humano y no al objeto como «lo otro». Digamos, la alteridad es «el otro humano»” (p. 20).

Entonces, con la especularidad aparece un primer organizador que juega en términos de identidad y por lo tanto de semejanza, pero identidad y semejanza no son lo mismo. En palabras de Bleichmar: “en la historia de la cultura el semejante es el otro humano, y lo que tienen en común es algo del orden ontológico y no de la identidad” (p. 179). Podemos deducir que, para que se constituya la categoría de semejante, es necesario que se constituya la de la identidad primero. Esta categoría de la identidad, a su vez, implica dos elementos: identidad de uno con uno mismo en tanto constitución narcisista, e identidad con el otro en tanto que pertenece a la misma especie, ya no biológicamente, sino desde el punto de vista de la cultura. Esta última es la identidad transitiva que el otro propone cuando identifica al niño con el ser humano, vale decir, la identificación desde afuera. Entonces, la identidad va a surgir de las relaciones ya en alteridad y termina de constituirse por oposición, y no simplemente por identidad al otro.

Cuando el Yo se instale, el otro especular va a pasar a ser el idéntico, el semejante en el sentido estricto, y va a estar en juego la cuestión del narcisismo. En cambio, cuando el que se instale sea el Superyó, el otro va a pasar a ser la alteridad. De todas formas, vale la aclaración, esta alteridad no es reconocida como tal una vez que se inscribe. Si pensamos en la instancia del inconsciente, ésta es absoluta ajenidad y no porque sea el otro, sino porque es lo otro de uno. El Yo es una zona transicional podríamos decir, paradójica, es lo más íntimo y a su vez es alteridad. Es alteridad en la medida en que es efecto de la identificación con el otro. Y pensando en Winnicott, agregamos algo que dice Bleichmar en su texto, sirviéndose del concepto de pseudoself⁴ por él desarrollado:

⁴ Winnicott lo describe como una distorsión de la personalidad que consiste en desarrollar desde la infancia una existencia ilusoria con el fin de proteger, por medio de una organización defensiva, al verdadero self. Plantea cinco niveles del falso self, ubicando en uno de ellos a la patología esquizoide, en la que el falso self se establece como única realidad.

(...) por eso esta insistencia de “yo soy el otro, yo soy otro”, la famosa frase, pero que tiene que ver con que si bien el yo es otro, la diferencia entre el pseudoself y el yo es que ese otro soy yo, mientras que en el pseudoself hay constantemente una sensación de ser otro, y en la esquizofrenia el gran problema es que el sujeto no se puede reconocer. La identidad es lo que somos en tanto constructo en el cual nos reconocemos (Bleichmar, 2016, p. 181).

Entonces, por un lado la construcción del sujeto es previa a la alteridad, y la alteridad es algo que se va a producir a partir de la fractura del narcisismo originario y el reconocimiento de que no se es uno con el otro o que el otro no es parte de uno. El sujeto reconoce al otro en su diferencia, y de allí sostiene la idea de un rasgo, que está marcando justamente la diferenciación. Y tenemos al otro como lo idéntico, al otro como alteridad y a la posibilidad de la intersubjetividad como efecto de la alteridad.

A continuación, transcribimos algunos fragmentos de entrevistas, en donde se puede apreciar lo conflictivo del registro del otro como par, en un principio, y cómo posteriormente, a partir de intervenciones del equipo y de trabajar lo grupal, se pudo ir conquistando algo del reconocimiento del compañero:

(...) al principio no hay un registro del otro como par. Sí hay un registro de nosotros como equipo, y a quienes nos dirigen la palabra, pero el registro del otro-compañero ha sido muy difícil de trabajar. Nos parece que la instancia de Asamblea es una instancia muy posibilitadora para (...) charlar acerca de lo que está pasando en el grupo, acerca de qué registro tienen del otro. Eso como lugar central, pero después cotidianamente cuando por ejemplo a uno de los usuarios le pasa algo, rápidamente apelamos a decir “X, ¿vos registraste que le pasaba esto?” o “¿le pediste a un compañero ayuda?”. O por ejemplo, si quieren hacer alguna actividad y nos requieren a nosotros, les devolvemos “pero por qué no vas con él/ella”. Y se va conformando ahí una grupalidad, se van como reconociendo y acompañando cada vez más (...) incluso por ejemplo, una usuaria que dormía sola en la habitación porque justo una usuaria se había ido, apareció esto de extrañarse, de pensar en el otro, de ponerse contento por el proceso del otro, de estar atento desde una mirada más amable también del compañero, de cómo está, de cómo acompañar, de cómo ayudar, de estar contento también porque llega otro usuario y alguien más con quien contar, alguien más para compartir (Tercera entrevista).

(...) uno de los impactos de estas nuevas cotidianidades es la solidaridad, que es todas las veces un efecto de eso. Hablo de acompañarse en situaciones donde el otro está mal, de traer al equipo una preocupación porque vio al otro mal, hablando solo, llorando (...) La aparición muchas veces de gente, algunos familiares, algunos conocidos y el registro del otro, “qué bien que estás, se te ve muy bien”, eso también lo han contado las personas que lo viven gratamente (Cuarta entrevista).

Por otro lado, otra de las profesionales entrevistadas nos relata una anécdota en la que se menciona la cuestión del registro, esta vez del que tienen los usuarios del trato de ese otro para con ellos, pudiendo ubicar otro reflejo a la percepción de sí como locos por parte de la comunidad, que les permite además poder tomar la decisión de elegir a dónde ir y dónde no porque no se sienten cómodos:

(...) recuerdo incluso una frase de mi acompañada que estaba yendo a una verdulería que le quedaba a tres cuadras de la Casa, habiendo una en la esquina. Entonces le pregunto por qué iba a la que les quedaba más lejos y me responde “porque en la que está a tres cuadras me tratan bien”, entonces ahí también se juega con quiénes y cómo me vinculo en relación a lo que me devuelve el otro (Segunda entrevista).

A raíz de lo desarrollado en este apartado, podemos reafirmar a modo de síntesis, que a partir del registro del otro, algo de la mismidad empieza a aparecer.

Asimismo, nos gustaría destacar el rol fundamental que cumplen los otros en la construcción de la autonomía subjetiva, ya que es imposible pensarla por fuera de una red. La posibilidad de historizarse, de tomar la palabra, de poder enunciarse, de ser escuchados, de reescribir su historia y compartirla con otros, de generar nuevos modos de vinculación, de armar un proyecto vital, de resolver conflictualidades, todo ello forma parte de la idea de autonomía que defendemos. A continuación, nos explayaremos un poco más sobre esta categoría, en articulación con lo mencionado.

La Autonomía como recurso subjetivo a la hora de pensar en salud.

En el apartado anterior trabajamos la cuestión de la autonomía, vinculada fuertemente a la noción de salud que apoyamos. Ahora bien, nos gustaría explayarnos un poco más al respecto, adentrándonos de lleno en la segunda hipótesis de nuestra investigación. Recordemos que uno de nuestros supuestos es que estas nuevas modalidades de subjetividad que se constituyen en el dispositivo de CMC, implicarían un empoderamiento subjetivo en los usuarios que lo habitan, y que tendrían como efecto: la ampliación del margen de libertad, la propulsión de autonomía, la autoorganización de la vida cotidiana, la visualización y concreción de proyectos, el desarrollo de aptitudes y competencias, entre otros. La cuestión la libertad, la autoorganización de las rutinas, la distribución y realización de tareas domésticas en la Casa, la administración del dinero, el armado de proyectos vitales, la decisión de retomar vinculación con familiares y amigos o de generar lazos nuevos, todo está íntimamente relacionado a la cuestión de la autonomía y la salud.

En relación a esto, tomábamos anteriormente las palabras de nuestra cuarta entrevistada, que cuestionaba la concepción de autonomía que suele imperar en el campo de la salud mental. Nos comentaba que suele percibírsela como fuertemente ligada a la idea de normalidad, es decir, a lo que la mayoría de las personas deberían poder hacer. Su manera de concebirla ha ido mutando a lo largo de sus años de experiencia, hoy defiende la idea de pensarla más bien desde la capacidad de poder

resolver los conflictos, asumir riesgos, enfrentar pérdidas, emplear espacios, generar y mantener vínculos, realizar tareas de interés, trabajar, armar un proyecto vital personal. En su relato nos dice lo siguiente:

Creo que ser autónomo no tiene tanto que ver con arreglársela solo, sino con contar como con un itinerario de recursos, personas y cuestiones que ante un conflicto vos tengas esa red. A veces la red implica tener un recurso digamos, pero creo que la persona más autónoma es aquella que puede sortear las conflictualidades que existen en el vivir, en ir al banco, en que te cobraron demás en un servicio, en que tenes que comer. Después los horarios y un montón de otras cosas, no sé porque creo que hay tanta diversidad, quizás en otro momento eso sí era, si estás despierto de noche después de día no podes, pero bueno, si eso a alguien le permite andar, armar un proyecto, estar bien después de haber estado veinte años en un manicomio, no me parece que eso diga que no es autónomo (Cuarta entrevista).

Nos pareció interesante, y de ahí el subtítulo de este subapartado, plantear la idea de autonomía como recurso subjetivo a la hora de pensar en la construcción del armado de una propuesta de vida más saludable, subjetivante, y batallador de las marcas que han dejado tantos años de asistencialismo e institucionalización.

Nuestra segunda entrevistada por ejemplo, nos decía también en relación a la autonomía, que muchas de las usuaries que permanecen internadas en hospitales psiquiátricos es por su condición de pobreza o por no tener vínculo con personas en el exterior, y no porque no puedan vivir de manera autónoma. Por ello, el labor actual de los movimientos desmanicomializantes apunta a que ello no se siga reproduciendo y se apuesta fuertemente a la regeneración de redes fuera de los dispositivos hospitalarios. La misma entrevistada, también nos comentaba que al principio este trabajo fue muy complejo, ya que no estaban dadas las condiciones, y agrega:

(...) es necesario tenerlo en claro, que es una prueba y error y que tiene que ver con que no todos les usuaries son para el dispositivo, creo que tienen que haber ciertas coordenadas que tengan que ver con la autonomía, con la posibilidad de vincular, que hacen habitar una casa de convivencia, no es para cualquiera (Segunda entrevista).

Por otro lado, nuestra primera entrevistada, de profesión acompañante terapéutica, nos daba un ejemplo concreto de la situación de la usuaria que acompaña, en donde se ve claramente el respeto por el armado de un proyecto vital propio acorde a sus intereses y deseos. Después de varios meses de trabajo con esta usuaria, el dispositivo de CMC como recurso, ya no encajaba en su situación de ese momento, por lo que se fueron pensando nuevas estrategias y entre ellas la posibilidad de una externación. En ello, fue crucial plantearse el tema de la autonomía y esta profesional nos decía lo siguiente al respecto:

Ella quería vivir con sus hijos y ellos, por sus características, estaban colapsando la institución. Ahí se delimita junto a ella cuáles eran las posibilidades y alquiló un departamento en donde actualmente está viviendo con sus hijos. Si bien se la sigue acompañando con el ordenar lo económico que era una de sus grandes dificultades y el punto que no le permitía esa autonomía completa, que tenía que ver con no poder decir “no” y avasallar un montón de cuestiones en relación al dinero, ahora se sigue acompañando con esa parte puntualmente pero ella sigue viviendo con sus hijos alquilando un departamento y van sobreviviendo del día a día. Pero sí, ya no está más en CMC, y yo por ahora estoy porque ella está en ese anclaje todavía a la Casa (Primera entrevista).

Como puede verse la dificultad que se le presenta en relación al manejo de su dinero y la puesta de límites, no descarta la posibilidad de poder vivir fuera del dispositivo. En este sentido, el equipo de CMC sigue acompañando a les usuaries luego de la externación, de otra manera claro, pero sobretudo en los puntos de mayor flaqueza para el sujeto. No se los arroja al exterior desentendiéndose del trayecto trazado hasta el momento, se fomenta la libertad sí, pero una libertad con resguardos, una “libertad cuidada” podríamos decir. En relación a esto, nuestra tercera entrevistada nos dice lo siguiente:

(...) el acompañar tiene que ver con eso, con no dejar a la persona arrojada ante tanta libertad que estaba cercenada en lo manicomial. (...) tanta libertad que también puede ser un riesgo, dejar a la persona así y no cuidar eso (Tercera entrevista).

En relación a esta cuestión de la libertad, nuestra cuarta entrevistada también se expresa y lo hace de la siguiente manera:

(...) tiene que ver con una posición de pensar cómo se acompaña a vivir a alguien con lo que le va pasando, con lo que va pudiendo y con lo que no, por supuesto esto no es tan naif como suena dicho, implica pensar estrategias intentando ubicar señales para evitar situaciones que nos hemos preguntado, qué implica la libertad para alguien si no está pudiendo medir el riesgo de algunas cosas o cómo se trabaja la autonomía en ese sentido, cuando alguien no puede cuidarse. No lo sabemos, qué se yo, lo vamos pensando e inventando intervenciones clínicas, acuerdos, contratos, recordatorios, un montón de recursos que tercerizan y que ordenan, el recuperar la palabra, el compromiso, la responsabilidad, cosas que historizan (Cuarta entrevista).

La cuestión de la invención, del caso a caso y del replanteo periódico de las estrategias e intervenciones, nos habla de una postura ética particular por parte de les profesionales del dispositivo, al momento de pensar la autonomía de los sujetos: la ética del respeto por la singularidad de cada vida

que se presenta. De parte de les usuaries, la responsabilidad, el compromiso, el poder tomar la palabra y enunciarse, tener la posibilidad de narrarse, resulta fundamental para pensar en la construcción de una autonomía. El narrarse y el historizarse fomentan el sentido de lo propio, el poder apropiarse de los momentos y eventos que han conformado sus vidas y que son parte de su identidad. Recordemos la palabras de la psicoanalista italiana, Piera Aulagnier (1975): “El acceso a una historicidad es un factor esencial en el proceso identificador, es indispensable para que el Yo alcance el umbral de autonomía exigido por su funcionamiento” (pp. 164-165).

La visión de esta autora, de la tarea clínica y el proyecto terapéutico en las psicosis, consta de tres objetivos:

1. (...) desencadenar la apertura de un movimiento interpretativo con el fin de que el Yo pueda modificar la versión de sus vivencias infantiles.
2. (...) transformación del espacio psíquico a partir de la apropiación de la nueva relación con los objetos libidinales establecida.
3. La reinterpretación del pasado puede modificar el vivenciar presente, “romper” con las fijaciones, las conductas repetitivas, la huida ante lo imprevisto, la negación; deconstruir una realidad que se volvió rígida, sustituyéndola tanto en relación consigo mismo como con los otros (Rother de Hornstein, 1991, p. 238-239).

En estos casos el Yo tiene que apelar a la construcción de una neotemporalidad, que lo ponga a salvo de una desestructuración ya vivida, con la condición de que los recuerdos permanezcan investidos sin verse obligados a permanecer fijos en una posición que detendría su marcha. No es que en las psicosis el Yo se anula, pero sí se evidencian las reducciones y expropiaciones con las que debe pagar para su supervivencia. La manifestación más evidente de ello, va a decir Aulagnier, es: “la relación de o con una temporalidad caracterizada por el derrumbe de un tiempo futuro en beneficio de una mismidad de lo experimentado que anclará al Yo a una imagen (...) fenecida más que como pasada” (p. 168).

Retomando la cuestión de la historización, nuestra cuarta entrevistada mencionaba en un fragmento que anteriormente hemos citado, la relación entre esta y la autonomía, en función además de la construcción de lazos sociales. Allí nos hablaba de que en lo cotidiano aparece todo el tiempo la conexión con otros momentos de la vida del sujeto, hechos vividos, recuerdos, anécdotas, sucesos de su descompensación, comidas, olores, la posibilidad de enunciarse, de poder decirse, de historizar sus pasajes, sus historias, y que ello dentro del dispositivo pudo armarse y compartirse entre compañeros. Por su parte, nuestra primera entrevistada nos relataba un ejemplo concreto de estos momentos, diciendo lo siguiente:

Nosotros por ejemplo nos sentamos en ronda y nos ponemos a hablar, surge un tema y ellos empiezan a historizar, empiezan a hablar de su pasado, de su gente, de diferentes aromas. En la cocina surgen un montón de cosas también, o cada vez que

iban a parque es como que ven el río, los árboles, la naturaleza y es como que son libres. Creo que se trata de compartir eso, canciones, una película, y que ellos todo el tiempo puedan historizar, nombrar su vida a medida que también la van construyendo. Capaz que antes en los espacios de terapia del HESM podían llegar a hacerlo, pero después en dónde iban a poder historizar. En el hospital capaz uno contaba algo pero no había una escucha del otro lado, creo que se trata de escuchar y de poder devolver algo, si es que es necesario devolver, porque muchas veces no lo es (Primera entrevista).

Por su parte, Antonio Quinet (2016), va a contribuir a la cuestión del lazo social en las psicosis diciendo que éstos no se conforman facilitándoles simplemente la salida del hospital y que convivan con sus prójimos. Sino que es necesario también, acompañar al usuario en el tratamiento que le da a los fenómenos que lo asaltan y poder brindarle las herramientas más acordes y útiles posibles para enfrentarlos. Se sabe que la realidad del sujeto de las psicosis se halla poblada por sus creaciones inconscientes proyectadas sobre los otros, sus parientes, los vecinos, en su casa como en el afuera. Esta interferencia “a cielo abierto” se produce en “la polis” dirá el autor, alterando el orden social, y agrega: “la clínica de las psicosis no puede obviar el tratamiento del sujeto y dedicarse por completo al tratamiento del Otro social- la familia, los vecinos, la comunidad de trabajo, etc.” (p. 190).

Quinet nos presenta una serie de puntos a tener en cuenta a la hora de pensar en la inclusión social del sujeto de estructura psicótica. En primer lugar, menciona la importancia de incluir el síntoma en el diagnóstico, es decir, incluir en la clínica al síntoma (que puede ser un delirio, una alucinación) que remite a la estructura y al sujeto, como material para la tentativa de compensación. En segundo lugar, incluir al sujeto en su tratamiento, como ya lo hemos mencionado en relación a la ley de salud mental. Aquí se consideran dos tipos de sujeto, el del inconsciente, con su palabra, su historia y sus síntomas, es decir, manifestaciones de su singularidad. Por otro lado, incluir al sujeto en el tratamiento, haciéndolo partícipe y co-responsable por sí mismo, solicitándole su compromiso y brindándole la posibilidad de una posición más activa en su tratamiento. Recordemos también que para Lacan, lo que ocurre con el sujeto depende de lo que se desarrolle con el Otro, es decir, no hay sujeto sin Otro. En tercer y último lugar, Quinet propone incluir la forclusión, que consiste en recibir del exilio a quien cortó los lazos con las exigencias de la civilización. Pensar en la inclusión del sujeto psicótico en la sociedad, no equivale a que éste tenga que adaptarse o volverse un igual, negando la diferencia. Es decir, la inclusión en lo social no pretende “neurotizar” a estos sujetos, normalizarlos, sino respetar sus fenómenos abordándolos como el retorno de lo forcluido y no como trastornos respecto de la norma. Quinet va a decirlo de la siguiente manera:

Por mucho tiempo hubo una forclusión de la inclusión en la historia de la psiquiatría, que adoptó otro binomio: exclusión y reclusión. A la exclusión de los locos de los lazos sociales y de la norma fálica, la psiquiatría respondió con la reclusión. Se trata hoy en día de sustituir la exclusión-reclusión por el binomio

forclusión-inclusión. Y en vez de forcluir la inclusión, se trata de incluir la forclusión (Quinet, 2016, p. 60).

Además, el autor va a advertirnos, no sólo del furor sanandi sino también del furor includenti. Es decir, la inclusión de la forclusión del Nombre-del-Padre indica a los trabajadores de la salud mental que aboga por la reforma psiquiátrica, que debe precaverse contra su deseo de incluir al loco en la polis a fin de retirarlo de la nosografía.

Entonces, cuando pensamos en la problemática de los otros del psicótico, de lo que se trata es del retorno en el otro como semejante, de aquello que es su Otra escena, el inconsciente. Y en ese retorno mi pequeño otro se transforma en un gran Otro, que en la paranoia el otro es sin ley y quiere perjudicar al sujeto, y en la esquizofrenia, el sujeto lo que hace es retraerse autísticamente podríamos decir, de su relación con el otro de la injuria alucinatoria.

Recapitulando, hablábamos entonces de la cuestión de la recuperación de su historia para pensar la subjetivación en el psicótico, poder realizar un proceso de historización junto a otros, hacer uso de la palabra, expresar sus deseos y empoderarse desde una posición más autónoma. Ahora, no queríamos dejar de articular la construcción de los proyectos de vida para concluir la cuestión de la autonomía como recurso subjetivante fundamental. Anteriormente, mencionábamos con Winnicott (1971), la función de la actividad creadora en el espacio transicional del grupo. Decíamos que, la constitución de una zona de confianza permite sentar la base de procesos creativos, terapéuticos y productores de subjetividad. El armado de lo singular, la historización de los tiempos pasado-presente y el poder proyectarse en el futuro, forman parte de este proceso creativo.

Recordemos también las palabras de Galende (1994), cuando nos señalaba que de lo que se trata es de generar las condiciones necesarias que potencien el desarrollo de la creatividad, de la inteligencia, del bienestar en general y de la cualidad de los vínculos sociales. Y que ello requiere de intervenir en las condiciones de vida de los sujetos, que hacen de la salud mental una política de lo social. Es allí donde podemos pensar dispositivos como las casas de medio camino como estrategia, fundamentales al momento de pensar estas neo-construcciones que fueron muchas veces imposibilitadas en otro tipo de instituciones. En relación a esto, citaremos algunos fragmentos de la segunda entrevista, donde la profesional entrevistada nos dice lo siguiente:

(...) ha sido un laburo de empezar a prestar esos deseos para pensar actividades y proyectos de vida, que ni siquiera se preguntaban eso, qué quiero o hacia dónde. Ha llevado años que los usuarios empiecen a pensar proyectos de vida y eso son efectos de la institución (Segunda entrevista).

(...) cuando vos empezás a ver que el usuario te marca la cancha de que está queriendo esto y uno acompaña en ese sentido, creo que va por ahí. Recapitulando dos años, al menos desde que yo estoy en el dispositivo, creo que todos han podido, resuena en la charla cotidiana de la Casa “hacia dónde voy, qué proyecto quiero o qué

trabajo me gustaría tener”. Todas esas charlas, incluso después de que se externó el primer usuario, ahí todo el mundo comenzó a preguntarse hacia dónde y fueron marcando la cancha de poder decir o al menos pensar qué es lo que cada uno quiere. Esos son efectos súper importantes que van marcando esta cuestión más subjetiva y más del deseo de acompañar un poco eso (Segunda entrevista).

Esta expresión de “marcar la cancha” que la entrevistada menciona, lo tomamos como un signo de autonomía, definición de hacia dónde quiero dirigirme, qué me interpela, y el trabajo del equipo es acompañar eso que va deviniendo en cada subjetividad, son configuraciones que se van hilvanando a medida que el sujeto va viviendo y descubriendo qué le interesa y de qué manera podría conseguirlo. Y ese “marcar la cancha”, no sólo lo implica a él y al equipo, sino también abre interrogantes para el resto de los compañeros. La entrevistada también menciona una serie de ejemplos que ilustran claramente la cuestión de la autonomía:

(...) por ejemplo el poder definir si ir o no a un taller, el poder definir cuáles son los gustos e intereses que cada uno elige, el hecho de definir qué vamos a comer, hay un montón de cuestiones que tienen que ver con los proyectos de vida y las cotidianidades que cada uno va generando. Otro ejemplo, lo del primer usuario que se externó, siempre estuvo muy atravesado por el trabajar entonces uno de sus ejes fue el trabajo y definitivamente hoy está trabajando en el HESM de ordenanza en el Bar. Me parece entonces que cada uno va tejiendo eso en relación a lo cotidiano, por ejemplo la usuaria a quien acompaño y que recientemente se externó, ella decía que nunca le gustaba hacer nada en la Casa, sin embargo en su casa ahora limpia, lava, cocina, todo, o sea es una jefa de hogar zarpada. Entonces me parece también que tiene que ver con momentos y con cotidianidades de cada uno (Segunda entrevista).

El proyecto de vida entonces no se trata de algo meramente abstracto proyectado en un futuro lejano o un destino, sino más bien, se trata de pequeñas decisiones que se toman día a día y que van construyendo un nuevo modo de vivir lo más autónomo posible y singular para cada sujeto. Estas decisiones no se toman desde la autonomía individual, sino gracias al entramado de redes tejido con los otros, que es también red de sostén y seguridad. Entonces, a partir de que el sujeto se sirve de significantes y de un lugar que le da el Otro, por momentos y gracias a la transicionalidad, eventualmente podrá prescindir un poco del Otro y regular su goce.

Conclusiones y perspectivas finales

En el presente estudio hemos pretendido visibilizar las diversas significaciones de les profesionales de la salud mental de la CMC en relación a los procesos de subjetivación de les usuaries que conforman dicho dispositivo. En relación a ello, al comenzar nuestro recorrido investigativo, partimos con la presunción de dos supuestos. El primero, que en el transcurso de la experiencia de la CMC se producirían nuevos modos de subjetivación en les usuaries que conforman el dispositivo, modos sustitutivos a los producidos por la lógica manicomial, y que dichos procesos guardarían una relación estrecha con los derechos de la salud mental que los amparan. El segundo supuesto, que estas nuevas modalidades de subjetividad implicarían un empoderamiento subjetivo en les usuaries, que tendrían como efecto la ampliación del margen de libertad, la propulsión de autonomía, la autoorganización de la vida cotidiana, la visualización y concreción de proyectos, el desarrollo de aptitudes y competencias, el establecimiento de vínculos afectivos y sociales, y la integración en la comunidad y en diferentes espacios de interés.

De esta manera, y a partir de lo hallado en las entrevistas semi-dirigidas realizadas, se arribó a las siguientes conclusiones:

I. Remitiéndonos a las hipótesis propuestas, las significaciones develadas en torno a los procesos de subjetivación de les usuaries que conforman el dispositivo de CMC, muestran que la apuesta no sólo clínica, sino también política, del trabajo con les usuaries a partir de la convivencia y la autonomía en lo cotidiano, interviniendo sobre las marcas que imprime la institucionalización en sus trayectorias vitales, contribuyen a su empoderamiento subjetivo y recuperan sus derechos de ciudadanía, favoreciendo el apropiase de los mismos y poder materializarlos.

II. Asimismo, advertimos que los efectos inherentes a las institucionalizaciones prolongadas, como la marginalidad social excluyente, el empobrecimiento de las posibilidades socioeconómicas, el hospitalismo, la cronificación y la sobremedicalización, contribuyeron con los procesos desubjetivantes en la vida de les usuaries y sus desestabilizaciones de la organización psíquica, afectando habilidades personales, como su capacidad para desenvolverse de manera autónoma en la vida cotidiana. Por otro lado, hemos sido anoticiades de que muchos de estes usuaries permanecieron internades de manera prolongada en el hospital, por su condición de pobreza y de carencia de lazos sociales, y no por no poder vivir de manera autónoma fuera del hospicio. A estas vicisitudes se suma lo dificultoso que resulta identificar qué efectos desubjetivantes en la vida de estas personas son producto de la pobreza y cuáles de la institucionalización prolongada. Mencionemos también que para las profesionales entrevistadas, la sociedad en donde se insertan estos sujetos no se halla preparada para recibirlos, siendo notoria la carencia de lazos solidarios y de reconocimiento entre semejantes. Esta escasa sensibilidad e indiferencia ante el sufrimiento del otre por parte de la comunidad, colaboran con el arrasamiento de lo subjetivo, provocando un efecto de inexistencia. Además, las profesionales vinculan directamente a estos efectos desubjetivantes con los derechos avasallados que

les corresponden a les usuaries, sugiriendo la construcción de procesos de subjetivación como línea de trabajo contrarrestante. Y agregan que la comunidad en general, aún no está preparada para recibir a les usuaries como se espera, y que aún resta un largo trabajo de deconstrucción. La sociedad aún asocia a “la locura” con la peligrosidad, la gente teme, se urgenta, algunos juegan la carta de la indiferencia o simplemente ignoran cómo tratar lo que no conocen.

La propuesta del dispositivo de CMC, para la construcción de estos procesos de subjetivación, es el armado de ficciones que hacen de soporte al proceso de deconstrucción simbólica de la institucionalización, donde a partir de la recreación de escenas de la vida cotidiana y de la experiencia del hacer con otros, elaboran de manera artesanal y singular propuestas paliativas para cada caso. Estas escenas cotidianas, semejantes a las que podrían pensarse a futuro cuando les usuaries ya no habiten la CMC, también les permite la posibilidad de armarse a sí mismos subjetivamente desde una posición diferente a la de cuando llegaron.

Tanto el campo singular como el grupal, son espacios que no deberían considerárselos por separado, ya que confluyen de manera constante en este tipo de dispositivos. El grupo es una ficción que puede pensarse como un modo de sostén imaginario cuando algo desde lo individual se torna inviable. Por otro lado, el grupo crea condiciones de estabilidad para la suplencia de lo forcluido, donde aparece un plano de cierta igualdad, tanto como de una cierta identidad para el sujeto. Por lo tanto, el grupo es una ficción aún más evidentemente en el caso de estructuraciones como las psicosis.

El grupo es un espacio transicional, se presenta como un lugar de despliegue de fenómenos transicionales, en el que la ilusión grupal y la constitución de una zona de confianza permiten, una vez constituidas, sentar la base de procesos creativos y productivos del grupo que son terapéuticos por sí mismos. Aquí lo transicional se pone de manifiesto en varios registros: por un lado, en el encuadre y la función contenedora del grupo, por otro, el grupo trata de establecer un área intermedia de experiencia para la transformación de los vínculos institución-familia-comunidad. El grupo es una zona en la que el sujeto puede sentirse al resguardo y donde puede ensayar las escenas más temidas, sin el riesgo de destruir al grupo ni a él mismo, para luego poder confrontarse a la realidad externa o al inconsciente. El grupo le permite tolerar a cada integrante, la experiencia de ruptura con “lo anterior” y la apertura a nuevas experiencias, entre ellas la creación de nuevos lazos capaces de albergarlos en sus nuevas identidades. Por otro lado, en momentos de crisis subjetivas, lo grupal no sólo se presenta como el espacio facilitador de la capacidad de crear, que tiene en sí misma un efecto terapéutico, sino que también se presenta como un modo privilegiado de abordaje para instalar un espacio potencial de articulación, recepción, elaboración y reparación de los profundos desapuntamientos sufridos por los sujetos.

El equipo de CMC funciona como una terceridad a la cual puede apelarse para regular la proximidad entre los usuarios, interviniendo para ajustar y negociar las distancias necesarias para todo vínculo saludable con el otro. La referencia a un tercero regula y apacigua las situaciones de tensión dual imaginaria, a la vez que ratifica simbólicamente el encuadre. Por otra parte, cada profesional interviniente llega en principio desde el exterior como un “extraño”, para convertirse luego en alguien “no anónimo” que le permita al sujeto comenzar a tramitar su malestar cuando se torna insoportable o hacerle frente al aislamiento.

La ubicación de los terapeutas también nos lleva a una zona de transicionalidad entre dos espacios, entre lo más íntimo de la vida del sujeto y lo público, entre el adentro y el afuera, entre la vida en grupo y la vida en comunidad.

Dentro del análisis de los distintos fenómenos transicionales, pudimos ubicar al menos tres objetos y recursos que aparecen, con su función de enlace entre dos o más campos y su función ordenadora de tiempos, espacios, sentidos y encuadres. Estos son: un reloj, un calendario y teléfonos celulares. Todos ellos permiten hacer de puente entre dos o más zonas, transitar en ambas a la vez, o ir a una y poder volver. Por otro lado, aportan un orden de las actividades, las responsabilidades, los espacios, el tiempo y las modalidades. Estos fenómenos de transicionalidad funcionan como un lugar de simbolización y una instancia de articulación de diferencias.

En un principio, el registro del otro como par se presentaba como conflictivo. Posteriormente, a partir de intervenciones del equipo y de trabajar lo grupal, se pudo conquistar algo del reconocimiento del compañero. Ubicamos al registro del otro como uno de los efectos subjetivantes hallados más significantes, ulteriormente, comienza a aparecer algo del orden de la mismidad.

III. Las nuevas modalidades de subjetividad que se pueden construir en el pasaje por CMC, implican un empoderamiento subjetivo en los usuarios, que tienen como efecto la ampliación de su margen de libertad, la propulsión de su autonomía, la autoorganización de su vida cotidiana, la visualización y concreción de sus proyectos, el desarrollo de sus aptitudes y competencias, el establecimiento de vínculos afectivos y sociales, y su integración en la comunidad y en diferentes espacios de interés.

La autonomía constituye un recurso fundamental en los procesos de subjetivación y procesos de salud-enfermedad de los usuarios de CMC, para batallar las marcas que han dejado a nivel subjetivo tantos años de asistencialismo e institucionalización. La misma, trata de ampliar el margen de una libertad “cuidada”, elemental para la toma de decisiones que atañen a la propia vida y los tratamientos. La responsabilidad, el compromiso, el poder tomar la palabra y enunciar, tener la posibilidad de narrarse, resultan esenciales a la hora de pensar la construcción de una autonomía. El narrarse y el historizarse fomentan el sentido de lo propio, el poder apropiarse de los momentos y eventos que han conformado sus vidas y que son parte de su identidad.

El armado de un proyecto de vida no se trata de algo meramente abstracto proyectado en un futuro lejano o un destino, sino más bien, de decisiones que se toman día a día y que van construyendo un nuevo modo de vivir lo más autónomo posible y singular para cada sujeto. Estas decisiones no se toman desde la autonomía individual, sino gracias al entramado de redes tejido con los otros, que es también red de sostén y seguridad. Entonces, a partir de que el sujeto se sirve de significantes y de un lugar que le da el Otro, por momentos y gracias a la transicionalidad, eventualmente podrá prescindir un poco del Otro y regular su goce.

Para finalizar, a continuación presentamos un par de propuestas con base en lo evidenciado en el actual trabajo de investigación:

I. En lo relativo a la esfera práctica y social, dada la eficacia terapéutica de estos dispositivos ambulatorios como las casas de convivencia y casas de medio camino, consideramos vital y necesaria la replicación de espacios terapéuticos de esta índole, para la planificación de los procesos de desinstitucionalización.

La CMC de Paraná es la única de este tipo funcionando actualmente en la provincia, y a tan sólo tres años de su apertura ya lleva un total de once procesos de externación de usuarios de servicios de salud mental. Si en tan corto plazo pudo lograrse tanto, esta propuesta es una vía muy valiosa para afrontar procesos de desinstitucionalización.

Por otro lado, la posibilidad de ensayo que ofrece la puesta en marcha de este tipo de dispositivos, permite que los recursos y estrategias se vayan estudiando y transformando mientras se está haciendo. Entonces es importante que los dispositivos existan como medio empírico podríamos decir. Además desmanicomializar no sólo implica un trabajo de deconstrucción para las instituciones de salud mental y los usuarios de sus servicios, sino también de los profesionales que trabajan allí. Una de las entrevistadas con diecisiete años de experiencia en el hospital, comentó que gran parte de lo que pudo aprender respecto a los procesos de externación, fue transitando el dispositivo de CMC. Podemos deducir entonces, que la experiencia de CMC es una experiencia transformadora de instituciones, práctica, saberes y disciplinas, pero también de todos los actores implicados.

II. En relación a la inclusión laboral, aún queda diagramar propuestas inclusivas, para que los usuarios durante el proceso de externación o luego del mismo, pueda tener la posibilidad de trabajar dignamente y poder obtener su propio dinero por ello. Esta sería otra respuesta frente a lo que quede de asistencialismo, que contribuiría además al desarrollo de su autonomía. De esta manera se evitaría que todo lo relacionado a lo laboral, termine en el circuito de instituciones de servicios de salud mental como el HDD, y que pueda tejerse una red comunitario. Para ello, debiera construirse también un espacio más político, para poder pensar en ese “hacia dónde” que tanto problematizamos. Que haya más políticas públicas por parte del Estado, para que ese tercer tiempo esté poco más garantizado o sea un poco más digno.

Cabe destacar, que no todos los usuarios en procesos de institucionalización están predispuestos o en condiciones de un “entre-medio” como el que ofrece la CMC hoy, y necesitan de otras respuestas que no son las de la institución total por supuesto, pero sí alternativa a este medio-camino para que finalmente puedan lograr su externación y no seguir quedándose en el hospital. Un hospital jamás debería ser un lugar para vivir.

Otras personas necesitan una respuesta habitacional, porque ya se encuentran en condiciones de armar su camino de manera más autónoma, con su familia, su pareja o un amigo, y sin la necesidad de este “inter-medio”. Quizás no sin el acompañamiento de un equipo o de un profesional, pero ya desde otro lugar.

III. Por último, en lo referido al ámbito científico y académico, el escaso desarrollo teórico y análisis de experiencias sobre dispositivos de este tipo, hacen imperante la producción literaria e investigativa para visualizar este tipo de problemáticas. Además, como mencionábamos anteriormente, la sociedad aún desconoce o estigmatiza “la locura” por lo que propuestas educativas en este sentido podrían contribuir a contrarrestar esta problemática.

Bibliografía

- Ábaca, C., Benedetti, L., Cavallero, Domínguez, M., Lizarraga, B., Müller, D., F., Reali, S. y Romero, C. (2019). Una casa que habitar, un equipo a construir, una legalidad que inventar. En *Escenarios de prácticas, instituciones y dispositivos* (pp. 69-78). Libro de la RISaM. Hospital Escuela de Salud Mental de Paraná.
- Aberastury, A. (1962). *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Paidós.
- Amarante, P. (2006). *Locos por la vida. La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*. Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo.
- Anzieu, D. (1981). *El grupo y el inconsciente: Lo imaginario grupal*. Madrid: Biblioteca Nueva. 1998.
- Apollon W., Bergeron D. & Cantin L. (1997). *Tratar la psicosis*. Buenos Aires: Polemos.
- Aulagnier, P. (1975). El espacio al que el Yo puede advenir. En *La violencia de la interpretación: del pictograma al enunciado* (pp. 112-185). Buenos Aires: Amorrortu. 1977.
- Badano, M y Diaz, R. (2019). *Análisis de la entrevista. Frases significativas*. Ficha de cátedra. Seminario Apoyo a Tesistas. Maestría en Trabajo Social, Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de Entre Ríos. Paraná.
- Benedetti, L., Reali, S., Ábaca, C., Illardo A. y Domínguez, M. (2019). La transformación de los hospitales especializados: caracterización y posibilidades de atención en la comunidad. Habitar nuevos espacios: La Experiencia de la Casa de Medio Camino, Hospital Escuela de Salud Mental, Paraná, Entre Ríos. En *Haceres colectivos. Investigaciones y Experiencias en Salud Mental y Adicciones en Argentina* (pp. 81-86). Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Buenos Aires, Argentina.
- Benedetti, L., Reali, S., Illardo, A. y Domínguez, P. (2018). El desafío y la apuesta de habitar la casa. Ir, venir y quedarse.... En *Boletín Sin Chaleco Julio 2018*. Año 14, N° 160. Hospital Escuela de Salud Mental: Paraná, Entre Ríos.
- Bleichmar, S. (2004). Límites y excesos del concepto de subjetividad en psicoanálisis. En *La Subjetividad en Riesgo*. (pp. 79-85). Colección Psicoanálisis, Sociedad y Cultura. Buenos Aires: Topía.
- Bleichmar, S. (2011). *La construcción del sujeto ético*. Buenos Aires: Paidós.

- Bleichmar, S. (2014). *Violencia social-violencia escolar, de la puesta de límites a la construcción de legalidades*. Buenos Aires: Noveduc.
- Bleichmar, S. (2016). Vergüenza, culpa, pudor: Relaciones entre la psicopatología, la ética y la sexualidad. Buenos Aires: Paidós.
- Cancina, P. (2008). *La investigación en psicoanálisis*. Rosario: Homo Sapiens.
- Deleuze, G. (1990). ¿Qué es un dispositivo? En Varios Autores, Michel Foucault filósofo. (p. 155). Barcelona: Gedisa.
- Deleuze, G. (1995). Michel Foucault. En *Conversaciones 1972-1990*. Valencia: Pre-Textos.
- Fernández, A. (2007). *Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades*. Buenos Aires: Biblos.
- Ferrara, F. (1985). *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Catálogos.
- Foucault, M. (2008). *El nacimiento de la clínica*. (p. 23-44). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freud, S. (1914). *El Moisés de Miguel Ángel*. Obras Completas. Volumen XIII. Buenos Aires: Amorrortu. 1980.
- Freud, S. (1922). *Psicoanálisis y teoría de la libido*. Obras Completas. Volumen XVIII. (p. 231). Buenos Aires: Amorrortu. 1980.
- Galende, E. (1994). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires. Ed. Paidós.
- Gallici, M. (2015). *Casa de Medio Camino de Mujeres: ¿Iniciativa Innovadora en el abordaje de las problemáticas de salud mental*. Tesis de Maestría en Salud Mental. Facultad de Psicología y Facultad de Ciencia Médica. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.
- Gallo, H. y Ramírez, E. (2012). *El psicoanálisis y la investigación en la Universidad*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Ginzburg, C. (2008). *Mitos, emblemas, indicios*. Barcelona: Gedisa.
- Goffman, E. (1959). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu. 1993.

- González, M. (2013). Concepciones de ciudadanía presentes en el PASC. Estudio de caso de las Casas de Medio Camino. Monografía Final para la Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- Homar, A. (2012). *Algunas aproximaciones acerca del uso del caso en psicología y psicoanálisis*. Cuadernillo N°2 de la cátedra del Seminario de Tesis II de la Licenciatura en Psicología. Facultad de humanidades, artes y ciencias sociales. Universidad Autónoma de Entre Ríos. Paraná, Argentina.
- Iglesias, H. (2013). *Notas sobre las ficciones en la enseñanza de Lacan*. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XX Jornadas de Investigación, Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. 304-308. <https://www.aacademica.org/000-054/730>
- Lacan, J. (1955-56). *Seminario III: Las psicosis*. (pp. 262-264). Buenos Aires: Ed. Paidós. 1992.
- Lacan, J. (1959-60). *Reseña con interpolaciones del seminario de la ética*. En: Reseñas de enseñanza. Buenos Aires: Manantial. 1984.
- Lacan, J. (1964-65). *Seminario XII: Problemas cruciales para el psicoanálisis*. Inédito.
- Lacan, J. (1966). *La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud*. En Escritos 2. Buenos Aires: Siglo XXI. 2005.
- Lacan, J. (1971). *Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis*. En Escritos 1. Buenos Aires: Siglo XXI. 2005.
- Lacan J. (1966). *La significación del falo*. En Escritos 2. Buenos Aires: Siglo XXI. 2002.
- Lacan, J. (1958). *La dirección de la cura y los principios de su poder*. En Escritos 2. Buenos Aires: Siglo XXI. 2015.
- Ley N° 26.657. *Ley Nacional de Salud Mental*. Argentina, 2010.
- Corea, C. y Lewkowicz, I. (1999). *¿Se acabó la infancia?: Ensayo sobre la destitución de la niñez*. Colección Minoridad y Familia. Buenos Aires: Lumen/Humanitas.
- Kaes, R. (1979). *Introducción al análisis transicional*. En Crisis, ruptura y superación: Análisis transicional en psicoanálisis individual y grupal (pp. 9-80). Buenos Aires: Cinco.
- Machado, A. (1912). Caminante no hay camino. En *Campos de Castilla*. Proverbios y cantares XXIX. España: Renacimiento.

- Máiz, R. (1987). *Sujeción/subjetivación: Analítica del poder y genealogía del individuo moderno en Michel Foucault. Discurso, poder, sujeto. Lecturas sobre Michel Foucault (Comp.).* (pp. 137-187). Santiago de Compostella, España.
- Martínez, F. *El efecto verdad en el deseo de psicoanálisis.* Escrito para presentación del trabajo Cartel “Deseo de Psicoanálisis”. Foro Psicoanalítico del Litoral. EPFCL 2017.
- Méndez Alí, C. (2017). *Representaciones sociales y prácticas de los profesionales de Salud Mental en el encuentro con usuarios con diagnóstico de psicosis clínica.* Tesis de Posgrado. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
- Pulice, G. (2011). *Fundamentos clínicos del acompañamiento terapéutico.* Buenos Aires: Letra Viva.
- Pulice, G., Manson, F. y Zelis, O. (2000). *Investigar la subjetividad. Investigación y psicoanálisis.* Buenos Aires: Letra Viva.
- Quinet, A. (2016). *Psicosis y lazo social.* Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.
- Ramallo, M. (2009). *Los procesos de resocialización y de desmanicomialización en el centro de rehabilitación psico-social del “Romero”.* Tesis de Licenciatura en Sociología. Universidad de La Plata. Buenos Aires, Argentina.
- Rossi, G. (2009). *Avatares de la cronicidad: políticas, instituciones, dispositivos y terapeutas.* Volumen XX. Nº 87. Buenos Aires: Polemos.
- Rossi, G. (2007). El sujeto en el acompañamiento terapéutico y la cuestión de la transferencia. En *Acompañamiento terapéutico. Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores* (pp. 107-131). Buenos Aires: Polemos.
- Rossi, G. (2007). Acompañamiento terapéutico y políticas en salud mental. En *Acompañamiento terapéutico. Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores* (pp. 189-213). Buenos Aires: Polemos.
- Rother de Hornstein, M. (1991). Historia libidinal, historia identificatoria. En *Cuerpo, historia, interpretación* (pp. 233-264). Buenos Aires: Paidós.
- Saussure, F. (1945). *Curso de Lingüística General.* Traducción, prólogo y notas de Amado Alonso. Buenos Aires: Losada.
- Oxford Languages Dictionary (última consulta DICIEMBRE de 2021) entrada: “Significación”, <https://www.google.com/search?q=significacion&ei=>

- Stolkiner, A. (1988). Prácticas en salud mental. *Revista investigación y educación en enfermería*. Vol. VI, 31-61. Ponencia presentada durante el 4° Congreso Latinoamericano y 5° Mundial de Medicina Social. Quirama, agosto de 1987.

- Tisera, A., Leale, H., Lohihorry, j., Pekaren, A. y Joskowics, A. (2013). *Salud mental y desinstitucionalización: resistencias y obstáculos en los procesos de externación en un hospital monovalente de la zona sur de la ciudad de Bs. As.* Anuario de Investigaciones, vol. XX, 2013, pp. 251-258. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

- Trucco, M. (2008). *Hacia una reconstrucción de una memoria viva: el Hospital Neuropsiquiátrico “Dr. Antonio Roballos” (Paraná - Entre Ríos)*, desde su fundación hasta nuestros días. Tesis presentada en la Maestría en Salud Mental. Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Entre Ríos. Paraná, Entre Ríos.

- Winnicott, D. (1951). Objetos y fenómenos transicionales. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (1958). Buenos Aires: Paidós. 1999.

- Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa. 1996.

Anexo

Cuestionario guía

Edad:

Profesión:

Años de ejercicio en la profesión:

1. Contame de tu formación, desde cuándo trabajas en el dispositivo de CMC y acerca de tus roles y funciones en él.
2. ¿De qué manera se acompañan los procesos de externación de los usuarios?
3. ¿Pensas que existen efectos desubjetivantes en estos usuarios que han vivenciado internaciones crónicas en instituciones monovalentes? Si es así ¿cuáles?
4. ¿Pensas que el dispositivo posibilita la construcción de una “cotidianeidad sustitutiva” a la manicomial? Si es así ¿de qué manera?
5. ¿Qué efectos producen estas nuevas cotidianeidades a nivel subjetivo? ¿Viste logros inesperados en un usuario?
6. ¿De qué modo se registran estas trayectorias de los usuarios?
7. ¿Qué estrategias se implementan para realizar un empoderamiento subjetivo, teniendo en cuenta la organización de espacios, tareas y responsabilidades de los usuarios?
8. ¿En qué aspectos cotidianos puedes reconocer elementos como: la autonomía, la capacidad de organizarse y el desarrollo de aptitudes en los usuarios?
9. ¿De qué manera se promueven los lazos sociales entre los habitantes de la Casa? ¿Se presentan disidencias o conflictos por parte de los usuarios en relación a los acuerdos de convivencia? ¿Cuáles?
10. ¿Cómo se materializan estos DDHH en relación a la sujeción de los usuarios con la comunidad?
11. ¿Qué me puedes comentar sobre el registro y el ejercicio que tienen los usuarios sobre sus propios derechos?
12. ¿Qué consideras que se puede mejorar en el dispositivo CMC teniendo en cuenta tu experiencia de trabajo y en relación a la Ley de Salud Mental 26.657?

PRIMERA ENTREVISTA

Edad: 31

Profesión: Técnica en Acompañamiento Terapéutico

Años de ejercicio en la profesión: 6 años

Se mantiene una entrevista de 55 minutos, el día 1 de diciembre de 2021, de 8:00 a.m. a 8:55 a.m., de manera virtual a través de la plataforma Google Meet. La misma fue grabada con consentimiento de la persona entrevistada para la presente transcripción.

Contame de tu formación, desde cuándo trabajas en el dispositivo de CMC y acerca de tus roles y funciones en él.

Bueno, yo me incorporo en la CMC en enero del 2019 más o menos, por supuesto siendo acompañante terapéutica (que en adelante abreviaremos AT) de una de las usuarias. Al principio, nada, estaba medio como en bolas digamos, de llegar al dispositivo, además es un dispositivo que es todo un equipo institucional, entonces hasta que uno puede ahí hacerse un lugar llevó tiempo, aparte lo que significa la figura del AT también, que por ahí a la jerarquización hay que militarla y bueno, después a lo largo de los meses yo empecé, dadas las características de lo que significa por ahí la clínica de las psicosis, mi estrategia fue, y se fue dando también, empezar a construir una transferencia en lo grupal para que se referencien y así después pude más abocarme a lo singular de la usuaria que era mi paciente. Así que fueron muchos meses que estuve más que nada en lo grupal, coordinaba un espacio de paseos, la verdad que fue re enriquecedor, o sea aprendí un montón, tenía transferencia con casi todos, además yo creo también que el tema de la transferencia con el AT en particular se genera un montón, pero porque nosotros, como es la clínica del AT digamos, que permite esa transferencia. Por ahí cuando va el coordinador del dispositivo, hay diferencia porque va a marcar ciertas cosas que nosotros no. Ese lugar más “de par” digamos está bueno. Así que bueno, nada, así me incorporo y en un principio más que nada en la grupalidad y después de a poco, hoy en día sí trabajo mucho más singularmente, con lo que sería la usuaria que yo acompaño. Pero bueno, más o menos así, además entendiendo también que uno acompaña también a todo el grupo conviviente de una familia, como pasa con otros casos digamos, si bien vos acompañas a un paciente también trabajas con el papá, la mamá, los hermanos, la escuela, el club, bueno acá lo mismo básicamente. Más o menos así fue mi incorporación, también estuvo bueno porque los AT comenzamos a formar parte de lo que serían las reuniones de equipo, las supervisiones, los ateneos, se nos dio una participación increíble y la verdad que eso generó un espacio de mucho aprendizaje en lo personal. No fue fácil, pero hoy sí y la verdad que está buenísimo. Hemos escrito para libros todos juntos, o sea un montón de cosas que la verdad está buenísimo. A parte por lo novedoso del dispositivo, más allá de eso. Somos una banda, somos varios AT, pareciera que hay como dos AT por usuario pero no (risas).

¿De qué manera se acompañan los procesos de externación de los usuarios?

Bueno, en principio el acompañamiento a una externación comienza cuando hay una demanda por parte de un usuario y si no la hay, pero vemos que ya está para poder externarse, acompañamos a la construcción de esa demanda por así decirlo. Muchas veces ellos, así como dicen “me quiero ir a vivir” y es el sueño de sus vidas, otras veces están tan aplastados por la institución total que ni si quiera pueden pensarse afuera de lo que sería toda la institución. Los dos casos de externación que tuvimos, en uno pasó que usuario tenía todas las ganas, yo creo que él nos acompañó a todos para que acompañemos su externación, porque nos tenía cagando con su externación y como estábamos en plena pandemia, era algo que nos llamaba todos los días para decirnos “me quiero ir” y bueno, se acompaña así, viendo a dónde va a alquilar, si hay un centro de salud cerca, también para generar esto de que se vaya saliendo de la referencia con el equipo de CMC, porque lo que ocurre sino es que el equipo de CMC queda acompañando a los usuarios actuales y a los usuarios que se van yendo, entonces no da abasto. Hay que tratar de generar algún otro tipo de referencia por fuera, muchas veces los equipos tratantes del hospital por ahí quedan medio atrás, porque como el equipo de CMC abarcamos tanto y transferencialmente quedamos más pegados, entonces por ahí el mayor desafío para nosotros es crear por fuera de nosotros un lugar de sostén para esos usuarios.

También entendemos que acompañar una externación es complejo en la línea de la pobreza, no alcanza, es muy difícil porque los estamos mandando de nuevo a una vida sin salud mental básicamente, entonces “vivir solo” pero “a costa de qué”, y más teniendo en cuenta la particularidad de la CMC que es una casa en pleno centro, en pleno parque, con todas la comodidades, entonces salir de ahí para volver a la pobreza es algo que siempre nos preguntamos, pero a la vez decimos “viven por fuera del hospital”, así que el acompañamiento es caso por caso, pero bueno, más que nada el desafío es eso, crear una red donde los usuarios puedan ser atendidos y escuchados por fuera del hospital. El mejor de los casos sería que puedan conseguir alguna “pata”, de laburo, que es muy complicado, que no se da, pero sí hay una cuestión de la pobreza y del dinero que por ahí seguimos acompañando en la administración y no es que no sepan administrarse, sino que la plata no alcanza y que el aporte de la pensión de ellos no alcanza. Hay situaciones en las que se quieren ir, hay otras en que lo dicen, lo flashean, o a veces están re cansados de la convivencia en una pelea y dicen “yo me quiero ir a la mierda” y hay otros casos en los que no, que no se pueden imaginar por fuera de lo que sería la CMC, en realidad de lo que sería “el hospital”, porque seguimos dependiendo del Hospital Escuela de Salud Mental (HESM).

¿Pensas que existen efectos desubjetivantes en estos usuarios que han vivenciado internaciones crónicas en instituciones monovalentes? Si es así ¿cuáles?

Sí, por supuesto. Lo pienso desde lo más mínimo, desde pedir permiso para ir a bañarse te podría decir, se me pasa por la cabeza. Hay muchísimos. En realidad, el laburo es construir un proceso

de subjetivación propiamente dicho, creo que son la mayoría efectos desubjetivantes, con derechos abolidos, sin ser escuchados, con horarios, con uniformes, pidiendo permiso para todo. Es una pregunta que es todo. No digo que el hospital sea lo peor del mundo pero sí hay un aplastamiento subjetivo increíble, y eso que yo ingresé un año después de que la casa abrió, y ya funcionaba, pero dicen que al principio era terrible, hasta el reloj, mirar la hora, entender lo que era la hora y entender que podían hacer lo que quisieran. Como que ellos ahí son un número más, por eso te digo esto de “¿me puedo ir a bañar?” o “¿a qué hora me baño?”, y vos decís “me está preguntando a qué hora bañarse, cuando hay tres baños en la casa, que se puede bañar cuando quiere porque tienen un montón de horas libre”, y uno no se da cuenta, pero claro, si siempre ha sido un objeto digamos, un objeto de atención. El pensarse por sí mismo, el poder pensar qué cocinarse y no que te traigan el plato servido, el poder pensar qué cocinar para otros.

¿Qué efectos producen estas nuevas cotidianidades a nivel subjetivo? ¿Viste logros inesperados en un usuario?

Bueno, las externaciones son resultado de eso, son un gran logro. Pero hay tantos logros, por ejemplo en ciertas actividades en las que antes eran acompañados, como ir al médico y ahora pueden ir solos, llamar a algún centro de salud o al Hospital San Martín que no es el HESM, para pedir un turno médico, ir a buscar un análisis, todo eso ellos antes no lo hacían, venía dado todo del HESM. Esos son pequeños logros, ir al supermercado, comprar, poder calcular la comida para cuántos, preguntar quién come y quién no. Hay millones de logros subjetivos en lo cotidiano, capaz que antes no había registro del otro y más con lo que es la psicosis, no había registro y entonces cocinaban y no importaba si eran cinco o eran diez. Hoy escuchar que preguntan “¿quién come acá?” es un lograzo.

¿Pensas que el dispositivo posibilita la construcción de una “cotidianidad sustitutiva” a la manicomial? Si es así ¿de qué manera?

Sí, por supuesto. Primero acompañando, prestando una escucha y un cuerpo, desde una posición también como profesional de poder acompañar esa construcción y qué tipo de cotidianidad también, que ese laburo creo que lo hicieron las compañeras más que nada, durante el primer año en que funcionaba la casa. Lo seguimos haciendo, brindándoles cuestiones como “la noción del tiempo”, “la noción del querer”, la “noción de dónde está” y poder circular por lo público, por la ciudad. Prestarse a acompañar eso se me ocurre, dar la mano en eso y saber cuándo soltarlo también, porque tampoco es generar esa dependencia. Es saber cuándo irse, en qué momento irse de eso y hasta dónde. De eso se trata la construcción de una cotidianidad distinta, creo que uno acompaña en la construcción todo el tiempo brindando el circular por la vida misma.

Nosotros por ejemplo nos sentamos en ronda y nos ponemos a hablar, surge un tema y ellos empiezan a historizar, empiezan a hablar de su pasado, de su gente, de diferentes aromas. En la cocina

surgen un montón de cosas también, o cada vez que iban a parque es como que ven el río, los árboles, la naturaleza y es como que son libres. Creo que se trata de compartir eso, canciones, una película, y que ellos todo el tiempo puedan historizar, nombrar su vida a medida que también la van construyendo. Capaz que antes en los espacios de terapia del HESM podían llegar a hacerlo, pero después en dónde iban a poder historizar. En el hospital capaz uno contaba algo pero no había una escucha del otro lado, creo que se trata de escuchar y de poder devolver algo, si es que es necesario devolver, porque muchas veces no lo es.

¿De qué modo se registran estas trayectorias subjetivas de los usuarios?

Bueno, en el grupo de whatsapp básicamente contamos en crudo un montón de cosas, un delirio lo pasamos tal cual para poder analizarlo, ahí es como que está todo. Vamos a la casa y cuando salimos hacemos como un resumen de lo que ocurrió, de las cuestiones significativas. A mí me gusta en lo particular poder transmitir algo más de lo clínico, no de lo anecdótico. No es que digo “ay bueno estábamos caminando y vimos un limón, y de ahí tiró una frase que con ese limón mi abuelo condimentaba todas las milanesas y de ahí salía algo”, bueno, esas cosas están todas en el whatsapp. Cada uno debe llevar también, yo tengo mi cuaderno con un par de frases, yo llevo lo mío también de vez en cuando, mis crónicas. Creo que cada profesional debe tener algo. Y después en reunión de equipo también se vuelve a alguna frase significativa que volvemos siempre a esa o las retomamos. Supervisamos y retomamos siempre la misma frase, la construimos en el tiempo, trabajamos sobre alguien hoy “ah mirá, vos sabes que para el cumpleaños el año pasado dijo lo mismo. Hay que ver porqué resuena tanto”. Después en la historia clínica (HC) lo que se transmite es lo básico digamos. En el whatsapp es donde está todo y donde surgen cosas copadas.

Hay un calendario también, con fechas significativas como los cumpleaños de los usuarios y de los profesionales del equipo. Por ejemplo, se ha pasado algún cumple de los profesionales y lo llaman. O la otra vez, no sé si fue el día del padre o qué, y a un profesional lo llamaron. O justo lo llamaron por otra cosa y le dijeron “feliz día” porque era su primer día del padre.

En los cumpleaños tratamos de acompañar también. Antes como que acompañábamos la construcción de eso y ahora es como que les preguntamos y si quieren organicen e inviten. Antes movilizábamos más nosotros porque sabíamos que no había recursos para que ellos puedan organizar algo y llamarlos por teléfono uno por uno para invitar, o cada vez que íbamos en la semana nos invitaban. Ahora se ha perdido un poco eso o creemos, no que no sea necesario, pero les devolvemos “che, es tu cumpleaños dentro de dos semanas, ¿tenes ganas de hacer algo?, ¿qué te gustaría?, ¿tenes ganas de hacer algo con el equipo o con tus compañeros?”. Pero antes sí hacíamos más fiestas y la pandemia también tuvo sus efectos en esos eventos.

Hay un escrito también, creo que esto lo hicimos para el año de la Casa, en el que se hacía la diferencia entre el HESM y la CMC, donde pudieron dar cuenta de un montón de cosas. Pensando en que cumplimos un año, dijimos bueno, qué ven. Fue escrito por ellos, yo incluso estaba presente

cuando lo armamos, y más que nada por J. que él es tan políticamente correcto, fue el que pudo escribir un montón de cosas. Porque por ahí hay otros usuarios que les preguntás y te dicen “na, es lo mismo el Hospital que la Casa” y otro día te dicen que no es lo mismo. Las veces que no quieren cocinar te dicen “aguante el hospital”, va variando eso (risas). Pero ellos tienen registro del cambio subjetivo. No sé dónde está ese escrito, pero debe andar por ahí, seguro.

¿Se presentan disidencias o conflictos por parte de los usuarios en relación a los acuerdos de convivencia? ¿Cuáles?

Sí, por supuesto, en ese sentido es como una casa común y corriente, en donde se enojan por quién no lavó, a quién le tocaba cocinar y no cocinó, quién no limpia, quién tira la yerba fuera del tacho de basura. El espacio de Asamblea es para poder conversar sobre esos asuntos de la convivencia.

¿Qué estrategias se implementan para realizar un empoderamiento subjetivo, teniendo en cuenta la organización de espacios, tareas y responsabilidades de los usuarios?

Se acompaña un poco en la organización de los horarios como para apaciguar esto de la convivencia, pero ya no se marca tanto eso. Antes capaz nos llamaban y nos decían “che, no cocinó tal ¿qué hacemos?” y ahora no, “arréglenselas”. Ya está, ya pasamos a otra etapa, pero con estos usuarios en particular, capaz si hablamos de otro grupo de usuarios sería distinto de acompañar. Yo creo que eso tiene que ver mucho con la singularidad de cada Casa. Sí marcamos ciertas normas, por ejemplo si uno se va a la noche tratar de que avise, como pasa en toda casa. La música muy fuerte no, se puede escuchar un poquito alta pero no en los horarios de descanso, que me parece que son estrategias que no tienen que ver con la institución total, sino con una organización de vida que todos tenemos en lo cotidiano, en los edificios o en las casas con quienes convivimos. O bañarse y secar el piso después. También es pensarlo en el proyecto de que el día de mañana vivan solos o con otros, que también sepan hacer de todo un poco, como que la basura se saca a la noche, ese tipo de actividades, saber que la cocina hay que limpiarla, que no se limpia por sí sola. Se trata de ir acompañando eso, aprendiendo lo básico para que se manejen, la intención sería que ellos puedan lograr una vida autónoma. No sé, antes acompañábamos los fines de semana, ahora ya no, entonces es una cuestión de que pueden estar solos y se manejan re bien, y si hay una urgencia tienen que llamar por teléfono y listo, o a la ambulancia directamente.

¿De qué manera se promueven los lazos sociales entre los habitantes de la Casa?

Depende de los momentos de la Casa, capaz que en un principio sí se hacían más actividades o se organizaban de un modo más grupal también. Es decir, si te vas a cocinar para vos tenes que

cocinar para todos, esto del grupo. En las Asambleas también, hacemos dos semanales. Hay un espacio de Paseos también, después salidas, otras actividades grupales que van surgiendo. Por lo menos yo creo que en un principio fue para que registraran al otro, que hay un otro primero, y después no es que forzamos el tema del lazo ni que se hagan amigos por así decirlo, sino que se respeten como convivientes y nada más. Por ahí sí hacemos una ronda y nos quedamos charlando, compartiendo entre todos un modo de generar el lazo. A veces la figura del trabajador que viene de afuera genera eso al llegar, que todos estén alrededor y poder intercambiar. Pero sí, antes había un mayor orden de actividades, ahora si se putean porque uno no cocina y bueno, arréglenselas como ocurre en toda casa. No es que fomentamos el lazo, sino el respeto por el otro, respetar que hay un otro.

Si uno lo que busca también es una inclusión total, hay que acompañar eso, el respeto de ellos por los otros también. Tienen que entender que hay normas que hay que respetar, hay cosas que no se pueden hacer y no hay que hacerlas digamos. No importa si sos loco o no sos loco, hay que hacerlas. Lamentablemente vivimos en una cultura que tiene sus normas.

¿Cómo se materializan estos DDHH en relación a la sujeción de los usuarios con la comunidad?

Depende de las situaciones, hay veces que no pasa eso. Se me ocurre que se materializan al poder compartir palabras con un vecino y que no lo discrimine, ir al supermercado y hacer la cola, que se demore en pagar y no lo estén apurando. Como cualquier persona que ha sido estigmatizada, el lugar de la espera, de la escucha, de ser un cliente más, de poder tratarlo como tal, como una persona, poder explicarle, devolverle. Por ejemplo si va a un turno, que le devuelvan bien, explicándole qué es lo que tiene, cuándo tiene que volver, tratar como hay que tratar a las personas y que a veces no ocurre en ningún lado. A veces se materializan, a veces no.

No recuerdo ninguna situación puntual donde haya habido un conflicto. Ellos tienen por ahí el estigma de la policía que los miran como otros, como delincuentes, eso sí lo han llevado en sus relatos. Debe haber millones de situaciones pero no nos llegan o no las interpretamos como tal.

¿En qué aspectos cotidianos puedes reconocer elementos como: la autonomía, la capacidad de organizarse y el desarrollo de aptitudes en los usuarios?

En todo, desde levantarse y tomarse un colectivo para ir a un turno médico, hasta cuando el que tenía que cocinar no va a volver, resolver cómo los que están presentes van a cocinar. En cuestiones de la casa también, cuando se rompió algo registrar que se rompió, por ejemplo que se quemó el foco. O si van a cocinar, descongelar la comida el día anterior. El pago de los impuestos de la casa también, antes no lo hacían, ahora sí, ellos dividen y la mayoría de las veces va uno y paga. Son pequeños grandes logros. Creo que pueden reconocerse en todo, es el objetivo del dispositivo también.

¿Qué me puedes comentar sobre el registro y el ejercicio que tienen los usuarios sobre sus propios derechos?

Creo que lo trabajamos siempre pero de manera implícita, porque por ahí cuando uno dice “vos tenes derecho a...” es como decirles “porque vos no tenías derecho”. Pero por darte un ejemplo, uno de los usuarios llevaba su currículum vitae a la Municipalidad como cualquier persona. O así también cuando les transmitimos “tenes que hacer la cola” es porque todos tenemos que hacer la cola. En ese sentido es, no desde la exclusividad sino desde lo que todos debemos cumplir.

¿Qué consideras que se puede mejorar en el dispositivo CMC teniendo en cuenta tu experiencia de trabajo y en relación a la Ley de Salud Mental 26.657?

Cuesta que se den todas estas cosas que venimos hablando, pero creo que la CMC da el espacio para que se produzcan procesos de subjetivación. Creo que falta un montón todavía, muchísimo. Lo de las internaciones prolongadas en el hospital son años, es una vida. Son dos vidas distintas en realidad.

Y por ejemplo, en relación a lo laboral, para mí no están las propuestas necesarias. Creo que hay un montón de cosas que tienen que cambiar, tendría que haber cupos en las instituciones y no los hay, creo que falta un montón. En relación a la inclusión, tendría que estar la posibilidad de que ellos puedan trabajar, de última que pague el Estado, no sé cómo sería, desconozco, pero sí creo que hace falta una red que aloje y dé trabajo. Sino ellos terminan concurriendo a las actividades que les ofrece el Hospital de Día (HDD), termina en el mismo circuito del que estaría bueno salirse también.

También podría pensarse con “lo educativo”, pero por ahora no hemos tenido un caso puntual, como ya son todos adultos más que nada uno piensa en lo laboral. Creo que no se ha dado ninguna propuesta más que algún usuario que está en El Entrevero del hospital, pero más que eso no hay una inclusión, no hay una red, me parece que no está muy medido eso. También tienen que haber recursos más allá de lo que propone la ley, del hospital o de lo que fuese, que puedan acompañar por ejemplo al dueño de ese negocio que lo vaya a emplear, se me ocurre. Pero falta, estamos en cero con eso.

SEGUNDA ENTREVISTA

Se mantiene una entrevista de 49 minutos, el día 6 de diciembre de 2021, de 10:00 a.m. a 10:49 a.m., de manera virtual a través de la plataforma Google Meet. La misma fue grabada con consentimiento de la persona entrevistada para la presente transcripción.

Edad: 31

Profesión: Técnica en Acompañamiento Terapéutico

Años de ejercicio en la profesión: 7 años

Contame de tu formación, desde cuándo trabajas en el dispositivo de CMC y acerca de tus roles y funciones en él.

Ahora estoy como en proceso de salida de la Casa. P., la usuaria a quien acompaño, ya no está más en el dispositivo, así que en ese sentido creo que estos jueves van a ser los últimos de mi participación en el dispositivo.

Arranqué a trabajar en CMC a fines del año 2019, justo me tocó dos años pandémicos para laburar, así que fueron años complejos. Soy acompañante terapéutica, así que estoy hace dos años en CMC. Y yo creo que el rol del AT se fue construyendo, no es que estuvo dado de antemano o que hubo un ABC acerca del rol que debiera tener el acompañamiento terapéutico en el dispositivo. Sino que, fue una construcción que llevó por un lado la militancia de los AT que formamos parte de la Casa y por otro lado la apertura del equipo que también fue buscándole una modalidad al acompañamiento. Porque lo que tiene el dispositivo de característico, de innovador, tiene que ver con que es un dispositivo en donde todos los trabajadores de la institución trabajan en el marco de la cotidianeidad de los usuarios y las usuarias que allí viven. Entonces, en ese sentido, era como buscar una interseccionalidad que le diera lugar al laburo de los AT entendiendo que desde las reuniones, desde las mesas del dispositivo, se van acordando y delimitando ciertas estrategias de intervención que después se llevan adelante con la pluralidad de los compañeros y compañeras en los días en que cada uno va a la Casa. Entonces, por ahí es, consensuar qué intervenciones van a formar parte de los acompañamientos y qué intervenciones, dentro del marco de la cotidianeidad porque recordemos que es una casa de medio camino en donde se trabaja con esa cotidianeidad, va a recaer en cada rol y en cada figura. Pero bueno está todo como ahí, incluso hubo momentos muy grises, en que los AT realizábamos actividades grupales o participábamos de las Asambleas.

En un principio construimos una figura de igualdad en relación a las actividades que hacíamos, sólo nos dividíamos actividades, y después fue decantando en que las demandas de les usuaries empezaron a caer de lleno en los acompañantes. Encima estábamos ubicados en un lugar distinto, porque no era lo mismo por ejemplo el rol de la figura del coordinador o la coordinadora que

la del enfermero. Les usuaries sabían eso y lo ponían a jugar también sobre la mesa, entonces sobre les AT caían un montón de demandas en relación a ese lugar más del semejante. Hubo que repensar cómo íbamos a avanzar en relación a las intervenciones de cada una y ahí fue que delimitamos que les AT no tuviéramos la llave donde está el dinero, porque se habían generado unas situaciones en torno a eso. También que no participáramos de las Asambleas, o sea, que empezáramos a buscar acomodarnos en roles que sean más identificados al acompañamiento con la persona que estábamos acompañando en realidad. Entonces fue como que no estuvo dado de antemano, lo fuimos construyendo en conjunto con el equipo, hasta dónde y cómo ir ordenando esas demandas que van llegando a los acompañantes. Ahí hubo un segundo tiempo en donde empezamos a trabajar los AT más individualmente con el usuaria con el que estábamos interviniendo y se generó también como una figura un poco más fuerte en ese sentido, para pensar o delimitar algunas estrategias, pero bueno, creo que es un modo de un montón de otros posibles y quizás en otro momento el modo sea otro. También eso fue variando en relación a la cantidad de compañeros que haya en el dispositivo, cómo se va ordenando la cotidianeidad de les usuaries.

En relación a esto de la demanda, ¿te acordás cómo llegaste al dispositivo o lo que los AT denominamos “el pedido de acompañamiento”?

Sí, me convocaron las coordinadoras. En la entrevista estuvo una Trabajadora Social y las dos coordinadoras de la Casa. Me hicieron una entrevista para contarme un poco acerca de cuál era la particularidad del dispositivo, cuál era la idea de los AT que haríamos la intervención con la situación de la usuaria con la que estoy trabajando y en realidad el nexo fue por la otra AT que ya estaba trabajando en CMC y que les sugirió mi ingreso al dispositivo. Mi llegada a la Casa fue en un espacio de paseo, un viernes que era cuando se sostenían en ese momento, que los sostenían los AT y me incluí en ese espacio grupal en principio y ahí la fui conociendo a mi acompañada. Fue en ese primer encuentro más grupal y después fuimos tejiendo algo más individual, pasa también que con la característica que tienen les usuaries que han estado tanto tiempo cronificados, lo que sucede es eso digamos, que el uno a uno se vuelve por ahí muy insoportable para generar vínculo y que es por otros lados en donde lo grupal justamente viene muy bien para generar estos vínculos transferenciales y después sí poder laburar más en el uno a uno.

Así fue en mi caso en particular, igual cuando yo ingreso se ve que ya existía esa modalidad de trabajo de lo grupal, creo también que la otra colega había ingresado a principios de ese año, o sea no hubo tanta diferencia en los ingresos de los AT aunque yo había sido la última igual. Existía esa modalidad y era como la más sencilla para vincular, sobre todo por las características que tenía la usuaria que yo acompañaba, en donde la cuestión del deseo estaba muy apagada, no había ningún tipo de demandas, incluso el acompañamiento pasa a una intervención institucional para posibilitar que algo de eso surja, de pensar en un proyecto, por el aplanamiento subjetivo que se estaba vivenciando

en ese momento. Entonces lo individual era muy difícil de empezar a laburar y lo grupal fue el puntapié.

Anteriormente comentaste que estas en proceso de cierre y salida del dispositivo, entonces ¿se pudo concluir la externación de la usuaria a la que acompañas?

Sí, un poco pudo la usuaria y otro poco fueron las mismas coordenadas que fuimos barajando desde el equipo porque el recurso ya no funcionaba para su situación. Ella quería vivir con sus hijos y ellos, por sus características, estaban colapsando la institución. Ahí se delimita junto a ella cuáles eran las posibilidades y alquiló un departamento en donde actualmente está viviendo con sus hijos. Si bien se la sigue acompañando con el ordenar lo económico que era una de sus grandes dificultades y el punto que no le permitía esa autonomía completa, que tenía que ver con no poder decir “no” y avasallar un montón de cuestiones en relación al dinero, ahora se sigue acompañando con esa parte puntualmente pero ella sigue viviendo con sus hijos alquilando un departamento y van sobreviviendo del día a día. Pero sí, ya no está más en CMC, y yo por ahora estoy porque ella está en ese anclaje todavía a la Casa. No es que se va de la Casa y se cierra el acompañamiento institucional del dispositivo, sino que se hace todo un segundo o tercer tiempo que tiene que ver con acompañar ese nuevo habitar en su casa, desde otro lugar sosteniendo un poco lo que viene sucediendo. Pero bueno, mi acompañada se mudó ya en mayo de este año, así que ya estamos en un tiempo como de generar un traspaso completo al equipo tratante que está en HDD.

¿De qué manera se acompañan estos procesos de externación de los usuarios?

No es sin preguntarnos un montón de cosas. Cuando comenzaron las externaciones, la primera fue la de D., luego la de mi acompañada, son dos les usuaries que van externados al día de hoy, nos hemos replanteado un montón de cosas como por ejemplo “el medio camino hacia dónde o hacia qué”. Lo que sucede mucho es que son personas en situación de pobreza, entonces el destino suele ser una cagada básicamente, porque no hay políticas habitacionales. Vos generás esto de empezar a cerrar los manicomios, a externar usuaries que están ahí solamente porque son pobres, no porque no puedan vivir en autonomía, entonces generás este proceso que tiene que ver con la CMC, generar ciertas cotidianidades que fueron absolutamente avasalladas por una institución totalizante. Entonces me parece que es “un medio camino” pero faltan políticas públicas en ese “hacia dónde” que tiene que ver con “ok, generás el dispositivo de medio camino pero también tenes que generar las posibilidades o las oportunidades para que esas personas puedan generar un destino, un hacia dónde. Para mí eso está absolutamente en la nada, no hay políticas públicas que estén pensando en ese otro tiempo, entonces es como crear artesanalmente esos otros tiempos o las redes que les usuaries tienen y con las posibilidades de saber que siempre es mejor por fuera de una institución totalizante.

Esa perspectiva en relación a los DDHH, entendiendo que encerrar nunca es una política pública de salud. Entendemos que, y lo hemos evidenciado, les usuarios que se fueron no quieren volver ni al hospital ni a la CMC porque los entienden como instituciones. Ahí hay una cuestión del control totalizante que se juega en esos espacios, entonces me parece que sí genera dignificar la vida pero cuál es el concepto de dignificar la vida. Entonces ahí nos hacemos ese planteo todo el tiempo, si vivir en una casilla o en un monoambiente todos apretados, o no tener una entrada económica más que una pensión que no te alcanza para nada porque es casi menos de la mitad de lo que es un salario básico y la canasta básica. Entonces vivir de la changa, vivir de los comedores, cuánto tienen de dignidad cuando pasaron tres años viviendo en una casa con un montón de servicios pagos, con comida y un montón de cosas. Entonces ahí se te juega todo, y también es entender y acompañar qué es lo que el usuario quiere, por ahí también se nos juegan estos puntos porque también nos preguntamos si es una mirada clasista quizás, y entender que los usuarios que durante toda sus vidas y sus infancias atravesaron culturas que tienen que ver con la changa y el sobrevivir, no pueden generar espacios de felicidad en ese sobrevivir digamos. Es muy complejo, creo que no hay una respuesta, vamos delineando el camino a camino, como escuchar que mi acompañada quiere vivir con sus hijos y avanzar en ese sentido, en dignificar lo más posible ese encuentro y ese habitar desde el deseo que ella pueda expresar, pero no es sin un montón de cosas que se nos juegan a los trabajadores en relación a qué pensamos que es una vida digna, o qué es digno y qué no lo es, y cómo acompañar eso sin que los usuarios no puedan comer durante una semana, que sabemos que eso serían como ciertos puntos o límites que nos dicen que por ahí no es, pero es estar escuchando y tratar de identificar, es muy complejo cuando las políticas públicas no acompañan y también complican la externación del resto. Creo que en parte muchos de los usuarios que pasan por la Casa, continúan allí pero porque las coordenadas de vida por fuera no están dadas. Quieres alquilar algo y tenes que tener tres garantes, cuando los sujetos ni siquiera tienen familiares, entrar a cualquier departamento es un quilombo, están carísimos, un departamento no baja de \$12.000 y cobran algo más que eso nomás, entonces no les queda para pagar la luz ni vivir. Es muy complejo pensar las externaciones vinculadas a qué es una vida digna, creo que esa es una de las problemáticas que todo el tiempo retorna en el dispositivo y que nos preguntamos todo el tiempo acerca de cómo, qué y hacia dónde, y escuchando también lo que los usuarios traen. En la experiencia de la usuaria a quien acompañé particularmente, toda su historia estuvo atravesada por la pobreza, entonces tal vez era más un impacto nuestro, en los trabajadores, que en ella misma, que de hecho sobreviven y se la rebuscan en las changas diarias, quizás es algo que está más naturalizado porque no hubieron otras oportunidades a lo largo del trayecto de su vida que le dignifiquen de otra manera. Y bueno, evidentemente se compensa en ella en el vínculo familiar y en poder construir esa familia que toda la vida quiso y que nunca se le dieron las posibilidades y hoy lo tiene y eso es súper piola digamos. No es poco pero creo que se nos juegan humanamente un montón de cosas a los trabajadores que tienen que ver con eso. Creo que si hubiese políticas públicas puestas en ese tercer tiempo sería mucho más dignificante y re-instituyente, porque también no nos olvidemos que son usuarios que han estado un montón de tiempo encerrados, entonces ahí me parece que hay que

reinstaurar derechos, y hacerlo es también posibilitar que el día de mañana puedan acceder a una vivienda, a ciertos derechos básicos que garantizan la vida, poder sobrevivir al menos, un techo, comida y trabajo.

Recién mencionabas la cuestión del control y del avasallamiento de las cotidianidades por parte de las instituciones totalizantes, ¿qué efectos desubjetivantes pensas que éstas pueden producir en estos usuarios que han vivenciado internaciones crónicas en este tipo de lugares?

Me parece que hay un montón de cosas que tienen que ver con esta cuestión de que a las cotidianidades las marca la institución. Cuando los usuarios llegan a un dispositivo como lo es la CMC, hay que volver a armar toda esa cotidianidad, el reconocimiento del propio cuerpo, los olores del propio cuerpo, cuándo te tenes que ir a bañar, cuándo a afeitarse, los tiempos de las comidas y también el deseo de que eso surja, porque uno al principio es como que presta esos andamiajes como apuesta de que algo de eso pueda tomar el usuario para después volverlo propio y en ese sentido creemos que hay un arrasamiento total, salvo particularidades que eso ya es parte de las personalidades, pero hay un arrasamiento en casi todo. No poder evidenciar la mugre o el estar haciendo algo y tirarlo. También en ese sentido como trabajadores nos problematizamos un montón de cosas pero también cuánto es un arrasamiento, cuánto es una cuestión cultural, cuánto es el hecho de que vivan en una institución entonces quizás no se lo apropiaron como casa, entonces como no es mi casa no la limpio. Entonces hay un montón de aristas como para pensar qué es lo que sucede con los usuarios del dispositivo. Sin embargo, creo que sí hay una cuestión del reconocimiento de la cotidianidad que no está, incluso también ellos cuando relatan que cuando salen a la calle la gente los mira, que se nota que ellos son locos, se identifican como locos ante el otro, me parece que hay un montón de efectos que hacen a la institución totalizante que se ven esa cotidianidad, en ese día a día, en esto de no poder identificar la mugre, cuándo bañarse, por ahí de no noche no comían solo porque nadie quería cocinar, entonces son como rituales de las instituciones totales que quedan en el cuerpo, o poder sentarse y mirar la pared durante horas en el dispositivo. Me parece que esto es un efecto desubjetivador de la institución total, en donde pasan mucho tiempo haciendo eso, nada, mirando la pared. Creo que cuesta y ha sido un laburo de empezar a prestar esos deseos para pensar actividades y proyectos de vida, que ni siquiera se preguntaban eso, qué quiero o hacia dónde. Ha llevado años que los usuarios empiecen a pensar proyectos de vida y eso son efectos de la institución.

¿Pensas que el dispositivo posibilita la construcción de una “cotidianidad sustitutiva” a la manicomial? Si es así ¿de qué manera?

Creo que el dispositivo piensa espacios para pensar en conjunto por ejemplo en las Asambleas, que se hacen todas las semanas, en donde se busca que los usuarios puedan ir delimitando cuestiones que tienen que ver con la convivencia y la cotidianidad, que van armando ese andamiaje de otras

posibilidades y de otros espacios de decisión, que creo que tiene que ver con devolver un poco el lugar de decisión sobre los propios cuerpos y sobre las cotidianidades. Entonces el espacio de Asambleas es un espacio horizontal en donde justamente la idea es que circulen los criterios, las palabras y los intercambios para pensar una convivencia en el dispositivo entre ellos mismos al igual que invitarlos a pensar proyectos de vida, actividades que generen una cotidianidad distinta, desde dividirse quién va a preparar el almuerzo de ese día. Me parece que son todas escenas de la vida cotidiana que tienen que ver con decidir con otros y con decidir uno mismo con relación a eso, entonces me parece que todas esas son escenas que posibilitan la toma de la palabra y la subjetivación.

¿Qué efectos producen estas nuevas cotidianidades a nivel subjetivo? ¿Viste logros inesperados en un usuario?

Creo que el hecho ya de poder pensar un proyecto de vida es un logro. En el primer usuario que se externó, el dispositivo terminó acompañándolo porque sus tiempos no eran los nuestros y era el primero que se iba a externar entonces nosotros estábamos yendo de a poco, y en una patada fue y se buscó un alquiler, alquiló y en quince días se mudaba, y fue como correr atrás del propio usuario, que ya había marcado su eje pero fue una cuestión de nosotros de que queríamos acompañar súper ordenadamente y él en su propio acelerar fue como taca-taca-taca. Creo que es eso, cuando vos empezás a ver que el usuario te marca la cancha de que está queriendo esto y uno acompaña en ese sentido, creo que va por ahí. Recapitulando dos años, al menos desde que yo estoy en el dispositivo, creo que todos han podido, resuena en la charla cotidiana de la Casa “hacia dónde voy, qué proyecto quiero o qué trabajo me gustaría tener”. Todas esas charlas, incluso después de que se externó el primer usuario, ahí todo el mundo comenzó a preguntarse hacia dónde y fueron marcando la cancha de poder decir o al menos pensar qué es lo que cada uno quiere. Esos son efectos súper importantes que van marcando esta cuestión más subjetivante y más del deseo de acompañar un poco eso.

¿Qué estrategias se implementan para realizar un empoderamiento subjetivo, teniendo en cuenta la organización de espacios, tareas y responsabilidades de los usuarios?

El hecho de no ocupar la Casa o no tener reuniones allí, creo que es una estrategia que viene a generar una cotidianidad por fuera de lo institucional o tratar de mediar lo institucional en relación a habitar una casa. También el hecho de que no vayamos todos juntos, sino esto de que máximo vayan dos trabajadores a la vez, para no invadir en esas estrategias. Por ahí en no contestar el teléfono cuando son demandas que no tienen ningún sentido y que debieran resolverlo ellos, como devolver un poco esa pelota de hacerse cargo de su cotidianidad, creo que son esas estrategias que van generando que empiecen a tener que tomar ciertas definiciones porque si no, en esto que hablaba recién de lo desubjetivante, varias de las demandas empiezan a centralizarse en esa persona que va y a pedir respuesta, que necesito ayuda con esto o lo otro, que cuando no estamos no sucede y se resuelve.

Entonces a partir de esa ida y vuelta ver qué cosas sí y qué cosas no, y vamos delimitando. Por ejemplo, al cajero no se los acompaña, que vayan solos porque pueden hacerlo. Entonces vas armando estrategias en relación a lo que ya identificás que pueden. Ahora entraron dos usuaries que yo no conocí porque ya no estoy en el dispositivo pero tiene que ver con diferentes momentos, el momento de la reciente llegada, el momento de construir las cotidianidades y el momento de retirada de los trabajadores para que algo de eso opere sin la mediación del dispositivo institucional de los trabajadores mismos. Pero son estrategias que se van delimitando en el caso a caso, en la particularidad, y en la mesa del dispositivo. Nos lleva más tiempo definir las estrategias con cada usuarie que el laburo en sí mismo que se realiza en la institución en concreto en esa cotidianidad. Las reuniones son una estrategia súper importante para no cagarla básicamente, sino cada uno haría cualquiera, y nos van ordenando a nosotres el hasta dónde con cada quién. Insisto en esto porque ahora que hay otros usuaries nuevos, obviamente la presencia es otra porque se entiende que recién están llegando a la casa a habitar otro espacio pero se va delimitando en lo que cada usuarie puede y en base a eso el hasta dónde de la intervención del equipo.

Ahora hay un usuario y una usuaria nuevos, pero no los llegué a conocer así que no te puedo contar mucho acerca de ese nuevo proceso, y antes de que yo ingrese al dispositivo también hubo un usuarie que no llegué a conocer. Después entró otro usuarie mientras yo entraba pero estuvo un tiempito nomás, ahí fue caos porque evidentemente no era el dispositivo para él y terminó decantando en una nueva internación. No estuvo mucho tiempo ni se pudieron tejer tantas redes porque ahí había más una cuestión de la propia situación subjetiva del usuarie, deliraba todo el tiempo, había una desorganización subjetiva constante y crónica, que hacía que no pudiera vincular con otros, entonces su paso fue muy acotado, muy pequeño digamos, y evidenció de que no estaba como para habitar este otro espacio. Fue caótico pero porque no estaban dadas las condiciones, creo que también que eso es necesario tenerlo en claro, que es una prueba y error y que tiene que ver con que no todos los usuaries son para el dispositivo, creo que tienen que haber ciertas coordenadas que tengan que ver con la autonomía, con la posibilidad de vincular, que hacen habitar una casa de convivencia, no es para cualquiera.

¿En qué aspectos cotidianos puedes reconocer esto de la autonomía, la capacidad de organizarse y el desarrollo de aptitudes en los usuarios?

Eso creo que depende de cada usuarie, un poco el laburo clínico que tenemos es justamente el de las particularidades desde las singularidades. Partiendo de sus propias historias, creo que cada uno ha construido algo y va trayendo cuestiones que le son más amigables. Pero por ejemplo el poder definir si ir o no a un taller, el poder definir cuáles son los gustos e intereses que cada uno elige, el hecho de definir qué vamos a comer, hay un montón de cuestiones que tienen que ver con los proyectos de vida y las cotidianidades que cada uno va generando. Otro ejemplo, lo del primer usuarie que se externó, siempre estuvo muy atravesado por el trabajar entonces uno de sus ejes fue el

trabajo y definitivamente hoy está trabajando en el HESM de ordenanza en el Bar. Me parece entonces que cada uno va tejiendo eso en relación a lo cotidiano, por ejemplo la usuaria a quien acompaño y que recientemente se externó, ella decía que nunca le gustaba hacer nada en la Casa, sin embargo en su casa ahora limpia, lava, cocina, todo, o sea es una jefa de hogar zarpada. Entonces me parece también que tiene que ver con momentos y con cotidianidades de cada uno.

¿Y de qué manera se registran estas trayectorias de los usuarios?

Se evolucionan en las HC del HESM, el dispositivo lo que tiene institucionalmente es que “es un entre”, así como su nombre lo dice, queda en un entre y no es que tiene como una autonomía respecto del hospital. Es una dependencia del mismo hospital, entonces las evoluciones se hacen en las HC. Nosotros tenemos un whatsapp como medio de comunicación cotidiano, porque después tenemos también una reunión semanal y después durante la semana no nos cruzamos por esto de ir salteados y no todos juntos a la Casa e invadir esa cotidianidad hogareña. Entonces tenemos un whatsapp en donde todos los días vamos pasando resúmenes de lo que se va registrando de lo que va sucediendo, para llevar toda una línea de acción hasta vernos la próxima semana. Ese es el más cotidiano, después el más oficial serían las HC.

¿De qué manera se promueven los lazos sociales entre los habitantes de la Casa? ¿Se presentan disidencias o conflictos por parte de los usuarios en relación a los acuerdos de convivencia? ¿Cuáles?

Muchos de los dispositivos grupales que se crearon tenían que ver con poder generar esa convivencia y ese lazo con el otro, de poder también resolver con otros porque uno cuando convive tiene que poder resolver un montón de cosas con las personas con las que vive. Entonces pensar este lazo social como compañeros convivientes en una misma casa, también fue una construcción, no es que desde entrada definieron juntos quién limpiaba y quién cocinaba y cómo se hacían cada una de esas cosas, sino que es una construcción de un grupo. Entonces creo que los espacios grupales tenían como finalidad generar ese espacio de pertenencia grupal de quienes vivían en la Casa y después con el afuera. Son dos tiempos distintos, uno fue el de crear grupalidad dentro del dispositivo y después fue el de generar lazos en la comunidad, que tiene que ver un poco con lo que te decía de que les usuaries salen a hacer un trámite y dicen “no porque ellos saben que yo soy loca”, entonces le digo “pero no tenes en la frente un papel que diga que viviste en el HESM”. La percepción del sí mismo como que la comunidad los percibe como locos, y en ese sentido hay un montón de cosas que no se van a dar socialmente, creo que trabajar acerca de poder deconstruir también ese mural que ha generado la institución, esa piedra que cargan les usuaries de identificarse desde el lado de la locura y de la imposibilidad del lazo con el otro es súper heavy y tiene que ver con esta cronificación que hablábamos de las instituciones totales en donde primero hay que sacarse un poco también esas

sentencias que han quedado marcadas en el cuerpo en donde pareciera que el relacionarse con cualquier ser humano es relacionarse desde posicionarse “soy víctima o soy loco”. Es muy complejo y que incluso eso hace que cuesten las actividades sociales porque también la comunidad es una cagada y es cierto que los miran y que identifican lo diferente, y lo diferente socialmente genera rechazo. Hay que laburar un montón como comunidad ese tipo de cosas, recuerdo incluso una frase de mi acompañada que estaba yendo a una verdulería que le quedaba a tres cuadras de la Casa, habiendo una en la esquina. Entonces le pregunto por qué iba a la que les quedaba más lejos y me responde “porque en la que está a tres cuadras me tratan bien”, entonces ahí también se juega con quiénes y cómo vínculo en relación a lo que me devuelve el otro, que van tejiendo sus cotidianidades pero que también socialmente es una cagada que estemos a 2021 teniendo que dar estas discusiones de exclusión de lo diferente. Por eso falta y cuesta un montón que les usuaries habiten la ciudad por lo que le devuelve la ciudad en sí misma y porque socialmente hay mucho rechazo hoy, y no porque no puedan por falta de autonomía.

Y en relación a lo que me preguntabas de los conflictos, es algo que se presenta todo el tiempo, pero tiene que ver con esas convivencias que no son elegidas. Si algo tiene la institución es que no elegís con qué compañeros convivís porque no deja de ser una casa institucional más allá de que haya una cotidianidad que se construya ahí. Obviamente y creo que es bastante sano de que no todes nos llevemos bien entre todes, y menos en una convivencia porque eso quiere decir que hay algo que no cierra y que no nos da lo mismo, entonces creo que también es subjetivante en sí mismo, pero sí hay discusiones todo el tiempo acerca de quién limpia, quién cocina y quién no, qué hizo el otro, qué no hizo, de cuestiones de la cotidianidad y muchos señalamientos entre ellos en relación a eso pero que tienen que ver con ese habitar y ese convivir. No lo veo negativo sino necesario y que existan espacios para conversar acerca de esas cosas. Sí es muy difícil mover un poco cuando se empernan en algo, salir del lugar de la queja y construir algo que funcione. Eso sí cuesta muchísimo, esto desde lugar de la queja y no desde lo propositivo, y decir cómo ordenamos para que esto no suceda o en qué nos comprometemos para que esto deje de suceder. Sino queda muy en el plano quejoso de devolverle al otro sin construir una alternativa, pero bueno, se labura en relación a eso obvio.

¿Cómo se materializan los derechos de los usuarios en relación a su sujeción con la comunidad?

Es de manera artesanal y encontrando lugares amigables. Creo que hemos llegado, incluso no solo en relación a les usuaries del dispositivo, creo que en general todes nos manejamos recurriendo a espacios amigables ante el rechazo del otro, lo diferente y lo que se corre de lo hegemónico ya genera rechazo. Uno va construyendo espacios amigables para habitar ese circular, creo que los usuaries hacen lo mismo, usan la misma estrategia que usamos todes de encontrar esos espacios y anclarse en ellos para poder vivir y transitar en lo comunitario. Particularmente creo que falta muchísimo como sociedad, ni siquiera como política pública, aunque sí se podrían pensar políticas públicas que restituyan derechos como el de la vivienda, de pensar ese “hacia otro dónde” porque el transcurrir de

les usuaries sigue quedando como encapsulado entre instituciones. O están en un taller que depende de HDD y sigue estando todo concentrado en instituciones de salud, por eso hay que generar otras propuestas alternativas que tengan que ver con poder habitar socialmente la diferencia sin que sobrecaiga sobre instituciones de salud porque sino pareciera que el transcurrir de les usuaries tiene que ver con habitar espacios de salud o talleres pensados en relación a la salud, o al arte pero en un hospital o en instituciones que abordan la discapacidad o la locura. Nos falta romper esa estructura que sigue creando muros en donde uno habita, que tiene que ver con esto de seguir asociando a la discapacidad o la locura solamente a una cuestión de salud y no como una cuestión que como sociedad tenemos que empezar a aceptar las diferencias y a convivir con ellas sin que genere rechazo o exclusión social de los espacios. Es súper ideal que una persona con discapacidad no termine en una escuela especial porque sabemos que cada vez se encuadran más las cosas, cada vez vamos generando más rechazo y más exclusión encerrando la discapacidad por un lado, la locura por otro, como cada uno con su propio espacio. Hay que trabajar para generar conciencia sobre las diferencias en general y que los espacios se puedan habitar con un poco más de aceptación social, pero creo que nos falta avanzar como sociedad ya, me parece que es general.

¿Qué me puedes comentar sobre el registro y el ejercicio que tienen los usuarios sobre sus propios derechos?

No, no. Si hay algo que creo que se ha logrado en otras instituciones, no sé en el HESM o al menos poco de ingenua quizás, pero no hay una militancia activa. Sí hubo en algún momento, por el 2010 hubo una movida más institucional del HESM de los usuaries como militantes acerca de los derechos de las personas que habitan los manicomios, incluso había muchas marchas por el cierre de los mismos, fue un momento histórico en el que se habían empezado a generar esas luchas, que fue con la salida de la Ley de Salud Mental 26.657, en esa movida sí se habían tejido más militancia desde los propios usuaries acerca de los derechos, después eso decayó un poco ya con la salida de la ley e incluso con su reglamentación y fue más exigida por los trabajadores que por los propios usuaries. Se perdió un poco esa iniciativa militante de los usuaries en relación a la salud mental. Creo que los usuaries no tienen esa perspectiva, al menos los que están en CMC, incluso muchos hablan del rechazo a su propia locura, como que todavía hay mucha agua que transitar y construcciones que hacer para poder descrystalizar ese “ser loco” que aparece en un lugar de discriminación y no de empoderamiento.

¿Qué consideras que se puede mejorar en el dispositivo CMC teniendo en cuenta tu experiencia de trabajo y en relación a la Ley de Salud Mental 26.657?

Creo que el dispositivo de CMC va mutando constantemente en el que se van problematizando un montón de cosas en el día a día, si hay cosas para mejorar seguro que sí, que hay cosas que retomar, pero si tuviera que pensar en algo habría que empezar como a poner en escena o a insistir un poco más en ese tercer tiempo. La cotidianeidad nos lleva todo el tiempo a estar y resolver el día a día o

planificar estos proyectos pero debiera haber también un espacio más político para pensar en ese otro hacia dónde que tanto nos problematizamos y de forzar que empiecen a haber más políticas públicas para que ese tercer tiempo esté un poco más garantizado o sea un poco más digno.

TERCERA ENTREVISTA

Se mantiene una entrevista de 53 minutos, el día 20 de diciembre de 2021, de 7:00 a.m. a 7:53 a.m., de manera virtual a través de la plataforma Google Meet. La misma fue grabada con consentimiento de la persona entrevistada para la presente transcripción.

Edad: 31

Profesión: Licenciada en Trabajo Social

Años de ejercicio en la profesión: 7 años

Contame de tu formación, desde cuándo trabajas en el dispositivo de CMC y acerca de tus roles y funciones en él.

Bueno, apenas me recibí tuve unos trabajos más informales y después enseguida ingresé a la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM), hice mi formación ahí y ya desde el cuarto año estoy en la CMC. En mi formación, si hay algo que a mí me marcó es la formación interdisciplinaria que tuve en la RISaM, donde se aprende la interdisciplina en acto. La apuesta del trabajo interdisciplinario y la formación con compañeros de otras disciplinas fue súper enriquecedor y es una práctica que llevo adelante todo el tiempo a partir de la formación que tuve ahí, aparte como somos profesionales que recién egresamos, el aprender tan tempranamente esa modalidad de abordaje me parece súper enriquecedor.

Por otro lado formo parte en la Facultad de Trabajo Social de un programa de investigación y extensión que se llama “La producción social de la discapacidad”, que es también un equipo interdisciplinario y del cual formo parte hace más años aún, porque formo parte desde que era estudiante apenas ingresé en la facultad y la verdad que el pertenecer también a ese equipo, me sentó las bases de un posicionamiento ético y político también respecto de la intervención y de cómo abordar las problemáticas en el campo de la discapacidad y en el de la salud mental porque es algo que trabajamos en conjunto porque a partir de desterritorializar del campo de lo biológico las problemáticas, encontramos que ambas son procesos de desigualdad. Así que el politizar también esas cuestiones, fue central en mi formación. También hice el recorrido en la Maestría en Salud Mental de la UNER también, actualmente estoy haciendo la tesis, pero lo que siempre remarco son esas dos cosas: la del RISaM y la del pertenecer a “La producción social de la discapacidad”.

Cuando estaba terminando la residencia en el año 2018, fue cuando comienza este proyecto de CMC. En ese momento me convoca quien era el Director del HESM para formar parte del equipo, y la verdad que para nosotros fue un desafío muy grande. En ese momento conformamos un equipo pequeño con: la terapeuta ocupacional; dos residentes que estaban haciendo su evolución de cuarto año, una psicóloga y una médica, actualmente la médica continúa en el dispositivo; una acompañante

terapéutica que en su momento contratamos por medio de un programa nacional de discapacidad, porque el HESM no contaba con ese recurso; y un compañero de enfermería. Así comenzamos el proyecto.

Respecto de las incumbencias disciplinares que tenemos en el dispositivo o cuál fue nuestro rol, yo desde que comienza estoy en la función de coordinación. Es un lugar súper desafiante y siempre lo fue al menos para mí con el dispositivo, porque procuramos o entendemos que los roles son horizontales y que todos en realidad, al ser un equipo chico también, no es que yo estoy solamente en la función de coordinación sino también en lo asistencial. Y en lo que refiere a lo disciplinar, en una primera instancia se me convoca sí por lo disciplinar, porque se entendía que el trabajo social (TS) tenía algo para aportar en un dispositivo de este tipo, por la intervención en lo comunitario y lo social y su mirada, pero creo que también y por esto de la intervención interdisciplinaria, no están absolutamente estandarizados los roles que llevamos adelante. Por supuesto que no perdemos la especificidad de las disciplinas pero muchas veces nosotros decimos “todos acompañamos el vivir”, y en ese sentido el estar en la vida cotidiana de las personas te va generando una flexibilidad respecto de tus tareas y de tus horizontes para trabajar allí, que requieren de una plasticidad para poder abordar algunas cuestiones.

Respecto de disciplinas más clásicas en el campo de la salud mental, como pueden ser la psiquiatría y la psicología, es más cotidiano el contacto con estos campos, pero en el TS y en este tipo de dispositivos en particular, y que te parás desde un paradigma de salud mental y desde una perspectiva de DDHH, y con nuestra Ley 26.657 que refiere que la salud mental es un campo que se constituye por diversas aristas, lo que el TS aporta tiene que ver con una perspectiva de DDHH. El TS sobre lo que interviene o cuál es el objeto sobre el cual intervenimos, tiene que ver con una validación de DDHH, con un trabajo sobre problemáticas que se piensan de manera interseccional. Esto quiere decir que por ahí estamos trabajando con personas que tienen un padecimiento subjetivo pero que también son pobres, son viejos, son personas con discapacidad, y en ese sentido el TS lo que aporta tiene que ver con crear una mirada compleja, en situación, que aborde diferentes perspectivas que aborden lo grupal, lo singular, el abordaje con la familia, con lo comunitario, la gran apuesta tiene que ver con eso.

¿De qué manera se acompañan los procesos de externación de los usuarios?

El acompañar es singular también, muchas cosas de las que llevamos adelante en la Casa por más que esto suene como que no se puede agarrar de ningún lado sí se puede agarrar de muchos lados, y el acompañar tiene que ver con ser cuidadosos, con alojar y acompañar un proceso de externación donde los usuarios van encontrando o se van encontrando con otra realidad después de haber estado en una institución total donde se constituyen desde una posición desubjetivada, que están completamente arrasados, se tiene que acompañar a salir de esa posición. Entonces este acompañar tiene que ver con estar próximo y cuidar ese proceso para que la persona vaya deconstruyendo esos efectos que tuvo en

ese pasaje. Acompañar tiene que ver con cuidar a la persona, con estar en un primer momento, por eso digo esto de lo singular, porque acompañar tiene que ver con un cuerpo a cuerpo, con estar ahí, con hacer con-el-otro, acompañar en la actividad en sí misma, una actividad al interior de la casa como cocinar o limpiar un patio, ordenar la pieza, hacerse ahí, habitar la casa. Tanto eso como salir a la calle, tomarse un colectivo, estar en el barrio, ir al quiosco. Desde esas cuestiones hasta ir deconstruyendo un vínculo afectivo que se perdió por la institucionalización, llamar a sus seres queridos, usar un teléfono, el acompañar tiene que ver con eso, con no dejar a la persona arrojada ante tanta libertad que estaba cercenada en lo manicomial.

Recién mencionabas que quienes tuvieron un pasaje por una institución total, se constituyen desde una posición desubjetivada. ¿Pensas que existen efectos desubjetivantes en estos usuarios que han vivenciado internaciones crónicas en este tipo de instituciones? Si es así ¿cuáles?

Si hay algo que nos demostró la CMC es que esos efectos están en esas vidas, están en esos cuerpos absolutamente marcados y si hay algo que siempre decimos desde el equipo es que desinternar no tiene que ver con salir del hospital, sino con salir de una posición. El dejar el manicomio no tiene que ver con cruzar una puerta sino con esto que decíamos recién, con deconstruir una posición en la que los sujetos estuvieron ubicados por un montón de tiempo. Hay un montón de marcas que se notaron en el cotidiano de la Casa que tienen que ver con, por ejemplo, la pérdida de la intimidad, con no poder contar con un espacio de lo íntimo y lo privado, o paralelamente con esto, no poder tener un vínculo en una grupalidad. Nos pasaba mucho y nos pasa incluso aún hoy el mediatizar la palabra entre usuarios, el estar dos usuarios al lado y que a través nuestro se dirijan la palabra sin poder hablar de eso ahí. Nos pasaba también el hecho de no tener propiedad privada, nada era propio, excepto algún equipo de mate que incluso lo llevaban a la mesa de luz y no lo llevaban a la cocina. También los lugares estandarizados de la Casa dejan de ser los de una institución, entonces la habitación era el todo y el habitar la cocina, el patio, el lavadero es algo que incluso hoy lo hacemos. Lo mismo que, por ejemplo un placard, porque ni siquiera eso tenían en el hospital. En esto de la propiedad también hay situaciones incluso en las que los usuarios era la primera vez que tenían una llave para entrar y salir de una casa, por más de que tengan sesenta años, era la primera vez que ellos tenían la libertad de entrar y salir cuando querían. El preguntarnos a nosotros el primer tiempo, si podían o no hacer tal o cual cosa, y nosotros ahí marcando todo el tiempo “esta es tu casa, no me tenes que preguntar”. O, siguiendo y pensando en esto, el que deberían preguntar cuándo bañarse, qué comer y a dónde comer. Incluso contándonos a nosotros las primeras veces cuando volvíamos a la Casa, “ayer me bañé a las cinco de la tarde”, que antes era absolutamente impensado porque había que levantarse, bañarse y tomar la medicación, y así, todo totalmente estandarizado. Todas esas cosas se fueron deconstruyendo, lo mismo que ir flexibilizando las rutinas cotidianas, el poder hacer algo distinto al día anterior, eso cuesta mucho que lo puedan llevar adelante, y lo que decíamos hoy también de tanta libertad que también puede ser un riesgo, dejar a la persona así y no cuidar eso. Era muy notorio las primeras veces

que estaban en la Casa, una fue una siesta por ejemplo. Nosotros los acompañamos a la mañana, se quedaron durante la siesta y después volvimos, y estaban todos en la puerta esperando que entremos, encontrando en nuestra figura algo que marque el tiempo y la rutina, como preguntándose qué hacemos ahora, qué hay que hacer, me quedo acá o me voy. Incluso algo que ocurrió una de las primeras veces que quedaron solos y que es muy significativo fue que, descolgaron el reloj de la pared y lo pusieron sobre la mesa, les preguntamos ¿qué pasó con ese reloj, qué hace acá?” y nos dijeron “es para marcar el tiempo”. Así que imagínate, esos son los efectos y miles más y que es increíble, y que cada vez que lo recuperamos es absolutamente increíble.

En cuanto a las marcas también, me parece que lo que hay que pensar incluso, es que tampoco todo es tan color de rosa respecto del estar en esa situación y salir hacia esta otra situación en donde está todo bien, en donde les encanta, porque también hubo muchas resistencias para dejar el hospital en algunos casos, en otros no, la Casa era algo muy esperado por los usuarios, así que estaban con muchas fichas puestas ahí, pero otros usuarios no, identificaban el hospital como su casa, no querían quedarse en la CMC. Sin embargo hoy están muy bien, pero hace tres años que viven en CMC y ha sido más costoso pensar un proyecto posterior a la Casa. Pero hubo sus resistencias sí, porque el hospital no es odiado por algunas personas que viven allí, porque es lo conocido, es su hogar y sus vínculos.

¿Pensas que el dispositivo posibilita la construcción de una “cotidianeidad sustitutiva” a la manicomial? Si es así ¿de qué manera?

Sí, estoy absolutamente segura después de los tres años de experiencia. No solo es alternativa sino sustitutiva a la lógica manicomial porque la tiene que suplantar, no tienen que ir por carriles paralelos sino que tiene que suplirla y ésta tiene que ser una modalidad de un abordaje de salud mental en comunidad para aquellas personas que requieran de un apoyo mayor que el que sea por ejemplo vivir en una casa sin un equipo que esté constantemente acompañando. Creo que los efectos de los que hablábamos recién son un montón, hemos comprobado incluso que los usuarios tienen hasta otro esquema de medicación cuando están en la CMC, al salir de la internación digamos toman menos medicación porque esa subjetividad y ese cuerpo requieren de menos fármacos para atravesar el día a día y nos hemos sorprendido gratamente con muchísimas situaciones en las que pensábamos cómo iba a ser después de tantos años y si era posible que esa vida que estaba tan acostumbrada al manicomio pueda organizarse por fuera y sí,. Sí pudieron organizarse por fuera, sí pudieron en CMC y sí pudieron también concretar un proyecto de vida después de CMC de manera singular en viviendas que alquilaron. Hemos tenido al menos dos experiencias, un usuario que vive solo actualmente y una usuaria que vive con sus hijos ahora. También entendemos que, y esto es algo que nos costó también como equipo, la CMC no es para todos. Porque también hubo dos situaciones que transitaron la experiencia y debieron volver al hospital, ahí también nos preguntábamos “si tienen que volver al hospital, entonces ¿qué pasa ahí?”. Pero bueno, tienen que volver al hospital porque también es la

única propuesta hoy en estos términos. Entendemos que la CMC es la única con estas características, pero es una vivienda con apoyo intermedio. Creemos que puede haber residencias con mayor o menor niveles de apoyo para la vida cotidiana, que pueden ser por ejemplo para estos usuarios que necesitaban un apoyo más próximo con la toma de medicación y el regular algunas cuestiones que fueron las que desencadenaron descompensaciones que motivaron un regreso al hospital. Planificamos desde el equipo otras intervenciones, pero sí no fue la CMC un lugar para ellos. De todas maneras, todas las experiencias fueron súper positivas, porque aún en los casos en los que tuvieron que volver al hospital, que fueron dos nada más de once, y pensemos también que no solo dos se fueron a vivir fuera de CMC y que alquilaban, sino también que los otros, por ejemplo después de cursar internaciones de quince años hacia la CMC no tener que cursar ninguna internación más, aunque sí los hubo también que tuvieron que volver con internaciones breves de por ejemplo una semana, bien con eso también. Nosotros no estamos en contra de la internación, pero sí de la internación como encierro. No estamos en contra de la internación como medida excepcional y como último recurso terapéutico.

¿Qué efectos producen estas nuevas cotidianidades sustitutivas a nivel subjetivo?

Me parece que en términos subjetivos lo que va emergiendo ahí, nada más y nada menos, es el sujeto. Creo que estaba arrasado en mayor o menor medida en cada singularidad, esa posibilidad de tener elección, de tener gustos, de tener derechos como decíamos recién, de ir siendo con menor o mayor apoyo protagonistas de su propia vida. Me parece que eso tiene que ver con el proceso subjetivante que supone el proceso de internación en CMC y el proceso de autonomización. La subjetivación y la autonomización son como dos aristas sobre las que intervenimos cotidianamente y como dos de los grandes objetivos que nos proponemos para llevar adelante el proyecto.

Pensando en estos dos grandes objetivos que mencionabas, ¿viste logros inesperados en los usuarios?

Yo creo que en esto que decía recién, hemos tenido sorpresas. Sí, tienen que ver con esto de que nos sorprenden gratamente algunas cuestiones, como por ejemplo, que un usuario decida dejar una medicación y que lo pueda hablar con su equipo tratante, que pueda llevar adelante eso y se pueda evaluar y pueda estar bien eso también. Por otro lado, pienso en la re-vinculación de algunos usuarios con familiares con los que se pensaba que por ahí el vínculo estaba totalmente roto, en ese sentido se pudo reconfigurar eso ahí. Lo de poder concretar un proyecto de vida, que nos parecía al principio muy costoso, eso también nos sorprendió y no deja de asombrarnos a nosotros, cómo van llevando adelante esas vidas y cada vez más sin-nosotros. Tenemos cada vez menos registro de cómo van viviendo sus vidas y eso está re bueno porque quiere decir que ya no nos necesitan o que han construido otras redes para sostenerse en otros lados. Eso es lo que nos ha sorprendido gratamente, el que ya no tenga que contar con nosotros para determinadas cosas, que no quiere decir nunca que tenga

que hacer cosas solo, porque eso no es nuestra apuesta. Creo que un proceso de autonomía y con apoyo es así, todos necesitamos apoyo para algunas cuestiones de la vida cotidiana, pero sí, cuando uno va teniendo que correrse porque el otro va pudiendo por sí mismo y va pudiendo tejer sus redes, me parece que eso es lo que más nos ha sorprendido.

¿De qué modo se registran estas trayectorias de los usuarios?

Eso ha sido bastante complejo para nosotros, porque el registro clásico para las intervenciones en salud en nuestro hospital son las HC, pero las HC están en el HESM y quienes atienden en el HDD tienen otra HC ahí. Nos hemos preguntado si es necesario tener HC en la CMC, pero no nos ha parecido que sea pertinente porque aparte sería solo para nosotros. Así que lo que nosotros hacemos es en un primer momento, cuando recién el usuario sale del hospital, sí hacemos registros más frecuentemente en las HC, sobre todo el proceso de alta no es apenas va a la CMC, sino que tiene todo un proceso respecto de que tienen permisos en la Sala, entonces el equipo de la Sala los sigue evaluando, y ahí en ese diálogo que tenemos con el equipo es cuando más registramos.

Después nosotros tenemos como una gran memoria informal que es el grupo de whatsapp, donde nosotros vamos haciendo los registros de nuestras intervenciones. Como no vamos todos los integrantes del equipo todo el tiempo, nos vamos pasando los reportes por ahí para los compañeros que van al día siguiente o a la tarde si vamos a la mañana. Lo que sí hacemos, y recogiendo las circunstancias más importantes, son informes que adjuntamos en la HC. Son informes de procesos de tiempo más extenso, algunas veces de cuatro meses, seis o incluso del año de pasaje por CMC. Vamos haciéndolo así para anexar a la HC, porque nos parece incluso que tampoco merecería un registro cotidiano como el que está en la Sala. Vamos apuntando algunas circunstancias que lo ameritan, eso es lo que más nos ha resultado, el hacer informes de períodos más extensos.

¿Qué estrategias se implementan para realizar un empoderamiento subjetivo, teniendo en cuenta la organización de espacios, tareas y responsabilidades de los usuarios?

La apuesta del equipo siempre es, como lo decíamos anteriormente, generar estos procesos de autonomía y en esto nos parece que un horizonte o una premisa que siempre tenemos es: no hacer por el otro. Estamos siempre como vigilando eso entre nosotros, de acompañar sin hacer por el otro, sin entrometernos ahí, y apelando a las responsabilidades como habitantes de esa casa por ejemplo. Entonces lo que hacemos es: que tengan un fondo común para las compras de la casa, que ellos administren, junten el dinero, anoten sus gastos, decidan qué comer, hacemos cronogramas para quién cocina, quién limpia, que son cuestiones como de cualquier convivencia de un grupo más o menos grande de personas. Cuando éramos estudiantes creo que todos los hicimos a ese cronograma de limpieza y organización. Y esto de acompañar sin hacer por..., tratando de habilitar cuestiones y

estando disponibles si hay alguna duda que surja, pero procurar que siempre hagan ellos las cosas, eso es lo que hacemos.

¿En qué aspectos cotidianos puedes reconocer elementos como: la autonomía, la capacidad de organizarse y el desarrollo de aptitudes en los usuarios?

Creo que esto es cuando van pudiendo decidir cosas tan pequeñas en torno a la organización de la Casa, a la organización de sus tratamientos, a elecciones respecto a qué hacer. Incluso cuestiones que aparecen, que pueden ser leídas como desobediencias si se quiere, respecto de algunas indicaciones que les damos. Incluso ahí aparecen cuestiones donde las personas están decidiendo y eligiendo algo para sus vidas, por ahí cuando nos tenemos que correr cada vez más, porque están pasando cosas en esa vida y están pasando más allá de nosotros.

¿De qué manera se promueven los lazos sociales entre los habitantes de la Casa? ¿Se presentan disidencias o conflictos por parte de los usuarios en relación a los acuerdos de convivencia? ¿Cuáles?

Entre los habitantes de la Casa eso es algo muy difícil, como se nos ha presentado al menos a nosotros, porque como te decía al principio no hay un registro del otro como par. Sí hay un registro de nosotros como equipo, y a quienes nos dirigen la palabra, pero el registro del otro-compañero ha sido muy difícil de trabajar. Nos parece que la instancia de Asamblea es una instancia muy posibilitadora para eso, donde hacemos circular la palabra, donde tratamos de conversar y de charlar acerca de lo que está pasando en el grupo, acerca de qué registro tienen del otro. Eso como lugar central, pero después cotidianamente cuando por ejemplo a uno de los usuarios le pasa algo, rápidamente apelamos a decir “X, ¿vos registraste que le pasaba esto?” o “¿le pediste a un compañero ayuda?”. O por ejemplo, si quieren hacer alguna actividad y nos requieren a nosotros, les devolvemos “pero por qué no vas con él/ella”. Y se va conformando ahí una grupalidad, se van como reconociendo y acompañando cada vez más. Desde que llegan a la Casa y están ahí un tiempo, se van teniendo cada vez más en cuenta, Incluso por ejemplo, una usuaria que dormía sola en la habitación porque justo una usuaria se había ido, apareció esto de extrañarse, de pensar en el otro, de ponerse contento por el proceso del otro, de estar atento desde una mirada más amable también del compañero, de cómo está, de cómo acompañar, de cómo ayudar, de estar contento también porque llega otro usuario y alguien más con quien contar, alguien más para compartir. Pero es un trabajo cotidiano y bastante complejo, porque incluso en la Asamblea y en otros espacios cuando entra en juego por ejemplo hasta el tema del dinero, hay determinadas rispideces que aparecen, incluso persecutorias, que hay que trabajar todo el tiempo, pero es notable también el cambio en ese sentido, del reconocimiento del otro como par y de alguien con quien contar y a quien cuidar y acompañar.

Y después en relación a las disidencias y los conflictos, sí, se presentan todo el tiempo esos roces en la convivencia: quién no hace nada, quién hace cosas todo el tiempo, quién es un vivo y quién no. La mugre de la casa es el tema.

¿Cómo se materializan estos DDHH en relación a la sujeción de los usuarios con la comunidad?

Lo que más me parece ahí que se juega es el imaginario social respecto de la locura, entonces lo comunitario se ve absolutamente impregnado con eso y digo el imaginario social en torno a la locura homologado a peligrosidad. Eso fue muy difícil de trabajar y aún hoy lo es, aún hoy tenemos problemas respecto de algunos vecinos que no quieren que esté la CMC ahí, así que eso es un trabajo del día a día.

En cuanto a sus DDHH y cómo se materializan, me parece que el simple hecho de circular y de vivir en comunidad, ya es un derecho que estaba vulnerado cuando estaban viviendo en una institución y que se lleva adelante en este proceso de externación. Ese me parece el derecho central, después, y desde esta mirada más interseccional que decimos, hay muchos derechos que aún están vulnerados porque la mayoría de ellos están en una situación de pobreza. Entonces no pueden por ejemplo acceder a una vivienda digna o a políticas que puedan ser sustentables para llevar adelante una vivienda digna. La mayoría de ellos cobra una pensión no contributiva por invalidez, de un valor que hace imposible alquilar una casa y poder comer, o sea es realmente imposible. Entonces, por ejemplo, cuando nosotros trabajamos muchísimo sobre la administración del dinero que es como un punto central sobre lo que trabajamos en la Casa, hemos llegado a esta conclusión un poco: cómo administrar esto que no alcanza. Entonces, siempre aparece como el usuario que no puede administrar bien su dinero pero también no alcanza ese dinero.

Así que hay derechos que se recuperan pero hay un montón de cuestiones que continúan siendo muy difíciles de saldar porque, como decíamos hoy, la ley dice que ninguna internación se puede prolongar por motivos sociales o de vivienda. Vamos a la CMC, pero después de la Casa aparece muy fuertemente este interrogante, porque no se puede asegurar una vivienda digna con el ingreso económico que tienen.

Y por supuesto que el mercado laboral está absolutamente cercenado para los usuarios, imaginate que de por sí es difícil acceder al mercado laboral incluso teniendo estudio. Para los usuarios, aparte del estigma que tienen, muchos de ellos por vivir en contextos de pobreza, por vivir en instituciones incluso antes de vivir en el hospital, hay algunos que estuvieron en instituciones para niños, niñas y adolescentes, y no terminaron siquiera la escuela, entonces pensar en un trabajo tampoco aparece al menos hoy por hoy como una posibilidad. Sí trabajamos con los programas de entrenamiento laboral (PEL), pero también son ingresos de dinero escasos y que también tienen un periodo de tiempo. Son becas que duran ocho meses con posibilidad de renovación pero siempre es difícil y no se parece en nada a un trabajo.

¿Qué me puedes comentar sobre el registro y el ejercicio que tienen los usuarios sobre sus propios derechos?

Me parece que esto de no vivir en un hospital y de vivir ahí, ellos se han apropiado y lo registran de tal modo, de que tienen derecho de vivir en esa casa, de vivir en el centro de la ciudad, de vivir con estas comodidades, de que no hay que vivir en un hospital. Por ejemplo, incluso trabajamos cuestiones atinentes a la votación, por ahí no votaban, entonces cuando han sido las elecciones han concurrido, hemos buscado las escuelas, están también muy pendientes respecto de algunas políticas sociales, de cuándo salen, cuándo les corresponde un bono y de cuándo no, de sus tarjetas de colectivo, si hay que renovar el beneficio o si no, cuándo cobran, van al cajero, todas esas cuestiones que también en la Sala generalmente no van, o una persona va con las tarjetas de otros usuarios, incluso cobra, o van todos juntos en una ambulancia a cobrar. En todas esas cuestiones ellos han asumido la responsabilidad de estar pendientes de ese derecho y entienden que es un derecho. También aparece rápidamente el imaginario, y ellos mismos lo reproducen, de que no se merecen una pensión porque no trabajan. Entonces eso también es algo que trabajamos constantemente con ellos, porque encuentran y reproducen esto de que el trabajo dignifica, y el ser alguien por trabajar, y entonces la pregunta de por qué recibí ese dinero sin hacer nada. Eso también se les juega. O qué supone el certificado de discapacidad, por qué lo tienen, qué dice ahí, qué dice eso de ellos, son todas cuestiones que también hemos ido trabajando. Se preguntan, se empiezan a preguntar por todas esas cosas que hablan de ellos, que siempre fueron hechas de manera más automática o sin siquiera pasar por ellos.

¿Qué consideras que se puede mejorar en el dispositivo CMC teniendo en cuenta tu experiencia de trabajo y en relación a la Ley de Salud Mental 26.657?

Como dispositivo me parece que se tiene que replicar, tenemos que pensar en dispositivos de medio camino pero también en dispositivos que sean residencias de convivencia sin que eso implique un medio camino. Pensar en casas de convivencia en donde los usuarios puedan vivir dignamente sin tener que vivir en un hospital o en la calle, y estar acompañados quizás aún menos de lo que hacemos ahora nosotros, conformar equipos de externación, de acompañamiento de los procesos de externación con políticas que garanticen esas cuestiones, eso me parece que es central.

Después en nuestro dispositivo, una de las cuestiones que por ahí nos dificulta el trabajo es la carga que tienen algunos trabajadores que están en CMC dividida, porque algunos por ejemplo trabajan en CMC y en Sala, o en CMC y en HDD, entonces eso también nos dificulta un poco porque también porque la CMC al ser un dispositivo donde viven las personas, hay que estar atentos y siguiendo una línea, entonces algunos compañeros que no están de forma exclusiva en el dispositivo, eso también nos dificulta un poco. Lo que creo que hay que mejorar es la magnitud y la cantidad de CMC y de viviendas de este tipo porque con estos tres años de trabajo hemos visto once procesos de usuarios de salud mental, que es un montón para un hospital tan chico como el de que dependemos, un

hospital que tiene menos de sesenta camas actualmente, pensar en once procesos de externación es un montón en tan corto plazo, así que nos parece que el camino es por acá, que los efectos se están viendo y que dispositivos como este son los que se tienen que llevar adelante. Incluso hemos notado hasta en términos presupuestales, porque uno puede decir que es súper costoso alquilar casas y demás, pero si uno se pone a ver es mucho menos costoso para el presupuesto alquilar casas, y que los usuarios incluso están pagando los servicios que sostener una internación con lo que eso supone y en términos de lo que pasa en esas vidas no tiene nada que ver digamos.

La transferencia que se genera con el equipo de CMC es muy buena porque estamos todos los días con las personas, no es como un equipo tradicional que los ve una vez por semana o cada quince días, sino que el lazo que se genera ahí es de mucho compromiso y hasta de afecto en ocasiones, así que el cortar con eso es absolutamente progresivo. Una usuaria que se fue hace seis meses aproximadamente, aún continuamos interviniendo en su situación por ejemplo, y otro usuario que se fue hace como un año y medio, ahora te diría que ya no intervenimos en su situación como equipo de salud pero sí seguimos siendo su referente, nos sigue mandando mensajes, nos sigue consultando cosas, seguimos siendo para él una red a la cual acudir en cualquier situación, pero tratando de correrlos en ese sentido del equipo tratante para que él pueda ubicar ahí que somos referencia para algunas cosas pero no estamos ya en su tratamiento. Pero es súper difícil eso y tiene que ver con los equipos tratantes también, qué presencia tienen, qué disponibilidad, cómo acompañan. Hemos por ahí también interactuado con los Centros de Salud para tejer red ahí, que estén más próximos a los lugares donde viven, para que estén más atentos con eso, para descentralizar también la atención del hospital, pero por ahora ha sido bastante extendida nuestra intervención una vez que se van de la CMC.

CUARTA ENTREVISTA

Se mantiene una entrevista de 1:44 minutos, el día 22 de diciembre de 2021, de 10:00 a.m. a 11:44 a.m., de manera virtual a través de la plataforma Google Meet. La misma fue grabada con consentimiento de la persona entrevistada para la presente transcripción.

Edad: 45 años

Profesión: Terapeuta Ocupacional

Años de ejercicio en la profesión: 22 años

Contame de tu formación, desde cuándo trabajas en el dispositivo de CMC y acerca de tus roles y funciones en él.

Me recibí en el año 1999, o sea que hace 22 años que ejerzo mi profesión, pero en el HESM trabajo de hace 20 años. Estuve en varios dispositivos y en el 2018 cuando el proyecto de la CMC se concreta y se materializa, se me convoca a participar del equipo de CMC. En ese momento la Trabajadora Social era la coordinadora, los primeros meses éramos cuatro los integrantes del equipo, porque estábamos en la preliminar digamos y cuando empezamos ya el trabajo con las personas que empezaron a habitar el primer tiempo el dispositivo, la Trabajadora Social solicita poder generar una coordinación compartida. Así que estuvo re bueno, medio que se había dado como más en la práctica eso, pero por una cuestión de que ella y yo éramos y seguimos siéndolo de hecho, las únicas con la dedicación exclusiva al dispositivo. Como trabajadores del HESM muchos de los compañeros integrantes del equipo tienen compartida su carga horaria, trabajan en el dispositivo de CMC y en otros dispositivos del hospital como el HDD, la Sala de Internación, la Guardia, Consultorios Externos e IPeM, entonces eso condicionó de alguna manera que fuéramos las dos las que estábamos ahí empezando a armar este proyecto y con dos residentes que estaban haciendo su cuarto año, digamos “la devolución”. Ellas habían rotado por el sur, entonces nos habían presentado un proyecto en relación al acompañamiento en procesos de externación de usuarios con muchos años de internación en instituciones totales y ese es el equipo que arrancamos. En ese momento estaba negociándose el pasaje con Enfermería, que fue una cuestión que tenía que ver con los cargos y con otros movimientos para el servicio de Enfermería. Brevemente se designa un enfermero que estuvo solamente un par de meses, porque después volvió a un cargo superior en la Sala, entonces ahí es cuando arranca Cristina que es una enfermera que ya no está más y posteriormente el enfermero actual.

Yo llegaba de trabajar de la Guardia. Trabajé doce años en la Sala de Internación perteneciente al servicio de Terapia Ocupacional, que después se llamó DAPs, a partir de la ley se fueron convirtiendo algunos servicios que eran unidisciplinarios transformándose en interdisciplinarios. Yo me motivo con la urgencia, me empiezo a sumar a guardias interdisciplinarias, primero una parte de mi carga horaria, entonces estaba como compartiendo dispositivos y después finalmente me voy a trabajar

a la Guardia. Así que cuando vuelvo digamos, empiezo con el proyecto de la CMC, y digo “vuelvo” porque yo había estado en todas las gestiones, al menos desde que estoy en el hospital, que se había movido ese proyecto que, por distintos momentos políticos, por distintas fuerzas para meterlo y para traccionar a ver si salía, de hecho armando la lista de los posibles usuarios cuando aparecía la posibilidad, por eso digo “vuelvo”, porque ahí finalmente estaba la Casa ya armada y ahí arrancamos el proceso de lo que ha sido y sigue siendo digo yo, porque no se termina. La idea de “proceso” habría que pensarla también, cuándo empieza un proceso. En ese sentido, empezamos a armar ese proyecto que no sabíamos, leímos algunas bibliografías de otras experiencias, sí teníamos algunas bajadas de línea institucionales respecto de algunas cuestiones para que intentemos que funcione, porque es como el panóptico de la CMC, siendo la primera en la ciudad, así que ahí arrancamos.

El primer tiempo fue muy intenso, siempre es intenso, esa sensación de la intensidad no se nos va. Pero el primer tiempo fue muy intenso en términos de que para poder armar el dispositivo, esto lo pienso ahora en ese momento, nosotros también tuvimos que salir del hospital con los usuarios, en todos los sentidos que eso quiere decir y eso implica un montón de horas de trabajo porque íbamos hasta el hospital, los buscábamos, tomábamos el colectivo, llegábamos a la Casa, empezábamos a habitar ese lugar, hacíamos un almuerzo, lavábamos los platos, poníamos la mesa, volvíamos a acompañarlos al hospital, diez horas por día, hasta que alguien se quedó una vez a dormir. Entendíamos además que eso era la posibilidad de ellos de ir enunciándose, asumiendo la responsabilidad también de quedarse a dormir la primera noche. Eso es ahora como una nebulosa del pasado porque, yo me acordaba el otro día de los fantasmas que teníamos nosotros de cuando se quedó el primer habitante a dormir la primera vez, ese “qué va a pasar”. Eso es algo que ya nos preocupa, o sea siempre nos preocupan las primeras veces de quien llega, pero ya hay todo una parafernalia armada para situaciones, que no fue la de la primera persona que se quedó la primera noche o el primer fin de semana. Es un tiempo distinto, porque lo institucional lo marcó distinto ya, con la entrada y la salida de los trabajadores, como que el fin de semana es otro tiempo en el hospital.

Cuando yo digo que los trabajadores también tuvimos que salir de la institución está ligado a muchas variables, no solo a deconstruirnos nosotros porque todas las instituciones nos limitan, también son un descanso de alguna manera ante situaciones que nosotros ahora no tenemos las legalidades de la intervención, de qué hacer en determinado momento, porque acá es otra legalidad institucional podríamos pensar o es a construir esa legalidad institucional, cómo se acompaña a vivir en una casa a personas que no están internadas pero que es un dispositivo institucional y nosotros somos trabajadores de la institución a la que intentamos sustituir. En toda esa trama inventamos un sentido para una práctica y la posibilidad de pensarnos cada uno con nuestros ideales de porqué creemos que estos dispositivos tienen que existir y somos muy cuidadosos también de la información porque entendemos que todo eso tiene un impacto sobre las personas que habitan ahí, sobre lo que se construye imaginariamente no solo en la sociedad, que ni sabemos ni podemos evaluarlo, sino en el hospital mismo, la comunidad hospitalaria y el imaginario de lo que sucede en la Casa. Hemos tenido que intervenir marcando algún límite a la institución que no se da cuenta y avanza. Para nosotros ha

sido una apuesta, en eso creo que coincidimos espontáneamente y muchas otras cosas las fuimos pensando colectivamente con el equipo para sostener una práctica que sea respetuosa en principio. Respetuosa de los derechos y del padecimiento. Bueno eso es todas las veces, vez a vez, no es que uno dice “nosotros somos un equipo en el que todos re entendimos”, o sea en todas las intervenciones, en todas las situaciones y en la complejidad de lo que va pasando nos preguntamos muchas veces cómo con esto, qué es mejor, quién es mejor que intervenga. Pensamos esa intervención también desde lo transferencial para desarticular cosas que se traman y que se arman, eso no era lo que pasaba al inicio digamos, como tiempos distintos. Además siempre tenemos esto, creo que un poco lo que nos pasa con la vida misma, de qué hubiera pasado si no hubiera caído la pandemia. Justo estábamos en un momento en el dispositivo y la pandemia instaló otra cosa. Y ahora estamos acá, no porque se haya terminado la pandemia pero porque uno corre formulando el primer tiempo el encierro, qué es lo que implicaba para nosotros los trabajadores, quince días virtual y quince días presencial, desdoblar el equipo, cómo con las intervenciones más singulares, todo cerrado, el miedo de todos no solo de los usuarios sino los nuestros, toda una serie. Ahí creo que fuimos como todos, a los ponchazos, intentando sostener con lo que implicó ese corrimiento también, nosotros ahora podemos evaluar que algo de ese corrimiento que fue como necesario también, tenía que ver con cuidarnos, con cumplir con las normativas de las restricciones que nos atravesaban, no solo como ciudadanos sino también como trabajadores, ha tenido efectos en algunas cuestiones de la Casa. Algunas positivas como que se habilitaron a resolver algunas cosas, que quizás si estábamos hubieran recurrido al equipo, y otras del encierro, que tuvo efectos, revivió otros encierros en las personas que allí viven actualmente.

Y con respecto a mi rol profesional y la Terapia Ocupacional como disciplina, nosotros hemos armado como otra cosa. Lo hemos pensado a esto, cuando queremos decir qué es lo que hacemos cuando laburamos, cuál es nuestra intervención, qué hace este equipo en este dispositivo, nos transversaliza la palabra acompañar. Acompañamos decimos, independientemente de la cuestión más disciplinar. Entendemos que acompañar a vivir supone el armado de un equipo en donde confluye lo que somos, cómo pensamos, nuestras trayectorias profesionales, nuestras ideologías de cómo hay que vivir, nuestros marcos teóricos y conceptuales, nuestra posición en la vida. Porque este dispositivo al menos, por cómo está armado, intenta todo el tiempo como romper con toda esta distancia de alguna manera, de “el equipo” y “los usuarios”. Porque entendimos que con el tiempo no podemos pensarnos separados, en el punto en que lo que el equipo va pudiendo también va pasando en la trama de esa grupalidad y de esa cotidianeidad. En todos los sentidos, si hacemos demás no producimos efectos que puedan ser potenciadores de un proyecto vital para alguien, de volver a ubicar a alguien en el lugar donde nos resistimos, que es el de alguien que no puede. Entendemos que hay que construir andamios para que alguien pueda algunas cosas.

Como terapeuta ocupacional creo que, la verdad no lo sé, no lo he pensado. Pero creo que no puedo leer desde otro lugar las cosas que leo, la cotidianeidad, cómo intervenir en el armado de algunas actividades, en cierto ordenamiento para que algo se materialice. Creo que es como entiendo la Terapia Ocupacional para mí, en dónde intervengo, cómo pienso. Para mí, cómo alguien hace, da un

montón de señales de qué le pasa y muchas más de cómo instrumentar algunas cuestiones que pueden potenciar eso o aliviar otras cosas o resolver cuestiones más pragmáticas. Eso no sé si es de la terapia ocupacional, pero es lo que he podido pensar yo como terapeuta ocupacional. Sé y conozco un montón de cosas que hacen las terapeutas ocupacionales que podrían ser, sí hay como esta para mí sí la lectura de la cotidianeidad que es compartida por ejemplo con el acompañante terapéutico pero que no es la misma lectura y en general la intervención tampoco, pero en este dispositivo es como que a veces nos veo haciendo esto, acompañamos, la médica, a psicóloga, el enfermero, la terapeuta ocupacional. Porque armar un equipo interdisciplinario no tiene que ver con que haya una representatividad disciplinaria por cada una de las especialidades, o que nos reunamos y trabajemos y después es un equipo que no va produciendo nada, no va pudiendo generar otras cosas y se estanca, y sí hay un representante de cada disciplina pero la persona viene hace diez años con el mismo equipo. Lograr la interdisciplina son momentos y son con equipos en donde es posible, porque hay equipos donde no hay manera. Creo que algo de eso lo da la experiencia también, hay un momento en que con algunos equipos no va a haber esa perspectiva, porque arrancan pensando distinto algunas cosas, entonces ya no hay conciliación. Pero sí creo que, quizás porque yo no me puedo pensar como terapeuta ocupacional ahí, no es que no, puedo pensar desde mi disciplina o en el ejercicio de una terapeuta ocupacional, en este borramiento que sentimos, porque es como definimos grupalmente una intervención como equipo que después vamos y sostenemos individualmente, con todo lo que eso significa además en esa línea de intervención, entonces sí puedo ubicar como particularidades en lo disciplinar de mis compañeros que hacen otras lecturas y que están muy buenas, y cómo se ponen en tensión algunos saberes y maneras de resolver, cómo pensamos eso. Pero sí creo que tiene que haber terapeutas ocupacionales que puedan pensar, no sólo al interior del aporte al dispositivo sino al interior de lo disciplinar, eso sí ha sido para mí como un “ah, mirá que buena onda”, después de tantos años pensarme acá haciendo esto, y esto es ser terapeuta ocupacional, también encontrando ahí desde otros lugares “lo disciplinar”. Creo que una manera también porque bueno, en esto de lo disciplinar hay que estar muy advertidos de que también hay jerarquías dentro de las disciplinas y yo que pertenezco a las que son..., digamos capaz que si estuviera en las hegemónicas estaría diciendo otra cosa, pero entiendo que esas jerarquías también se juegan los poderes en la construcción de los equipos. Hay que estar advertido de que el mote de trabajadores intenta borrar esa diferencia. Somos trabajadores de este dispositivo. No estoy en contra de lo disciplinar por supuesto, pero pienso que si eso asume una posición que ya sabemos que obtura, más vale pensarnos como *somos todos trabajadores*. Sobre todo en nuestro dispositivo además, que tiene la particularidad donde confluyen trabajadores decimos nosotros, de distintas dependencias porque con los acompañantes terapéuticos, salvo uno solo que es institucional, el resto son por la vía de la contratación de las obras sociales y sin embargo laburan en el equipo, participan de las reuniones de equipo, están en el grupo de whatsapp, entonces hay una comunicación constante de lo que va sucediendo en el cotidiano. Eso también es una construcción que hemos podido ir armando, que también derriba en esto de la ley y el proyecto del cierre de los manicomios que no se dio en el 2020 pero bueno estamos en esa, con todo lo que aún falta. En ese

sentido el dispositivo creo que también es novedoso en el punto de que para los que trabajamos implica también revisar las prácticas pero por sobre todo pega una patada al centro del fantasma de que si cierran los manicomios no va a haber trabajo para todos y es al revés. Estos dispositivos entendidos así implican muchos más cuerpos, muchas más acciones, el relevo, la compañía, porque acompañar a vivir a alguien que estuvo veinte años en una institución total por ejemplo, implicó para nosotros enseñarles a tirar la cadena del inodoro o sea, esto es literal, situaciones muy básicas de que alguien no supiera ponerse un cinturón de seguridad en un auto. Entonces eso está invisibilizado en el hospital, en los manicomios, el punto del borramiento subjetivo de las personas, porque en la institución aún “los crónicos” como se les llama, son funcionales a la institución digamos.

¿De qué manera se acompañan esos procesos de externación de los usuarios?

Supuestamente empezamos a trabajar con personas que ya vienen en esa línea de los equipos tratantes de la Sala de Internación vienen trabajando en la línea de la externación de esas personas, entonces el dispositivo es como ese “medio”, ese “entre” que va a acompañar a alguien a vivir después. Eso fue un ideal, es un ideal de alguna manera, entendemos que la vida va sucediendo mientras vas viviendo, no viene después el vivir. Alguien está internado y vive internado, sale a la Casa y vive en la Casa, se va y vive afuera de la CMC en una pensión o un departamento. Sin embargo si entendemos que para personas que han estado con los efectos de una institución donde se pierde hasta lo más mínimo de lo humano pareciera, es necesario este tránsito o ha sido al menos súper interesante en los efectos cuando uno puede propiciar que alguien pueda ir estando y acercando esa experiencia otra vez para reimprimir si eso fuera posible, no lo sé, no me sale otra palabra. Volver a generar esas conexiones que tienen que ver con vivir dignamente, con tener un lugar, con tener una intimidad, con la posibilidad de poder hacer uso de la palabra, de poder expresarse, de poder elegir, de poder probar. En ese sentido creo que esto es lo que este equipo ha podido, quizás otros dispositivos de Casas de Medio Camino u otros equipos puedan armar otros pasajes.

No sabemos cuándo uno está en condiciones de externarse, porque usamos esa palabra o el “se siguen externando”, por eso hoy decía de pensar la idea de proceso, también la decimos en la externación. Cuando alguien tiene el alta del hospital ¿no está externado? No. Entonces cuando se va de la CMC ¿está externado? Porque también se sigue interviniendo con las personas que dejaron el dispositivo y están armando un proyecto. Por supuesto reordenadamente esa intervención y mucho más esporádica, pero nosotros somos muchas veces *los otros*. Entendemos que va a haber un pasaje hasta que haya otros *otros*, que no seamos el equipo.

Entonces sostenemos algunas cuestiones en ese acompañamiento también, pero armamos ficciones que son las ficciones de la cotidianeidad. Les decimos «ficciones» porque prestamos esos sentidos, ese ordenamiento, ese registro de ciertas cuestiones de lo social, de lo cultural, de lo relacional, armamos esas escenas para que alguien pueda volver a verse en ese espacio, poder pensarse en esa experiencia, con la mirada acompañando, intentando no juzgar, esa intervención de ese límite

de hasta dónde uno acompaña. No somos amigos de quienes viven allí, eso es una distinción que está clara, nosotros somos el equipo pero no aparecemos en general como un equipo al que no se nos pueda cuestionar, al que no se nos pueda desobedecer, no se nos pueda mentir. Que eso también tiene que ver con una posición de pensar cómo se acompaña a vivir a alguien con lo que le va pasando, con lo que va pudiendo y con lo que no, por supuesto esto no es tan naif como suena dicho, implica pensar estrategias intentando ubicar señales para evitar situaciones que nos hemos preguntado, qué implica la libertad para alguien si no está pudiendo medir el riesgo de algunas cosas o cómo se trabaja la autonomía en ese sentido, cuando alguien no puede cuidarse. No lo sabemos, qué se yo, lo vamos pensando e inventando intervenciones clínicas, acuerdos, contratos, recordatorios, un montón de recursos que tercerizan y que ordenan, el recuperar la palabra, el compromiso, la responsabilidad, cosas que historizan. Van armando la historia del estar acá, de estar en el hospital, como dos tiempos.

Nos ha pasado que es muy difícil leer ¿cuándo alguien es autónomo?, siempre. Sobre todo que los equipos intervinientes piensan la autonomía muchas veces en el contexto institucional, los equipos tratantes de las Salas de Internación. Y no es que sean malos o no sepan, es imposible pensar la autonomía por fuera del *vivir*, porque vivir implica riesgos y pérdidas, también otras cosas, emplear sus espacios, conocer gente, armar un proyecto vital, hacer cosas que te gustan, habitar un lugar como quieras, trabajar, tener una pareja y amigos, la vida. Entonces eso también, cómo pensamos la autonomía, es una pregunta para el campo de la salud mental en general, porque la autonomía está también ligada a la idea de normalidad, es ahí donde muchas veces se patina. En el sentido de que alguien es autónomo porque logra normalmente hacer las cosas como hacemos la mayoría, ¿pero eso es vivir para alguien? Para alguien que no lo puede hacer, implica que no vive, que no pueda otras cosas.

¿Pensas que existen efectos desubjetivantes en estos usuarios que han vivenciado internaciones crónicas en instituciones monovalentes? Si es así ¿cuáles?

Primero quiero decir que los hospitales monovalentes, los manicomios, dañan a todos, no solo a los que viven allí sino también a quienes trabajamos. Distintos daños por supuesto.

Yo creo que no se puede pensar solamente, bueno ya lo voy a tratar de contestar, pero creo que también la pobreza es algo. En los hospitales públicos muchas veces las personas que terminan abandonadas y encerradas son pobres, por lo cual a veces es muy difícil distinguir qué efectos son de la pobreza y qué efectos del manicomio, qué efectos de mierda, perdón. Pero bueno, por ejemplo, las personas que habitan la CMC duermen vestidos, no todos, algunas tienen su pijama, su remera y un short, pero algunas duermen vestidas. Entonces nosotros como equipo nos preguntábamos ¿pero cómo? Vamos a trabajar eso porque tiene que ver con la salud, con la higiene. Entonces un día que estábamos en Asamblea en una reunión y les dijimos “che, nosotros queremos hablar de algo...”, porque uno de ellos se levanta todo transpirado, claro, con pulóver, con frazada en invierno. Entonces trabajamos eso, de por qué dormían con la ropa con la que habían estado todo el día, les preguntamos

cómo dormían antes de estar en el HESM, porque en el hospital nos dijeron obviamente que se duerme vestido. Entonces, ¿y antes? Para algunos es una práctica que tiene que ver con las condiciones de pobreza, en su materialidad y en su existencia, duermen vestidos porque no solo si viven en la calle les afanan lo que tengan puesto sino porque viven en lugares donde no hay abrigo, donde el invierno es hostil, y se duerme vestido. Entonces hay intervenciones que son necesarias que las repensemos respecto de nuestras ideologías de clase, porque los profesionales no vivimos así, nunca, al menos en este equipo ninguno. Habremos sido más humildes o menos, gente que tendrá guita de mis compañeros, la verdad no lo sé, pero ninguno vivió eso. Entonces la advertencia es qué señalamiento clínico podríamos pensar ahí, cómo, desde qué lugar además. Por supuesto insistimos como una sugerencia que es más cómodo, las cosas que consideramos que están bien, pero no sería algo que valoráramos “duerme con pijama = autónomo”.

Entonces las marcas institucionales yo creo que básicamente son: la imposibilidad de hablar, pero porque antes arranca la posibilidad de pensar. Creo que hay toda una operatoria en el tratamiento de los padecimientos psíquicos, no sólo por la farmacología que también intenta aplanar todo, como borrar todo, los síntomas. La respuesta inmediata es, o sea yo y quiero que esto quede claro por favor, no es que yo digo que no es necesaria la medicación en situaciones, yo he estado en la Guardia, así que te imaginás, conozco de todas las situaciones tre-men-das, tremendas de sufrimiento atroz. Lo primero que hay que hacer es que pueda bajar un cambio esa persona, porque no está pudiendo ni pensar nada, pero lo que sí es, que esa sería como esa pausa que creo yo que es instalar, ante cada conflictividad, la conflictividad como la oportunidad de una clínica, es lo que hace que uno pueda todas las veces volver a ofrecerle a alguien que está sufriendo una demora que le permita pensar sobre eso, pensar. Y la respuesta quizás es la otra y eso trae la imposibilidad de hablar, de poder decir “no, mirá, yo no quiero tomar más esta medicación” o “me parece una cagada lo que ustedes, señora psicóloga, me dice”, no sé, de poder tomar la palabra en primera persona porque se reconoce eso que ahí está borrado eso, se acata. Hay algo que es el ideal de salud de alguien dócil y doméstico, paciente podríamos decir. No sé, yo creo que la salud no está por esa vía digamos, creo que la salud es la capacidad que tenemos las personas de resolver nuestros conflictos, desde el pequeño diario, que bueno sabemos en situaciones donde una cosa parece tener una menudencia, como muy pequeño, y detona todo un infierno, o de no, de situaciones donde “pasan cosas” diría Macri, pasan cosas heavy digamos y ahí también uno se las tiene que ver. Pero creo que eso es como que se despoja rápidamente lo que se pierde, sobre qué daña, creo que es eso.

También todo eso abona a un estado de desresponsabilidad, de no ser responsable, de desresponsabilizarse, que también tiene que ver con la impunidad de estos lugares donde parece que se puede hacer de todo, porque son locos. Y no, yo creo que algo de nuestra clínica, entre todas las cosas que pensamos, es la clínica basado o pensado en de responsabilizar al otro porque el otro está tomando decisiones y estamos acompañando en ese sentido. No es que, en el hospital se decía hace muchos años “el paciente no se adhiere al tratamiento” como si fuera un autoadhesivo, pero capaz que el tratamiento que le proponés no le está gustando, que se yo, no le está sirviendo. Pero creo que eso

también está aplicado a la pobreza, la imposibilidad de que uno pueda sentirse pensando o qué le pasó, por qué hizo tal cosa, tiene que ver con tener otras cosas resueltas, si vos estás cagado de hambre buscando comida en la basura o durmiendo debajo de una churrasquera, con muchas situaciones de violencia, de todas las violencias, o sea, estás animalizado en el sentido de que para *ser sujeto*, que es cuando uno piensa la clínica, tienen que pasar otras cosas ahí todavía. Muchas veces nos encontramos con personas que han tenido historias muy vulnerables, de mucha vulnerabilidad, y además después de años institucionalizadas. Entonces, nadie puede predecir qué puede alguien además.

¿Pensas que el dispositivo posibilita la construcción de una “cotidianeidad sustitutiva” a la manicomial? Si es así ¿de qué manera?

Sí, creo que sí, y creo que como todas las cotidianeidades con momentos y momentos. La cotidianeidad no es un estanco o es algo lineal para nadie. Hay momentos en la vida, situaciones, eventos, apariciones de personas, desapariciones, cosas que determinan momentos más o menos disimiles en la cotidianeidad de alguien. Creo que es un dispositivo que no es para todos, como todos los dispositivos, habrá quien no pueda armar quizás, aún con el sostén que oficia la Casa, ese pasaje al armar otro. Pero bueno, hemos tenido situaciones que posteriormente nos devuelven para volver a pensar, por ejemplo usuarios que se han ido que cuando estaban en la Casa no limpiaban, era un quilombo porque no limpian la mugre, te toca el baño o el patio, y bueno, toda esa organización, y que cuando se han ido su casa está re limpia y ordenada. Y ahí nosotros dijimos, claro, pero mirá lo que es esta casa de grande también, alguien que no limpiaba ni la pieza y nosotros ahí como “eh, esto es una mugre”. Te cuento este ejemplo porque tiene que ver con eso, con ese proceso también para uno.

Creo que la apuesta grupal que nosotros armamos podría ser otra, de hecho todas las reuniones “¿y si hacemos otra cosa?”, porque pensamos un enlace con algunas cosas para pensar la grupalidad, no para que sean amigos y se hagan el aguante, porque eso acontece o no, sino en términos de la convivencia, del registro del otro, de poder ir armando una trama que enlace, que enlace por el registro pero que enlace por la presencia de lo otro. Y bueno, en ese sentido creo que eso sí va a aportando o va bordeando la posibilidad de armar ese pasaje. Es en lo singular de la clínica, alguien al que todo lo que el otro le dice queda tomado con eso, bueno es laburar, y sí, para eso se está en este dispositivo. Para que pueda empezar a decirle al otro “mirá eso no quiero, eso no me gusta” y con alguien que te acompañe. No digo de hacer esta intervención, significo que la lectura clínica es “bueno mirá, fulano no puede, siempre termina comida por el otro, accediendo a cosas que después lo ponen mal”, bueno la intervención es generar condiciones de diálogo, de resignificación, de poder decir, de poder hablar, de poder disculparse en una situación, que tienen que ver con ese registro y que sí tiene que ver con la perspectiva de poder vivir porque en otro momento no va a haber un intermediario, que nosotros somos cada vez menos, porque viste que eso también. Se prestan plata entre ellos, no sé, acá nosotros vemos que esté la plata para la CMC que eso es el acuerdo que ustedes tienen, después si se prestan o se regalan, que se yo. Se arman quilombos con eso, no es que no, pero bueno esa es la posición, un

ejemplo de cómo pensar la intervención, que sí va generando. Creo que lo que más da efecto es que hay algo que se produce con que, las primeras veces que se la mandan por decirte algo, aparece una cosa como de querer ser bueno porque si no después no sé qué, cuando pueden comprender que nosotros no nos vamos a hacer tanto problema porque de última sigan lo institucional, eso sí tiene que ver con lo que nosotros vamos a garantizar y que mientras estén, las otras cosas son de ellos, y ese aire por así decirlo, creo que es lo que permite que se pueda armar otra cosa, sin el ordenamiento que el equipo acerca, que en muchísimos aspectos es necesario ese ordenamiento sino dificulta, pero que después también hemos visto que quienes han armado un proyecto solos o con sus hijos, están bien, en la pobreza, para decirlo sin tantas vueltas. Arrojamós a alguien también a situaciones de vida de una pobreza tremenda, pero hasta eso tiene mejores efectos que la institucionalización para alguien, me entendés. Es tremendo porque cuando vos pensás cuál es el sentido de tu práctica, de hecho venimos viendo que hay como una traba por decirte en algunos procesos, que está teniendo que ver con que han vivido ya solos antes, estuvieron veinte mil años internados pero han vivido solos, y dicen “no, pero vivimos acá re cómodos, yo no voy a poder vivir cómodo/a cuando me vaya. No me quiero ir”, y eso ¿no es saludable? Entonces, también creo que sí hay efectos de armado de algunos esbozos de vida, de proyecciones, de intenciones, de deseos, de proyectos, y muchas veces es poder estar, *estar*, estar sin otro gollete que estar ahí, que no es el hospital, porque *no se está* en el hospital, en el hospital no estás. Está otro de vos, una versión desmejorada, lo bueno y lo malo digo, porque acá también pasa.

¿Y a nivel subjetivo qué efectos producen estas nuevas cotidaneidades? ¿Viste logros inesperados en un usuario?

Y a nivel subjetivo uno de los impactos de estas nuevas cotidaneidades es la solidaridad, que es todas las veces un efecto de eso. A veces la solidaridad queda agazapada bajo una manipulación, como que el otro viene y entonces él es solidario, pero no, no hablo de esas, que no están ligadas a la guita, porque la guita también se da solidariamente entre ellos, comparten y que se yo, pero hablo de otros gestos. Hablo de acompañarse en situaciones donde el otro está mal, de traer al equipo una preocupación porque vio al otro mal, hablando solo, llorando. También el ordenamiento con las cosas personales, sus papeles, su dinero que es poco pero bueno sucede, el habitar sus espacios poniendo plantas, como efectos subjetivantes que leemos nosotros en esa serie y en esa línea. La alegría de poder hacer determinadas cosas que no podían, de lograrlo, simples eh, como prender el calefón, abrir la llave de la puerta de salida, hacer una torta, las cosas que querés y te salen de pronto con algún acompañamiento. La aparición muchas veces de gente, algunos familiares, algunos conocidos y el registro del otro, “qué bien que estás, se te ve muy bien”, eso también lo han contado las personas que lo viven gratamente, como estar sorprendidos porque otro le devolvió que se lo veía bien o que estaba bien. Muchas situaciones así que podemos pensar en la línea de que son subjetivantes y de que se procesó, va teniendo ese norte. Creo también que tampoco podemos decir que alguien se va del dispositivo cuando ya esté, porque ni podemos evaluar eso, cuando ya esté qué, y además porque se

sigue andando así. Si vos te pensás, cómo será tu vida en veinte años, qué sé yo, ni el año que viene sabes. Entonces en ese sentido la idea de proceso está buena porque va construyendo, asocia al movimiento, pero hay que ser cauteloso porque si es un proceso empieza y termina, y acá cuándo, cómo, hasta dónde.

¿Ustedes como equipo llevan algún registro de estas trayectorias vitales de los usuarios?

Hacemos registros en las HC de las personas, porque todas tienen su tratamiento o en el hospital en Consultorios Externos o en el HDD. No es un registro asiduo porque nosotros no tenemos acceso directo a eso, así que hacemos mensualmente un avance de situación con duplicado para la HC de los usuarios que están en HDD y en el hospital porque se atienden con el médico externo y en el HDD hay actividades o su psicóloga. Y después lo que tenemos es el whatsapp y las reuniones, el whatsapp es como un testigo de muchísimo laburo y de muchísimas pensaderas, de muchísimas craneadas, de muchísimos quilombos, porque como nosotros somos un equipo que piensa junto intervenciones pero que no interviene junto, nos dividimos por duplas, nosotros no vamos todos los que somos todos los días. Entonces la dupla de la mañana pasa la información para el que va a la tarde, hay cosas que hay que continuar, “che fijate que a fulanito hay que ayudarlo a armar el pastillero pero le falta no sé qué” o “bueno mirá, lo llamó la tía y está esperando que le demos la guita para irse”, hacer ese seguimiento. Entonces los de la mañana pasan para los de la tarde y los de la tarde para los del otro día a la mañana. Más los extras, que como la tecnología también pone acceso a la salud, la mayoría tiene su celular ahora. Ellos tienen sus teléfonos, por supuesto que encuadrado esto de para qué nos llaman y ver el encuadre todas las veces también, de volver a encuadrar porque se desploma, entonces nos llaman o nos escriben y nos cuentan cosas a veces, auspician como de un lugar, pero sí no tenemos un registro cotidiano de todo el laburito que hacemos, ni un registro singular por usuario ni algo que pueda idear lo grupal que sería mejor, pero bueno, porque nadie sabe hacerlo todavía. ¿Cómo escribís sobre lo grupal?

¿Qué estrategias se implementan para realizar un empoderamiento subjetivo, teniendo en cuenta la organización de espacios, tareas y responsabilidades de los usuarios?

Tenemos el espacio de Asambleas que es como el espacio grupal en donde se va ordenando, definiendo, acordando y realizando todas estas situaciones que están ligadas a lo cotidiano y a lo doméstico podríamos decir, donde ese es el marco regulador. Ese acuerdo todo el tiempo se va revisando, bah todo el tiempo no, pero se va revisando y se va moviendo porque la vida los va llevando como a todos. Pensar la estructura de un cronograma inflexible muchas veces es insostenible, entonces lo que logramos son acuerdos de intercambios, por ejemplo “si vos hoy no podes por algo, podes coordinar con algunos de tus compañeros así cambias el día”, cosas que parecen hasta de

sentido común pero que acá son intervenciones, están ligadas a pensar cómo armar esa cuestión en la singularidad, en la grupalidad y en el ordenamiento. Creo que la Asamblea es eso, es una de las otras.

Otras son las devoluciones más particulares que tienen que ver con situaciones en donde alguien no está pudiendo nada y se despelota todo, y también el señalamiento de sus compañeros. Cuando empieza a haber malestar entre ellos o situaciones de discusiones o de descompensaciones, porque algo de esto se empieza a señalar, empiezan a decir “che, vos no hiciste tal cosa, vos quedaste en que...”, es todo el tiempo esto. Cuando digo *la clínica de responsabilizar al otro* tiene que ver con que previo uno está haciendo un acuerdo, se está trabajando sobre lo que se va a disponer, trabajan la anticipación como recurso, todo eso va construyendo que después haya ciertos acuerdos escritos y firmados, cronogramas visibilizados en lugares donde todos puedan acceder, el registro de las actas de las Asambleas donde queda anotado qué se habló, qué se propuso y quién lo propuso, quién estaba. Y otras que nosotros hemos corrido de la intervención porque entendemos que son de ellos, nosotros no vamos a intervenir sobre eso, hasta que se arma una y bueno, es necesario reordenar otra vez, volvemos a los acuerdos. El registro de la anotación de gastos porque como la plata es de todos, es fondo común, eso también.

Remitimos a que un montón de cosas se trabajen en los espacios de sus tratamientos con el equipo tratante, sobre todo con sus médicos cuando está ligado a cuestiones más sintomatológicas del cuerpo o de la medicación y con sus espacios de escucha en situaciones en las que aparecen elementos que consideramos que no están teniendo que ver con ningún señalamiento de lo diario, de lo cotidiano. Instrumentos que fuimos como armando que dan un ordenamiento para lo cotidiano y lo diario, y que se va armando solo.

Por ahí hay momentos en donde nos preguntamos si con determinadas cosas que cada uno haga lo que pueda o está bueno la cosa más colectiva y grupal, porque que cada uno haga lo que pueda tensa las cosas del poder de una manera que a veces es difícil después revertirlas y eso con efectos grosos. Entonces, la regulación también es una gran intervención todo el tiempo, no intermediar sino regular la justa tensión de lo grupal, que no tire más de un lado. No es tan fácil por supuesto pero creo que eso son intervenciones que parecen obviedades pero fueron necesarias de instalar. Por ejemplo, la visita a la pieza no entra, pero en el hospital cuando va tu familia vos te sentás en la cama a tomar el mate con tus familiares, muchas veces, después tenes el solar o la plazoleta.

Esto de la privacidad, “acá en la pieza también duerme tu compañero, están las cosas de tu compañero”, la visita no puede venir a bañarse o a dormir la siesta, llamar por teléfono al interior y se va a la noche después de comer. Esto que parece de sentido común hubo que ordenarlo porque tenía que ver no sólo por una cuestión de que probablemente en sus historias eso ha sido así, en los lugares donde conviven siete personas en un solo espacio, no tienen mesa y comen en la cama, con las condiciones de existencia muy precarias y además después en las instituciones eso pasa, el que va a limpiar entra a tu pieza, no es que te pregunta o te avisa, ni sé si tenes muchas veces la posibilidad de cerrar tu puerta si quisieras, los ruidos, etc. Todo eso fue volver a intentar acercar ese registro de eso,

muchas veces no es posible porque precede a lo institucional, no es una marca de la salud mental, son las condiciones culturales que alguien tiene para vivir en este mundo, en esta existencia.

Hay cosas que confunden, que no saben si esto tendrá que ver con la cuestión diagnóstica o tendrá que ver con su historia, y si tiene que ver con su historia porqué está pegando acá. Tampoco se puede pensar de uno o de lo otro, es todo un entramado, entonces a veces para nosotros es una cuestión de guita por decirte, que pongan los veinte pesos, y para el otro es otro registro de eso. Entonces también en ese vaivén, vamos pensando intervenciones que tienen que ver en ese sentido con un ordenamiento para la vida cotidiana, para la vida de todos los días, pero cuando vos ves que alguien no sabe leer la factura de luz y vos decís “bueno, mínimo luz va a tener alguien cuando viva y va a tener que pagarla”, entonces ahí es muchas veces hasta, sacando esa palabra, hasta educativo casi, “bueno mirá, te voy a enseñar, fijate acá”, pero bueno son cosas que tienden a esto de *tres recursos para vivir solo* digamos, vivir solos como si fuera la externación digamos.

¿En qué aspectos cotidianos podes reconocer elementos como: la autonomía, la capacidad de organizarse y el desarrollo de aptitudes en los usuarios?

También fue cambiando eso, qué pensaba y qué pienso de la autonomía. Creo que ser autónomo no tiene tanto que ver con arreglársela solo, sino con contar como con un itinerario de recursos, personas y cuestiones que ante un conflicto vos tengas esa red. A veces la red implica tener un recurso digamos, pero creo que la persona más autónoma es aquella que puede sortear las conflictualidades que existen en el vivir, en ir al banco, en que te cobraron demás en un servicio, en que tenes que comer. Después los horarios y un montón de otras cosas, no sé porque creo que hay tanta diversidad, quizás en otro momento eso sí era, si estás despierto de noche después de día no podes, pero bueno, si eso a alguien le permite andar, armar un proyecto, estar bien después de haber estado veinte años en un manicomio, no me parece que eso diga que no es autónomo. Las personas que al menos podemos contar que se han ido de la CMC y que están habitando otros lugares, no es sin los quilombos que tenemos nosotros, que son de otro tenor porque pertenecemos a otras clases sociales pero en la misma serie: “che, no sabes lo que me vino la luz” y para nosotros sería “tengo que arreglar el auto” o “el pibe quiere unos botines que salen veinte lucas, está loco”, digo este tipo de cosas, que para ellos es otra cosa en términos de lo económico o de lo cotidiano, pero resuelven la comida, manguean cosas, buscan changuitas, manguean ropa si tienen frío, comen guiso porque es lo más barato y son muchos. Si vos me preguntás si eso es lo ideal, te respondo que no, pero los ideales ya sabemos lo que son. Lo posible viene siendo eso y ellos están contentos, porque es nuestra pregunta “¿y vos cómo estas ahora, te sentís bien, te arrepentiste de irte?” y ellos te dicen “no, no”.

Hay indicadores, depende qué pensemos que es la autonomía, qué es ser autónomo. Porque después de ese quilombo, la plata es difícil, es poca y un despelote la organización. Muchas veces también nos vemos diciendo “bueno, que hagan lo que quieran con su plata, mientras tengan para comer, después que hagan lo que quieran”, si es lo que hacemos todos. Por qué nosotros les vamos a

decir “no, no gastes en una radio si ya tenes tres”, y bueno, quiere comprarse otra radio más. Después laburaremos en otro espacio eso, qué le pasa que tiene que tener cinco radios y sino no importa, nadie sabe nunca por qué la persona tiene que tener cinco radios en sus extrañezas, en sus fetiches. Pero eso no le impide tener una vida por fuera de las instituciones, una vida con algún proyecto.

¿De qué manera se promueven los lazos sociales entre los habitantes de la Casa? ¿Se presentan disidencias o conflictos por parte de los usuarios en relación a los acuerdos de convivencia? ¿Cuáles?

Y bueno, eso como con la autonomía, habría que definir qué es lazo social, porque yo entiendo lo que dice el psicoanálisis del lazo, lo que plantea Lacan digamos, pero no creo que estén desenlazados ya, porque hablan, primero, y después porque creo que el lazo siempre existió. El tema es cómo está armado, no es que no hay lazo y hay que armar un lazo, en todo caso es hasta inclusive aprender a convivir con ese lazo o coexistir con esos lazos.

Hemos hecho intervenciones en donde vemos que hay relaciones, que es otra cosa, que dificultan, que descompensan, hemos intentado intervenciones muchas veces bajando línea digamos, restringiendo podríamos pensar, que es otra pregunta, la cosa restrictiva. Con qué, cómo, porque hay situaciones donde hay que intervenir, todos están en la CMC, después veremos, eso es otra cosa.

Las intervenciones que aportan al lazo son estas, pensar la grupalidad, poder pensar la hablándose, diciéndose, haciendo cosas con otros, compartiendo con otros, todas las escenas que armamos que tienen que ver con celebraciones, festejos, momentos tristes de alguien que compartimos grupalmente, propiciar la inclusión a espacios grupales que tengan que ver con actividades que les gustan, laborales, las salidas, intervenciones con algunos vecinos porque hicieron cagada y bueno, ir a dar la cara, disculparse, que esto que parece así como puntual es todo un laburo que lleva a que algo de eso arribe, para pensar cómo se produce el lazo.

Trabajar sobre el lazo también es cuando ellos vienen sintiéndose mal porque alguien los despreció, porque alguien los boludeó, porque alguien los miró mal (porque se dan cuenta), porque se angustian, porque se persiguen, aparecen cuestiones persecutorias, trabajar sobre esas situaciones también implica laburar sobre el lazo social. Instalar una cotidianeidad armada y sostenida por ellos y colectivamente, con el acompañamiento del equipo, que hacemos un montón de cosas con ellos, también es pensar intervenciones por la vía del lazo.

La posibilidad de enunciarse también, de poder decirse, de poder historizar sus pasajes, sus momentos, sus historias. En la cotidianeidad eso todo el tiempo aparece, en la actividad todo el tiempo aparece, la conexión con otro momento, con la propia historia, con los sucesos de su descompensación, de sus comidas de chico, de sus paseos, y en ese sentido muchas veces el afuera, la ciudad, también es el laburo con el lazo. Poder salir, recorrer, conocer, vagabundear un poco, armar alguna salida, tomarse un bondi, ir a una oficina pública, eso también es laburar el lazo.

Y eso también se presenta en los conflictos y los malestares, en los tironeos de poder, en las avivadas, en las agachadas, en los beneficios secundarios, en un montón de cosas aparece todo el tiempo lo del lazo porque es básicamente eso, es cómo habitar y habitar no es sin otros, así estés solo en una isla desierta siempre hay otro, otros otros. Entonces ahí es, sin pensarlo como *trabajar el lazo social*, es creo todo esto. Que tengan sus papeles y que puedan con su obra social buscar con quién atenderse, que también tiene que ver con la línea de los derechos, porque a los derechos no sólo es necesario que los recuperen las personas que han estado desprovistas de muchos de ellos, es necesario que se apropien, porque tener un derecho o un beneficio que te corresponde por derecho y no poder hacer uso de eso, es igual de inservible digamos. El laburo es que alguien pueda reconocer la necesidad para hacer uso de ese derecho.

¿Cómo se materializan estos DDHH en relación a la sujeción de los usuarios con la comunidad?

Pienso en cuáles derechos primero, para poder pensar cómo se materializan. Bueno el derecho a la salud claramente y a la vivienda también porque es parcialmente un tiempo, creo que a quienes alquilamos nos pasa lo mismo, así que cada tanto estamos viendo qué va a ser de nuestras vidas ahora que me tengo que ir de acá.

Creo que hay un montón de pequeñas acciones o cuestiones que están naturalizadas o invisibilizadas porque parecen obvias o redundantes, que tienen que ver con la materialización de los derechos, como que alguien tenga su teléfono, su espacio, sus cosas, el mínimo riesgo de que te afanen tus cosas en tu casa, el acceso a tu tratamiento y a tu medicación. Antes de la pandemia nunca habían ido al Ciclo de Cine Independiente, que estés cerca, te enteres y vayas tiene que ver con materializar los derechos, a la cultura, a la educación, a espacios de formación laboral o de formación para adultos, a espacios de capacitación en oficios. También a tener tu audiencia con tu mediador, con tu curador, con tu defensor, consultarle a alguien cuando te llega una notificación o una citación, poder cambiar tu domicilio y poner el de la CMC, renovar tu Documento Nacional de Identidad, acceder a tu vacunación, tener tu homebanking, cobrar un subsidio especial, hacer uso de tu dinero, hacer uso de tu sexualidad. Creo que un montón y seguro muchos más, pero porque nunca los pensé en términos de derechos sino como que está dado de por sí que a todo eso lo hacemos las personas, bien, mal o mejor, pero las personas que habitan un manicomio parece que no. Hasta eso, saber. Saber qué pasa con su plata, con su control ginecológico, obtener el resultado, entender por qué te están haciendo, el derecho a la salud entendido en ese sentido de también ser partícipe de las elecciones y de las determinaciones que vas tomando respecto de tus condiciones de salud. Creo que en esas acciones se materializa como cierta adquisición de derechos, pero eso también hay que pensarlo.

Nosotros podemos leerlo como algo positivo, que fulanito en su historia tal cosa, pero muchas veces a esas cosas que nosotros decimos “pero es tu derecho que vos cobres tu pensión por discapacidad, es tu plata”, ellos te dicen “no, pero yo quiero trabajar. Yo no quiero cobrar esto, yo no soy discapacitado”. En esa vertiente, una cosa es lo que pensamos nosotros los profesionales

trabajadores sobre cuáles son los derechos que se van materializando, que a veces eso no está asociado a la clínica de la persona respecto de algo puntual de su malestar o de su situación, pero sí para poder ser sujeto hay algunos derechos que los tenes que tener garantizados porque si no sos un proto-sujeto, como en estado previo digamos. De qué responsabilidad le vamos a hablar a alguien o que vamos a acordar con alguien que no está pudiendo ni comer, es ese sentido pensarlo. Creemos que sí, que hay un montón de accesos que materializan los derechos, sobre todo por la vía de que son elecciones y decisiones de ellos: si quieren tramitar la tarjeta Alimentar o no, si van a buscar el Bolsón de Alimentos, si quieren ir a un espectáculo y quieren usar la Entrada para Discapacidad del teatro. Son sus derechos y están materializados, y como con todos los derechos creo, podemos apropiarnos más o menos según los momentos en donde andamos también. Hay momentos y tiempos en los que uno está más empoderado, podríamos usar esa palabra de ahora, que en otros. Y bueno, acá también.

¿Qué me podes comentar sobre el registro y el ejercicio que tienen los usuarios sobre sus propios derechos?

No podría generalizar, pienso en el caso por caso y de las personas que puedo pensar algo de eso. Pero sí creo que hay un registro de la vivencia más que del pensamiento que puedan producir en ese sentido de “me empoderé de mis derechos”. Sí creo que en la acción y cómo algo se va moviendo, se va zigzagueando, que tiene que ver con encontrarse transitando una experiencia y eso va determinando aprendizajes y atravesamientos de esos acontecimientos. Creo que ahí sí se puede pensar que se va armando ese registro de lo que les corresponde, de lo propio, de lo justo, de las legalidades. Las legalidades como La Ley pero también de las legalidades más vinculares. Pienso que sí, sí, sí, empieza a haber un registro en ese sentido. No es en todos ni es lineal tampoco, ni para todos es igual ni a la misma velocidad, ni en los mismos sentidos inclusive. Hay registro sobre todo en las condiciones de las necesidades básicas, creo que ahí eso sí se puede hasta enunciar, de cómo vivían antes de la Casa y ahora, antes de la pobreza y antes del hospital, como dos “antes” y un “ahora”. Desde ese lugar de lo que pueden ahora pero también de la seguridad que tenían antes por ejemplo en el hospital, como la tranquilidad de no ser responsables, inimputables (risas). Era aceptar o negarse, ahora el mundo de las decisiones abre todo un campo en el que te la tenes que arreglar con vos mismo ahí, de las posibilidades, qué de todas.

¿Qué consideras que se puede mejorar en el dispositivo CMC teniendo en cuenta tu experiencia de trabajo y en relación a la Ley de Salud Mental 26.657?

Creo que tienen que haber más CMC por supuesto, también creo que tienen que haber otro tipo de instituciones habitacionales, no sé cómo llamarlas, que sean respuestas del Estado para situaciones de estas mismas personas. Algunas porque necesitan otro tipo de acercamiento, de tratamiento y de asistencia, con más limitaciones, gente que necesitaría que haya alguien todo el tiempo y desde ahí pensar lo posible de la autonomía, lo posible de una vida digna para esa persona,

con eso resuelto por parte del Estado. Y también la otra opción, que las personas puedan tener una vivienda propia donde el equipo pueda ir a hacer un acompañamiento pero que la vivienda sea de la persona y no del Estado como institución. Porque hay como todo un temita que es alquilar, las condiciones para alquilar, que son las condiciones que son para todos en realidad no son para todos, son para todos los pequeños burgueses podríamos decir, porque la gente más humilde no tiene recibo de sueldo ni alguien que le pueda ser garante. Un montón de condiciones que excluyen a las personas, si no tenes un recibo de sueldo no podes alquilar.

Y además otra cosa, para ser inclusive un paralelismo con las personas que alquilan, vos cuando te mudás te llevás tus cosas, acá las personas tienen que comprar todo porque no vienen de una mudanza con sus muebles, sus electrodomésticos, su ropa de cama, nada de eso existe, es un despojo tal que lo único que traen es sus pertenencias. Llegaron al hospital así creo y lo que tenían lo han perdido después de tantos años, entonces creo que las CMC son necesarias porque son un proceso intermedio que acompaña a salir y a recuperarse un poco de las convalecencias del encierro. Y para eso no hay recetas, hay solo una disposición de querer acompañar a alguien.

La disposición es esto de estar dispuesto, del disponer, de lo del dispositivo, de alojar eso que llega en una disponibilidad, dispuesto. Que no es sin ningún sentido, que no es sin un ordenamiento y que no es sin un trabajo por supuesto, pero tiene que ver con ese ordenamiento.

Hay personas que por el daño que han sufrido no están en condiciones capaz de ese entre-medio y necesitan otras respuestas que no son la institución total por supuesto, porque eso es lo que pasa, quedan ahí, quedan por siempre. Y otras personas necesitan la respuesta habitacional porque ya están en condiciones de armar solos, con su familia, con su pareja o con un amigo, sin este intermedio pero quizás no sin un acompañamiento de un equipo o de un profesional. Sobre todo porque las comunidades no están cancheras para bancar y acompañar a personas que han transitado esto, estas experiencias en la vida digamos, todavía esa deconstrucción falta. Falta ese trabajo, la gente teme, se urgente, no sabe cómo tratar a la persona que está delirando o que está haciendo cosas extrañas. Es difícil por supuesto porque todo se lee desde la normalidad y con lo que queda por fuera hay que hacer algo.

Además, la transformación de los recursos también es *haciendo* digamos. Entonces los dispositivos tienen que existir para que otra gente que salga del manicomio vaya a laburar y que ahí vaya viendo que pasan un montón de otras cosas. Trabajé diecisiete años en el hospital, de muchas ya estaba advertida por supuesto, no es que me descubrí ahora. De hecho siempre he estado pensando “los manicomios no tienen que existir más”, pero poder pensar ahí en la agudeza clínica fue estando en este dispositivo, no en la guardia, ni en la internación, ni en los talleres grupales, o no con esta dimensión de mi lugar como trabajadora y hasta dónde, y vérmelas en la misma mierda que ellos porque “qué se yo cómo hacer esto, porque no sé”. No saber está bien, no pasa nada. Cómo vamos a saber de la vida de los otros, qué sé yo qué tiene que hacer el otro.

Una cosa es el proyecto escrito que se fue escribiendo cada vez que lo volvíamos a presentar y otra cosa es “bueno listo, arrancamos”. Ahí no es solo armar un equipo, es armar una idea, es

materializar un concepto, es intentar arribar a una práctica que sostenga todo eso que uno cree, que uno piensa, cómo llevarlo a cabo. Si decimos que respetamos, ¿qué le digo, que no? ¿le digo que sí?, cuando se solicita hay veces en situaciones de la cotidianeidad que la respuesta no puede ser "bueno, pensá vos". Eso lo ves en un diván, en un consultorio vos podés tirarle la pelota pero cuando se trata de algo de lo cotidiano muchas veces no podés decir "ah no sé, fijate a vos qué te parece". ¿Qué le digo, que sí?, pero si le digo que sí tal cosa. Entonces, te convoca también a vos pensarte en tus jerarquías, o sea desde dónde nos autorizamos nosotros a decirle a alguien que no está internado y que no somos el equipo tratante tampoco, que tiene que hacer o no hacer tal cosa.

Creo que la práctica es esa, lo que pasa que las instituciones respaldan y cronifican a las personas también que trabajamos allí. La maquinaria manicomial te lleva puesto en el punto en el que, aun haciendo intervenciones copadas digamos, en la internación, está ahí en un límite donde la vida no es nada que ver a todo esto. Acompañar en la comunidad a alguien no es nada que ver a esto, nada de nada. Entonces bueno, ahí andamos.

QUINTA ENTREVISTA

Se mantiene una entrevista de 1:12 minutos, el día 29 de diciembre de 2021, de 7:00 a.m. a 8:12 a.m., de manera virtual a través de la plataforma Google Meet. La misma fue grabada con consentimiento de la persona entrevistada para la presente transcripción.

Edad: 36

Profesión: Licenciada en Psicología, Especialista en Salud Mental

Años de ejercicio en la profesión: 9 años

Contame de tu formación, desde cuándo trabajas en el dispositivo de CMC y acerca de tus roles y funciones en él.

Yo me recibí en el año 2011, empecé a ejercer la psicología en el año 2012. Mi formación fue una elección que se vinculó un poco hacia el final de mi carrera, yo hago la especialidad en clínica psicoanalítica y ahí tenía el Seminario de Prácticas, ahí en el año 2008 me incluyo en el hospital en un espacio puntual que era participar de entrevistas de primeras admisiones en Sala de Mujeres y posteriormente fui recorriendo otros dispositivos y espacios, y eso fue como bien movilizado por mi deseo, como que me salió un poco de ese encuadre propuesto por la carrera y por la facultad, y tuve la suerte de que muchos de esos espacios me hayan abierto las puertas. Entonces lo que iba a ser un año de práctica terminan siendo cuatro años de práctica, desde el 2008 que yo inicio hasta que me recibo continué vinculada en diferentes dispositivos del hospital. Entonces cuando me recibo, un poco asociado a todo eso, es que deseo rendir para ingresar a la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental, que tiene sede ahí en el HESM.

Vivencí un poco el proceso de empezar mi tesis y el transcurrir de la misma con la sanción de la Ley de Salud Mental, muy movilizada también por eso. Fui en principio invitada pero después pude vivenciar un poco esa militancia en relación a la aprobación de la Ley, a la apuesta por diferentes espacios que en el hospital había muchos trabajadores que los venían desarrollando, sosteniendo y militando desde hacía muchísimo tiempo. Este acontecimiento legal y simbólico venía como a marcar ahí una especie de bisagra y todo eso yo lo venía transitando, como decía, entre los últimos años de mi carrera. El haber estado realizando mi tesis para obtener mi título de grado en donde yo, ahí también hago mi trabajo de campo y como decía anudado un poco a todo eso, decido rendir. Tuve la suerte y la fortuna para mi gusto de haber ingresado enseguida apenas me recibí, entonces mi formación y el ejercicio de mi práctica siempre estuvo, nunca se separó, siempre se sostuvo y fue acompañada. Ahí transito diferentes espacios y desde el inicio los dispositivos con base comunitaria o con un abordaje en realidad más alternativo o sustitutivo a la lógica manicomial fueron los espacios que a mí me convocaban y por los cuales transité. Grupos terapéuticos, La Bisagra, espacios de huerta, digamos

que siempre fueron, más allá que el espacio de consultorio siempre estuvo, los espacios que realmente me convocaban.

A CMC yo ingreso un año después de que se inicia el proyecto, en el primer equipo formó parte otra psicóloga también egresada de la Residencia, y cuando ella tiene que dejar ese lugar por distintos motivos, me convocan. Y bueno, entonces hace dos años estoy formando parte del equipo. Hace muy poco, desde mitad de año a esta parte, tuve también la posibilidad y que para nosotros los trabajadores de la salud pública es una conquista, de poder dedicar exclusivamente la totalidad de mis horas del hospital en el dispositivo de CMC. Eso hace también que uno pueda con otra cabeza, con otro tiempo, vincularse con los compañeros y con lo que va surgiendo y aconteciendo en el día a día, que es tan diverso y que anteriormente por el hecho de estar con esta modalidad compartida, no disponía del tiempo que hoy dispongo. Para mí es una gran conquista esa.

¿De qué manera se acompañan los procesos de externación de los usuarios?

Los procesos de externación son bien singulares se acompañan en función de cada situación, bueno acá la palabra “acompañar” es una palabra que para nosotros está libidinizada, es algo que forma parte de nuestra práctica cotidiana.

El dispositivo de CMC desde su creación a la fecha ha podido acompañar dos procesos de externación, que han sido muy diversos y la diversidad y los diferentes modos en lo que esto acontece tiene que ver con las distintas particularidades clínicas de cada uno de los usuarios pero los procesos van desde poder acompañar en esto de poder pensar un lugar para vivir, poder armar redes comunitarias en ese lugar, se hacen conjuntos sí con los equipos tratantes porque los usuarios que viven en la Casa siempre tienen su equipo tratante con quien sostienen sus espacios individuales, entonces esos procesos suelen ser en conjunto, digamos acompañando en conjunto y nosotros como equipo interdisciplinario de trabajadores de la Casa, también vamos acompañando un poco según las transferencias o según las referencias que se han podido construir con ese usuario en ese pasaje. Pero como decía en un principio, ha tenido que ver un poco con esto, pensar un lugar y empezar eso, a tejer redes más comunitarias y poder acompañar el proyecto de vida en lo cotidiano desde poder acompañar por ejemplo si hacen falta objetos que son indispensables como cocina, cama. Hemos recibido donaciones, las cuales hemos trabajado por decirlo de alguna manera con ellos, no como donaciones de pasa mano sino con un sentido en relación a eso para que se pueda construir un pasaje y una externación realmente con otro sentido.

Los dos usuarios que lograron externarse no habían tenido internaciones tan prolongadas, eso también ha sido un factor que a ellos mismos los han movilizado en otro sentido y desde otro lugar para apostar a otro habitar para ellos, a otro espacio. Hay uno de ellos que su externación y su vida hoy transcurre un poco en la ciudad de San Benito y una usuaria que vive junto a sus hijos en Paraná. Los dos han tenido un pasaje que ha sido acompañado, en esto del proceso, ellos se instalan y empiezan a vivir y es como que esos apoyos se van generando como más intensos podemos decir en algún

momento, bueno se suceden cada vez menos hasta que se logra que ellos después continúen solo con sus equipos tratantes. Ha sido una cuestión clínica y de repensar nuestro acompañamiento también el hasta dónde y hasta cuándo, pero bueno esas respuestas han sido bien singulares.

¿Pensas que existen efectos desubjetivantes en estos usuarios que han vivenciado internaciones crónicas en instituciones monovalentes? Si es así ¿cuáles?

Sí, totalmente. Desubjetivantes y arrasadores de la dignidad humana, desde el punto en que se pierde el sentido de la vida privada, donde todo se vuelve una rutina y una asistencia. Creo que sí, que la subjetividad en ese sentido o la mayoría de las veces en situaciones donde esa internación se va prolongando sí por supuesto que surgen estos efectos.

Hoy por hoy nosotros, los trabajadores de la salud mental y puntualmente en el hospital, tenemos todo un marco legal en relación a la Ley de Salud Mental, la intervención también del Órgano de Revisión en cuanto a la legalidad y a la regulación de los plazos en las internaciones donde por supuesto ya no hay internaciones como las que por ejemplo sí vivenciaron otros usuarios que hoy por hoy habitan la casa. Hay un usuario que estuvo más de veinte años internado, eso es algo que hoy por hoy no podría darse, pero por supuesto que nosotros podemos ubicar que esta vida tiene marcas de internación y la apuesta ha sido a que su inclusión al dispositivo de CMC ha sido a apostar a un armado cotidiano que devuelva en algo al menos de esta dignidad de vida que fue robada.

Hay usuarios que al incluirse al dispositivo tuvieron por primera vez una llave, que podemos ubicar simbólicamente que marca muchísimas cuestiones, una llave para un lugar el cual habitar y en el cual poder decidir cuándo entrar, cuándo salir, quién entra y quién no entra. No menor ha sido el proceso de dos usuarios que han tenido también una internación muy prolongada, donde su tránsito por medio-camino no tuvo los efectos los cuales nosotros apostábamos para ellos. Han tenido que regresar al hospital, es decir, han vuelto a tener internaciones que por diferentes motivos se han sostenido. No nos olvidemos que la mayoría de las personas con las que nosotros trabajamos, además de algún diagnóstico de psicosis o de estar atravesados por la locura, están atravesados también por la pobreza, por la falta de referentes o de recursos con los cuales armar algo más para acompañar.

Entonces estos dos usuarios han vuelto al hospital y los que estamos acompañando desde hace ya más de tres años en relación a esta apuesta del armado de una cotidianeidad que sea el paso, el otro lado de este medio-camino digamos, todavía no se ha podido dar y puntualmente ha sido un motivo de supervisión nuestra y de preguntas.

Hay uno de estos usuarios que tuvo más de veinte años de internación y que este año tuvo su primera internación breve, realmente nos empezamos a preguntar si todas las personas tienen esta posibilidad como recurso subjetivo de armar este otro medio-camino y si bien hay familiares no hay así como un lazo afectivo que tenga y que acompañe. Tiene más de sesenta años de edad, entonces nos estamos preguntando mucho por este medio-camino para él, se ha pensado y es algo que estamos trabajando en este momento con él y su familia. Nosotros al interior del equipo pensamos por ejemplo

en una residencia para adultos mayores, es algo que se está trabajando. Entonces por supuesto que la subjetividad tiene marcas después de todos estos años de internación en un monovalente y hay algunas de esas marcas que son muy difíciles de borrar, pero al menos sí se intenta y la apuesta a que eso suceda siempre va a estar, pero como todos va teniendo un pasaje diferente allí.

Yo por ejemplo el primer tiempo, ese primer año, no estuve en la Casa pero sí ha sido algo que como equipo lo hemos trabajado y por momentos se sigue viendo en ellos esto de que por ejemplo se acuestan vestidos, con el calzado, con la riñonera encima y el mate en la pieza. Esas cuestiones son realmente por esto que pasa en el hospital. En el hospital lo único más privado, y muy entre comillas, que ellos tienen es esa parte de la habitación, entonces todo lo que es propio está en ese lugar, y por ejemplo se ha trabajado con ellos en relación a esto y es algo que no se ha movido.

El primer tiempo recuerdo que ellos por ejemplo se desvestían en la habitación y caminaban desnudos hacia el baño, sin importar si allí estuvieran compañeros o compañeras. Esa es una práctica que sucede en las salas, donde ellos tienen las duchas de un lado y el vestidor del otro, y la circulación está naturalizada de esa manera. En el hospital la rutina de la institución total marca qué cosas se hacen en cada horario.

El primer tiempo el equipo por supuesto acompañó con otra presencia, desde la llegada, el reconocimiento al barrio, el poder prender una cocina, hacer una comida para todas las personas que eran, sentarse a la mesa. Todo eso se fue corriendo un poco, yo decía hoy que los apoyos en un primer momento tenían otro tipo de intensidad o de sentido. Hay una escena que es como muy gráfica en donde ellos se sientan alrededor de la mesa con el reloj que habían bajado de la pared a mirar el reloj, esperando que el tiempo pase para que alguno de nosotros llegara o para que se tuvieran que ir a dormir. Lo cuento así como un relato pero es algo realmente muy fuerte, muy fuerte. Han sido cuestiones que con el tiempo algunas de ellas se fueron moviendo e inscribiendo, algo más vital, más propio, privado, pero ha costado muchísimo, muchísimo, por haber estado atravesado por una internación en el monovalente y también podemos pensar por condiciones de vida más estructurales que ellos han tenido.

Hay muchas cosas que nosotros nos repreguntamos, si tienen que ver con nuestro modo más neurótico de pensar, qué sería una cotidianeidad más saludable y si a ellos realmente es algo que en algún momento les puede llegar a hacer ruido o inscribir, bueno siempre son cuestiones que trabajamos. La alimentación o cuestiones como que en el hospital siempre cada comida estuvo como marcada un poco por el pan que venía con cada una de las comidas, entonces ellos al principio compraban dos kilos de pan y entonces ha sido un permanente acumular pan sin sentido y sin poder flexibilizar un poco eso.

En relación a la comida y a la limpieza de la casa que son cuestiones que uno en el hospital lo tiene por asistencia de la institución en sí, han sido cuestiones para las cuales hemos pensado ciertos andamiajes, propuestas con sentido, más directivo, menos directivo, y ha sido un poco lo que ha atravesado y problematizado siempre el tránsito de ellos, desde los que están desde el inicio y de los últimos que se han incorporado. Tiene que ver también con la posibilidad o no de inscribir cierto

sentido de pertenencia sobre un lugar que se sabe que estás de paso, que no es propio. Si bien nosotros, y anudado un poco a esto de la llave, tocamos timbre y esperamos a que ellos nos abran para poder entrar, y si bien nuestra intervención empieza en el momento en que ellos abren la puerta, siempre se les ha marcado que esta casa es de ellos, pero es difícil si nosotros lo pensamos esto de inscribir como propio un lugar que se sabe que estás de paso. En todas esas complejidades habitan un poco las marcas de la institución.

¿Pensas que el dispositivo posibilita la construcción de una “cotidianeidad sustitutiva” a la manicomial? Si es así ¿de qué manera?

Bueno, anudado a lo que venía diciendo recién, de la manera en que ellos pueden armar una cotidianeidad singular e individual. El dispositivo de CMC, la Casa, está en un lugar céntrico donde ellos han podido armar o construir ciertos lugares de referencia, en un primer momento ciertos espacios de taller y ellos justamente han podido armar una cotidianeidad propia, “me baño cuando tengo ganas de bañarme” o “como lo que tengo o puedo comprar/cocinar/comer”.

Siempre ha sido como condición un poco el sostenimiento por parte de ellos de sus tratamientos de salud mental, la mayoría tienen un equipo, o sea son varios espacios, la mayoría de esos espacios están en el HESM. Hay dos usuarias que están en HDD y hay determinados momentos y espacios más de la grupalidad en la Casa que son el espacio de Asamblea y un espacio de Cocina que es por la mañana y donde preparan un almuerzo. Eso un poco ha sido condición pero fuera de su presencia y del sostenimiento de los espacios, por fuera de eso, cada uno sustitivamente a esa vida que proponía el manicomio ha podido armar otro transitar, otro recorrido. Recibir visitas en cualquier hora, ir a un cumpleaños a la noche, ir al supermercado, me parece que eso que nosotros podemos enunciarlo así como rápidamente, han sido cuestiones que realmente nos hacen preguntarnos o poder ubicar allí ciertos efectos para la subjetividad que entendemos por supuesto y absolutamente que ninguno de esos efectos uno los pudiera o pudiese haber logrado en el espacio del Consultorio. Yo siempre digo que, más allá de mi profesión que es una práctica que hago y que sostengo, para mí muchas situaciones y muchas vidas el encierro en el consultorio no basta. Entonces si nosotros podemos pensar que la clínica es ir con un usuario al supermercado, bueno eso es repensar la clínica para ese sujeto, ayudar a armar la pieza, a armar una tarta, digamos todas esas cuestiones las leemos en relación a nuestra clínica y al armado de esta cotidianeidad saludable, sustitutiva a la vida que han tenido en el loquero.

¿Qué efectos producen estas nuevas cotidianeidades a nivel subjetivo? ¿Viste logros inesperados en un usuario?

Bueno yo creo que estas tres preguntas están bastante enlazadas a lo que vengo respondiendo, desde como decía recién poder haber armado redes, vincularse con la familia desde otro lugar, poder

hasta haber construido una relación ahí adentro acompañando por ejemplo a otro usuario, conociendo otros espacios. Esto muchas veces nos hace como pesquisar un poco esta otra posición subjetiva que ellos habitan o apuestan habitar.

Hay un usuario que habita la Casa que es el único que ha podido armar un poco de redes en relación a lo laboral y trabaja en una feria en la ciudad. Entonces claramente ahí su posición subjetiva en relación al trabajo, el hecho de haber estado viviendo ahí, vincularse de otra manera, pensar desde otro lugar, me parece que tiene que ver con esas cuestiones. Pero sobre todo el poder decidir sobre lo que sucede o lo que no sucede en sus vidas cada día, bueno eso nos habla de otro posicionamiento subjetivo. Hay muchas cuestiones que nosotros como trabajadores visualizamos en relación a eso y me parece que es un poco lo que nos potencia, porque como yo decía hoy acompañamos la vida, y que ese enunciado así como tan simple, por momentos es tantas cosas. O en esto que yo decía recién, la clínica puede ser desde tener un espacio de escucha más individual, que yo no soy la psicóloga de los usuarios de la Casa sino que nuestras intervenciones son en relación a la grupalidad pero digo cada uno desde su profesión arma ciertas ficciones cada día, entonces más allá de que yo pueda tener un espacio de escucha en algún momento que voy, también la clínica es hacer estas cosas que yo mencionaba recién y si todo eso es lo que a ellos les permite posicionarse desde otro lugar, más allá del cansancio y de lo complejo que pueda resultar es un poco lo que a nosotros nos motoriza siempre.

¿De qué modo se registran estas trayectorias de los usuarios?

Nosotros tenemos registros en sus HC. Sus HC en el hospital son únicas, es decir hay una sola, la cual por ejemplo es la que se usa cuando el usuario estuvo internado, va a una guardia o hace tratamiento por consultorio externo. Entonces, nuestro registro de esas trayectorias se hace siempre como una actualización de la HC, no es un registro cotidiano de las cuestiones más relevantes. Sí lo que estuvo registrado como más paso a paso son los procesos donde ellos tienen su alta para empezar a habitar la Casa. Su pasaje del alta de la internación a habitar en el dispositivo es algo que sí se registra paso a paso y en relación a cada uno de los movimientos que se van dando, porque no es que el usuario o la usuaria a partir de que va a dormir por primera vez al dispositivo tiene su alta de la internación, sino que eso se evidencia en términos de proceso y como tal por ejemplo va teniendo permisos en el registro de la internación, va teniendo permisos de salida, siempre en el marco de habitar el dispositivo hasta que tienen su alta. Cada uno de esos pasos o el alta como acto simbólico se trabajan con los usuarios y demás, todas esas cuestiones son registradas en su HC.

Nosotros registramos cuestiones siempre relevantes, no son permanentes, y sí lo que siempre queda registrado son las reuniones que hacemos con los equipos tratantes, donde se definen estrategias de intervención y se hacen determinados acuerdos para el tratamiento o en relación a la direccionalidad del mismo. Eso lo vamos registrando, pero las HC siempre permanecen en el hospital.

Nuestra reunión de equipo es semanal en el hospital y son los momentos donde siempre tenemos para recuperar un poco en relación a la trayectoria individual y repensar intervenciones y estrategias para cada uno de ellos y también en ocasiones para el armado de un registro.

Respecto a las Asambleas hay un libro de actas donde se registran cada una de las asambleas, siempre al registro lo hace un trabajador pero al iniciar la asamblea se recupera un poco lo que ha acontecido o se ha podido escribir/narrar en el libro. Allí se ubica quienes son los que están participando de la misma y cuáles son las cuestiones que se acuerdan o trabajan. Siempre hay un registro, siempre se recupera. Hay algunas cosas que se registran que se trabajan que se recuperan semanalmente, como decía al principio, cuestiones como más relacionadas a la limpieza, a la comida, a la cocina, eso siempre por ejemplo se ha trabajado y se ha registrado y es algo que creemos que seguiremos registrando y trabajando.

También los alimentos y productos de limpieza se compran con un fondo de comedores que gestionó el hospital, donde se hace una compra mensual y allí se llevan todo tipo de alimentos, los cuales ellos utilizan diariamente para comer pero además tienen un fondo común en el cual cada uno de ellos pone un dinero y se arma un fondo común semanal para comprar por ejemplo si se necesita algo más para la comida o si hoy a la mañana compraron facturas para el mate. Todo eso se decide en la grupalidad y tienen aparte un librito donde deberían poder anotar los gastos en relación a ese dinero, para que todos puedan tener acceso o registro de lo que se va gastando. Eso también ha sido como un nudo problemático que los ha atravesado siempre pero ellos tienen acceso y eso se registra.

El dinero de ese fondo ha sido histórico y siempre es la misma usuaria la que se encarga de recolectar lo que pone cada uno para el fondo. Todos ponen la misma suma y eso queda en una parte de la Casa en la cual todos tienen acceso, sólo ellos tienen acceso y van decidiendo en la grupalidad en relación a esos gastos.

¿Qué estrategias se implementan para realizar un empoderamiento subjetivo, teniendo en cuenta la organización de espacios, tareas y responsabilidades de los usuarios?

Hay muchas cuestiones de lo individual, de lo subjetivo, que se trabaja en articulación con sus equipos tratantes, mucho de eso. Es más hay muchos de estos efectos o estas estrategias que son laburadas en espacio de consultorio justamente porque al interior de la Casa es difícil encontrar espacio o momentos para trabajar la singularidad. Como te decía hoy, nuestra intervención inicia cuando ellos nos abren la puerta y siempre están ellos habitando los mismos espacios. Entonces ante determinadas situaciones, por supuesto que es algo que en el caso de que sea necesario se ficciona ahí un espacio más individual, nos hemos ido al patio, nos hemos ido afuera y eso se da, pero es difícil poder intervenir individualmente porque nosotros podemos estar ahí como acompañando algo que un usuario puede estar vivenciando con un monto de angustia y aparece alguien ahí al que se le acabó el jabón en polvo para lavar la ropa, interrumpiendo un poco esa privacidad o ese momento para poder laburar estas cuestiones.

Entonces como decía, a las estrategias nosotros las laburamos siempre con los equipos, estamos en permanente comunicación porque como acontece en la mayoría de los espacios tenemos un grupo de whatsapp en donde cada día nosotros vamos compartiendo con nuestros compañeros, porque somos varios, entonces generalmente vamos de a dos o solemos ir de a uno pero estamos todos en diferentes momentos y días. Entonces cotidianamente compartimos lo que acontece y a la par si hay algo relevante en relación a alguno de ellos, compartimos también en el grupo con el equipo tratante y vamos laburando en conjunto el armado de una estrategia. Por ejemplo en este momento hay una de las usuarias en donde esto de la externación está resultando un poco más complejo. Nosotros podemos ubicar como que hay un cierto retroceso entre comillas, cuando se empieza a enunciar la posibilidad de la externación, en relación a todos los movimientos singulares que ella venía dando en este habitar la Casa. Entonces laburamos mucho con el equipo, qué estrategias nos vamos dando, qué podemos pensar.

Como decía hoy, nosotros generamos espacios individuales dentro de la Casa pero siempre hay una articulación con el equipo tratante, sobre todo cuando son cuestiones singulares, más de la privacidad o que tengan que ver por ejemplo con poder recuperar o enunciar ciertos acontecimientos, para potenciar allí o apostar a que se genere algún movimiento subjetivo. Tratamos que eso se de en espacios realmente privados y respetuosos, entonces siempre es en articulación con los equipos.

¿En qué aspectos cotidianos puedes reconocer elementos como: la autonomía, la capacidad de organizarse y el desarrollo de aptitudes en los usuarios?

Creo que en cuestiones singulares cada uno ha podido armarse, por ejemplo ellos tienen propuestas grupales en relación a lo que van a comer o lo que van a hacer y si no están de acuerdo con eso o si tienen ganas de otra cosa, es algo que ellos pueden proponer o generar, y de hecho lo hacen. Desde compras hasta lo que se te ocurra, el lavado de su ropa, poder turnarse. Por ejemplo, hay cine en la Vieja Usina, uno tiene ganas de ir y ha invitado a otro usuario y los otros se han quedado. Esos son todos elementos que me parece que visualizan esto y que mucho de lo que ha podido construir alguno singularmente por ahí potencia al otro. Muchas veces entre ellos mismos han sido como sostén o generador de algo más propio o más individual.

¿De qué manera se promueven los lazos sociales entre los habitantes de la Casa? ¿Se presentan disidencias o conflictos por parte de los usuarios en relación a los acuerdos de convivencia? ¿Cuáles?

Sí, siempre la apuesta ha sido volver a conectar o a intentar generar algún tipo de re-vinculación pero con un sentido, porque con esta usuaria que yo nombraba hace un ratito, en la cual se está apostando e intentando su proceso de externación, muchas veces ha introducido en alguna conversación el nombre de su hermana o preguntando por su hermana y ella no ha tenido ningún tipo

de interés. Entonces hemos podido acompañar también esa singularidad y no forzar ciertas cuestiones, hoy por hoy sí es algo que se está trabajando de otra manera.

Sí siempre hemos acompañado esto, individualmente el contacto con sus lazos afectivos que no siempre han sido familia o no siempre han sido personas, han sido también espacios. Hemos acompañado y apostamos, también creemos que los usuarios que habitan la Casa hoy por hoy están en otro momento en relación a su clínica o a su subjetividad, que también les permite posicionarse para establecer alguna relación desde otro lugar.

En la grupalidad no pretendemos por supuesto que sean amigos pero que al menos que puedan compartir saludablemente como cualquier persona que comparte un lugar para vivir. En esta grupalidad acontece o hay cruces de identificaciones, de malestares que se actualizan, que se comparten, pero nuestra apuesta siempre ha sido de acompañar y que ellos puedan armar o encontrarse con otros *otros* para compartir su cotidianeidad desde el otro lugar que están habitando en este momento.

Y en relación a las disidencias que vos me preguntás, por momentos eso se ha vivenciado con mayor conflicto, donde ellos nos han convocado en diferentes momentos y por diferentes motivos. Nosotros ubicamos que la grupalidad se ha podido constituir como tal desde el momento en que ellos pueden resolver al interior de la grupalidad en sí digamos o de ese momento, y después que a nosotros sea algo que nos compartan cuando llegamos.

Siempre cada movimiento que se produce con una externación o la llegada de un nuevo usuario hace que al grupalidad se reconfigure, donde en cuestiones conflictivas esto se reactualiza, pero se han podido constituir como un grupo y afrontar lo conflictivo que tiene esto del convivir.

¿Cómo se materializan estos DDHH en relación a la sujeción de los usuarios con la comunidad?

Sí, en principio un poco en relación a lo que yo decía hoy de devolverles la dignidad de su vida o en algo o en parte, al menos es la apuesta. Desde poder decidir en cuestiones en relación a su privacidad, a su intimidad.

La cuestión del voto es algo que estaba garantizado ya estando ellos en el hospital, pero por ejemplo a circular libremente, derechos que en el hospital no estaban dados por la lógica de la institución en sí. Ellos en la Casa tienen un teléfono fijo, el cual pueden usar para comunicarse con cualquier persona y en cualquier momento, son cuestiones en las cuales se puede materializar el ejercicio en relación a sus derechos.

Un poco lo que anecdóticamente contaba hoy contrastando un poco o pensando en los efectos subjetivos de la institución, desde el punto en donde ellos tengan un lugar digno en el cual vivir, que puedan comer, que puedan sostener su tratamiento, que puedan tener su medicación, que puedan desde otro lugar vincularse con sus seres queridos, que puedan armarse de otra manera para construir un proyecto de vida o un sentido para su vida, uno puede ahí materializar estas cuestiones.

¿Qué me puedes comentar sobre el registro y el ejercicio que tienen los usuarios sobre sus propios derechos?

Vos sabes que hay un poema muy lindo que uno de los usuarios escribió para el primer aniversario del dispositivo, que se hizo en un almuerzo. Esto que te decía hoy, de que nosotros somos varios y vamos en destinos momentos, entonces hay como diferentes momentos en el año, bienvenidas, despedidas, aniversarios de la Casa, en donde nos juntamos todos. En ese aniversario nos habíamos juntado todos y se había invitado al Director del hospital, al Secretario Técnico y a trabajadores que habían formado parte del dispositivo en un momento. Recordar ese poema es como decir ¡guau!, como que no podíamos creer el registro que él tenía de este sentido para su vida.

El poema decía algo así como “nosotros podemos entrar y salir, hacer lo que queremos, no hay persona encadenada a la cama, la policía no entra a cualquier hora”. Realmente poder visualizar los efectos que para estas vidas ha tenido la posibilidad de poder habitar este espacio, ha sido algo que para mí como trabajadora de la salud es realmente maravilloso, y que ellos lo puedan visualizar de esa manera es algo que conmueve la verdad.

Sí tiene un poco esto otro que nosotros también nos preguntamos, por esta gran ficción que es el dispositivo, porque los usuarios que habitan la Casa, no van a tener o no van a vivir en una casa similar o con los mismos servicios o las mismas condiciones en las que viven acá. Pero sí pensamos que la posibilidad de hacer ese pasaje, ese tránsito, les permite a ellos subjetivamente armarse desde otro lugar, intentando al menos borrar o hacer algo con todas esas marcas que estos cuerpos traen. Que ellos lo digan, lo vivencien o lo enuncien realmente es algo que moviliza.

Recuerdo que en esa oportunidad cuando este usuario lee, todos lo hicieron propio, en el sentido de estar de acuerdo. Entonces sí, me parece que a los efectos ellos los ubican y los registran, y me parece que es lo que en algunos usuarios está como costando, que se arme este otro lado del camino. Porque más allá del hecho de haber sido alojado en algún lugar y de esta manera, no es sencillo después desarmar un poco eso que se ha construido.

¿Qué consideras que se puede mejorar en el dispositivo CMC teniendo en cuenta tu experiencia de trabajo y en relación a la Ley de Salud Mental 26.657?

Creo que nosotros como trabajadores nos hemos armado como equipo de trabajo en situación, es decir trabajando en la Casa, porque no nos conocíamos de otros lados. Entonces con lo que cada uno traía es que hemos ido armando estos diferentes modos de encarnar la profesión en un equipo interdisciplinario que acompaña las vidas.

Nosotros somos un dispositivo en el cual rotan residentes, han ido practicantes, trabajamos con otros trabajadores como por ejemplo los acompañantes terapéuticos, que no son del hospital sino que son trabajadores independientes y autónomos que cada usuario gestiona o contrata a partir de su obra social, los cuales hemos podido sostener en este último tiempo desde otro lugar, en donde podamos trabajar todos como un equipo para poder pensar integralmente al sujeto. Es algo que puedo

decir que ha ido cambiando y que hoy por hoy hemos tenido muchas supervisiones en relación a eso y también en relación a los coordinadores o coordinadoras que hemos tenido, en el sentido de repensar realmente qué es para nosotros una coordinación, qué cosas creemos que deberían ser la coordinación del dispositivo. Esas cuestiones creo que como equipo de trabajadores hemos podido ir armando con nombre propio, porque somos los que estamos en este momento, somos en esta primera experiencia del dispositivo de CMC, nos hemos ido armando. Pero creo que cuestiones en relación al diálogo o la comunicación, en esto de que vamos en diferentes momentos y en relación a distintas cosas, es algo que siempre se puede mejorar. Tuvimos momentos desde muy intensos a poco, y bueno nos vamos armando. Como trabajadores creo que también hoy por hoy sí nos podemos visualizar como equipo interdisciplinario de trabajo.

Y en relación a la Ley, nuestro lugar como trabajadores ha sido el de acompañar un trabajar articuladamente o intersectorialmente en relación a desde qué lugar o desde qué espacios el Estado puede acompañar este armado de la vida, luego de atravesar una internación en una institución total. Desde acompañar pedidos en relación a gestiones por viviendas, programas o subsidios.

En relación a lo que la ley promueve y propone, que desde el Estado uno debe poder acompañar, trabajamos y lo hacemos con los distintos sectores y es una apuesta permanente. La apuesta es siempre a que el dispositivo no solo se sostenga sino que se multiplique, que no haya una casa de medio camino sino que haya muchas para muchos de los usuarios que realmente necesitan de esta estructura, que es intermedia y que posibilita realmente el armado de una vida digna.

Hay muchos usuarios que con el trabajo de externación que se hace en la Sala lo pueden hacer, por las particularidades subjetivas mismas o porque hay otros afuera esperando o armando. Pero hay muchos que no, entonces sin la posibilidad de este dispositivo y de este acompañamiento no puede lograrse. Así que bueno, la apuesta como trabajadores es que se multiplique como te decía, que se sostenga y que nosotros tengamos la posibilidad de dedicarnos como lo estamos haciendo muchos de los que la formamos, con la totalidad de nuestras horas a estos espacios que necesitan de tiempo y de energía. En ese sentido quedan varios trabajadores que están compartidos, no solo en dos sino en tres espacios, y bueno nuestra apuesta también será por esas conquistas.

En mi caso cuando tuve esta posibilidad a mediados de año realmente lo viví como una conquista, tampoco tengo tanta antigüedad en el hospital pero tuve esta posibilidad y realmente la celebro. Uno puede estar desde otro lugar.

Nosotros además como equipo, en este momento puntualmente, estamos atravesando la posibilidad de jubilación de una de las coordinadoras. Entonces eso genera también otro movimiento y necesita de otros cuerpos para sostener y rearmar ahí.

Tengo entendido que esta casa de medio camino es la única funcionando actualmente a nivel provincial ¿esto es así?

Sí, esta casa de medio camino como dispositivo es la única a nivel provincial. Hay una apuesta de armado en Gualeguaychú o en Concepción del Uruguay, por ahí, pero que esté funcionando y haya usuarios habitándola sí. Es la primera en Paraná, hubo casas de medio camino en Rosario del Tala.

Después el proyecto del dispositivo de CMC es un proyecto que han militado y deseado muchísimos trabajadores del hospital y bueno, hace muy poco que esto se pudo sostener. Realmente consideramos que en parte es lo que el Estado tiene que poder hacer por personas que han vivenciado lo que han vivenciado después de internaciones prolongadas en el monovalente.

El manicomio no es un lugar para vivir y lo fue para muchas personas, entonces bueno, las casas de medio camino vienen un poco a reparar algo de todo eso que el manicomio ha destruido, ha marcado o ha violentado.