

CONCEPTOS, DISCURSOS, PRÁCTICAS SOCIALES.

CAMPOS Y FUENTES DE LEGITIMIDADES
SERES HUMANOS – SONORIDADES
TRABAJO SOCIAL – SALUD MENTAL
TESIS DE MAESTRÍA

Lic. Jose Luis Seoane Suárez
Directora de Tesis: Dra. Mirta F. Bokser

Universidad Nacional de La Plata
Facultad de Trabajo Social

Agosto 2015

Conceptos, Discursos, Prácticas Sociales.

**Campos y Fuentes de Legitimidades
Seres Humanos – Sonoridades
Trabajo Social – Salud Mental**

ÍNDICE

INSPIRACIONES.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN , HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	9
Capítulo I - PRIMERA ESTROFA. EL NOMBRE DE LAS COSAS.....	10
DENOMINACIÓN - NOMINACIÓN – CONCEPTOS - NOCIONES NATURALIZACIONES Y LEGITIMACIONES CONCEPTUALES – DISCURSIVAS.	
HOSPITAL DE EMERGENCIAS PSIQUIÁTRICAS / HOSPITAL MONOVALENTE / MANICOMIO	14
PACIENTE EN TANTO NOMINACIÓN CONFIGURADA Y CONFIGURANTE.....	15
ENFERMEDAD / SALUD MENTAL / PADECIMIENTO / SUFRIMIENTO	
PACIENTE EN TANTO CONCEPTO INSCRIPTO EN UN ENTRAMADO DE PALABRAS EXPLICATIVAS Y EXPLICANTES.....	19
PACIENTE. TIPOS, TIPIFICACIONES, TIPOLOGIZACIONES.....	21
- Adjetivaciones.....	22
- Preposiciones.....	22
“PACIENTES” – PERSONA – SUJETO – SERES HUMANOS	25
Capítulo II - SEGUNDA ESTROFA. LAS COSAS POR SU NOMBRE.....	29
CONCEPTOS, DISCURSOS Y SU RELACIÓN CON PRÁCTICAS SOCIALES. MÚLTIPLES CONFIGURACIONES, EN EL CAMPO DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.	
EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO. EN TANTO CONFIGURADOR DE PRÁCTICAS SOCIALES.....	30
RECORRIDOS POR MECANISMOS DE PRÁCTICAS IN-CAPACITANTES – DIS-CAPACITANTES	32
DES-HABILITADORES ACREDITADORES - ACREDITANTES Y RE-HABILITANTES. IN - DIS – DES - RE - IN	
PRÁCTICAS DESARTICULADORAS Y REPRODUCTORAS DE CIRCUITOS INHABILITADORES.....	38
RELACIONES, CONCEPTOS, DISCURSOS, PRÁCTICAS SOCIALES.....	42
Algunas Consideraciones	
Capítulo III – ESTRIBILLO. Las Cosas y Los Nombres.....	44
CAMPOS Y FUENTES DE LEGITIMIDADES	
DERECHO, DERECHOS, DERECHOS HUMANOS, DERECHO A LA SALUD, DERECHO UNIVERSAL.....	44
LA NOCIÓN DE DERECHOS HUMANOS.....	45
El Valor de la Vida Humana.....	46
Atributo de la Persona Humana.....	46
CAMPOS Y FUENTES DE LEGITIMIDADES - MATRICES DE PENSAMIENTO.....	47
Seres Humanos.....	48
Entramados Comunitarios.....	49
Narrativas, Experiencias, Sentidos.....	50
Relaciones de Familia – Relaciones Familiares.....	50
Equipos Interdisciplinarios.....	51

Estrategias Socio Sanitarias.....	51
Integración Armónica de Respuestas.....	52
Potencia, Capacidad, Potencialidad.....	53
Espacio – Lugar.....	53
IMAGINARIOS, REPRESENTACIONES SOCIALES.....	57
CONSTRUCCIONES IDENTITARIAS.....	59
CAPÍTULO IV – DESENLACE - NOTAS, MELODÍAS, ARMONÍAS Y DISONANCIAS.....	61
REFLEXIONES, CONSIDERACIONES. TRABAJO SOCIAL, SALUD MENTAL, CAMPOS Y FUENTES DE LEGITIMIDADES.	
TRABAJO SOCIAL, TEORÍAS, PRÁCTICAS. LO POLÍTICO. LO METODOLÓGICO.....	61
POSICIONAMIENTO POLÍTICO EN TRABAJO SOCIAL.....	61
Sonorizar mecanismos de poder subterráneos.....	62
Trabajo Social como forma de Análisis, Conceptualización, Reproducción, Propuesta Constructiva.....	62
Reproducción Sistemática - Sonorizar Reproducciones	62
INTERPELACIONES Y DISPUTAS AL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.....	63
El juego como una arista, sonoridad.....	63
Espacios de ateneos.....	63
Teoría y Práctica de la Música.....	63
Realidades de personas que padecen, sufren afectaciones a su salud mental.....	64
Protagonismos y Proyectos Vitales.....	64
CAPÍTULO V - LOS NOMBRES, EL ESPACIO, EL JUEGO.....	65
EL JUEGO COMO SENTIDO DE VIDA Y DE DISPUTA - TALLER DE FUTBOL.	
El Juego	66
El Espacio	66
EL JUEGO, LA SALUD, LOS VÍNCULOS	68
FORMAS DE ACOMPAÑAR SINGULARES Y SUBJETIVIZANTES	69
En el Espacio.....	69
En el Hospital.....	69
En la Comunidad.....	70
Registro – Evaluación – Planificación.....	70
EL JUEGO, ALGUNAS REFLEXIONES PARA CONTINUAR PENSANDO – HACIENDO, HACIENDO – PENSANDO	70
BIBLIOGRAFÍA.....	72
ANEXO.....	75
Algunas normas del Código Civil y Comercial de la Nación (2015) que modifican / sustituyen ciertas normas del Código Civil de la Nación (1871...) y que han sido consideradas en tramos de este trabajo.	
CORTO AUDIOVISUAL	
Experiencia de Taller de Fútbol.....	80

INSPIRACIONES

Dedicado a Amaia, mi hija
Fernanda, mi mujer.
Inspiraciones y Sonoridades vitales.

INTRODUCCIÓN

La presente composición surge a partir del ensamble¹ de impresiones, observaciones, análisis, discusiones en el transcurrir por la Residencia de Salud en la disciplina de Trabajo Social, en un hospital de emergencias psiquiátricas durante el período julio 2006 – junio 2010.

El transcurrir por la residencia me ha posibilitado incorporarme en diferentes servicios del hospital psiquiátrico. Consultorios Externos, Sala de Internación de Adolescencia, Guardia, Hospital de Día, Grupo de Violencia; como así también he coordinado un espacio de juego denominado “Taller de Fútbol”. Asimismo, he participado de dispositivos comunitarios en un centro de salud y pude insertarme en un proceso de reforma comunitaria de salud mental en el hospital psiquiátrico “Cabaleiro Goiás” ubicado en Galicia.

En este recorrido he transitado por espacios tales como ateneos, reuniones de equipo, pases de sala, supervisiones, admisiones, grupos de estudio, capacitaciones. Pero esencialmente he acompañado a jóvenes que sufren padecimientos en su salud mental, que se inscriben y afectan de diferentes formas y son vivenciados de múltiples y disímiles maneras. Dialogando, compartiendo, abrazando, escuchando, manteniendo encuentros, coordinando espacios grupales, realizando entrevistas con sus familiares y generando prácticas en sus entramados comunitarios, barriales, familiares.

En mi itinerario me ha resultado significativamente sonoro palabras, conceptos, nominaciones, denominaciones, rótulos, prefijos... Su inscripción en diferentes discursos y sus múltiples relaciones con prácticas sociales en un hospital psiquiátrico. Argumedo expresa “... que no puede limitarse a la discusión de conceptos aislados, de ideas parciales, de fenómenos acotados, dado que solo en el marco de una visión de conjunto esos conceptos, ideas, o fenómenos adquieren su significación mas acabada, una verdadera coherencia, un sentido mas riguroso y consistente”². Este marco ofrecería escenarios y contextos con dinámicas de pluralidad de actores. Se entiende que las ideas se relacionan con imaginarios y representaciones, con diversas creencias y saberes legitimados por tradición cristalizados en ciertas realidades institucionales, desde donde se diseñan e implementan abanicos de acciones.

Intentaré sonorar algunas relaciones entre conceptos, discursos y prácticas sociales, enmarcadas en un hospital psiquiátrico en tanto forma de expresión de políticas públicas en el marco de las Sociedades Modernas Capitalistas³.

En este estado de cosas mis impresiones, observaciones se inscriben en el Trabajo Social en tanto profesión que se instala en estas configuraciones y contextualizaciones. Netto, (1992) sostiene que el Trabajo Social se inscribe en la división socio técnica del trabajo, en las sociedades modernas capitalistas, en el desarrollo, aplicación de políticas sociales en torno a enfrentar las expresiones de la cuestión social⁴. lamamoto, (1992) sostiene que la génesis de la

¹ M. ensambladura. 1 f acción y efecto de ensamblar. 1 tr. Unir, juntar, ajustar, especialmente piezas de madera. Diccionario de la Real Academia Española.

² Argumedo, Alcira. Los Silencios y las voces en America Latina. Notas sobre el pensamiento nacional y popular. Ediciones del Pensamiento Nacional. Buenos Aires, pág. 72.

³ “... el Estado Capitalista conforma una superestructura de dominación de una sociedad dividida en clases irreconciliables. Los poseedores del monopolio de los medios de producción, en tanto clase capitalista; y los trabajadores, quienes se conforman como libres de servidumbre, o sea no son esclavos o siervos, pero se encuentran sin posesión”. Seoane Suárez, José Luis. Las Cosas por su nombre. Inédito. Agosto 2011. “Cuando el trabajador está desprovisto de los medios de producción, está también desprovisto de los medios de subsistencia” lamamoto, Marilda V. Servicio Social y División del Trabajo. Brasil. Cortéz Editora. 2001, pág. 13. Esto supone que los trabajadores cuentan, poseen, son propietarios únicamente de su fuerza de trabajo, en tanto mercancía en función a procurar su reproducción social. En estos términos, el trabajador se encuentra libre de servidumbre, pero a la vez se encuentra obligado a vender su fuerza de trabajo, parte de sí, parte de sus capacidades, potencialidades, para procurar su sobrevivencia. “...se reconstruye la dependencia, sancionada por la superestructura legal y mantenida por la fuerza represiva del Estado” Grassi, Estela. Políticas y Problemas Sociales en la Sociedad Neoliberal. Buenos Aires. Espacio Editorial. 1999, pág. 14. “Es en este sentido que se reconfigura la servidumbre en una relación en otros términos, o no tan otros, que continúa manteniendo, mas que la dependencia, el yugo, como rasgo constitutivo, ya que la sobrevivencia del trabajador se inscribe en forma no vital en la venta de su fuerza de trabajo”. Seoane Suárez, José Luis. Las Cosas por su nombre. Inédito. Agosto 2011.

⁴ “Con esto quiero enfatizar algo: en sí misma la expresión “cuestión social” es una expresión conservadora. Esta expresión es una objetivación del pensamiento conservador, el cual reduce lo que son problemas estructurales del orden burgués a su expresión despolitizada, que es “cuestión social”. Es evidente que estoy hablando de la génesis, esto cambia con los años...ésta es una perla del pensamiento conservador, la hipótesis interventiva del pensamiento conservador de que es posible enfrentar la cuestión social” sin enfrentar los rasgos estructurales del orden burgués”. Netto, José Paulo. Reflexiones en torno a la “cuestión social”. En Nuevos Escenarios y práctica profesional. Una mirada crítica desde el Trabajo Social. Bs. As. Espacio Editorial. 2002, pág. 14.

profesión se basa en la “especialización del trabajo colectivo dentro de la división social del trabajo peculiar a la sociedad industrial. En este sentido Netto, (1992) expresa que “el Servicio Social es indivorciable del orden monopolista, éste crea y funda la profesionalidad del Servicio Social. En esta instancia el Estado burgués en su fase monopolista⁵ opta por enfrentar la cuestión social a través de políticas sociales, reduciendo el conflicto y garantizando condiciones para la reproducción del capital”.

Es considerando, esta coyuntura que procuro desde el Trabajo Social realizar algunos acercamientos a la realidad de un hospital psiquiátrico en tanto política pública en salud y revisar algunos vocablos, entre ellos “paciente”, ubicar algunas ideas que los generan y en este proceso visualizar acciones, intervenciones, coacciones a través de las cuales se concretizan, incidiendo en la cotidianeidad de las personas (niños, jóvenes y adultos).

Asimismo, esta iniciativa tiene por uno de sus propósitos realizar aperturas, aproximaciones a conceptos, concepciones, discursos y prácticas sociales que devienen de campos y fuentes de legitimidades. Se ha hablado incluso de “ciencia de los derechos humanos” entendida como una rama de las “ciencias sociales” (R. Cassin, 1948). El trabajo aquí busca, en términos de Bokser (2013), poner en valor nociones, concepciones, discursos, prácticas sociales; que configuran, construyen, nutren subjetividades, intentando sonorizar múltiples ausencias.

La presente producción es sonorizada⁶ a partir de ateneos de residentes de este hospital psiquiátrico en el período 2006 – 2010, seleccionados en forma intencional, como así también de algunos escritos que trascienden este período de tiempo pero son esclarecedores y enriquecedores en estas expresiones de ideas y pensamientos. Asimismo, procuro profundizar esta sonorización utilizando trabajos, proyectos, notas en cuaderno de campo, informes, escritos, que surgen a partir de mi recorrido por la residencia en salud de Trabajo Social.

Vale que puntalicemos aquí que para las observaciones y los análisis y las reflexiones y las propuestas que en principio dan contenido y dimensionan este trabajo entendemos a las normas “del Derecho” como prácticas sociales discursivas. Esas normas son las legislaciones (leyes), los decretos, los reglamentos, los estatutos, las sentencias judiciales, las resoluciones de ámbitos de Poderes Ejecutivos y/o de Poderes Judiciales Nacionales y/o Provinciales...Sólo por citar algunas normas.

Cuando decimos campos de legitimidades también hablamos de normas. Hablamos de la Constitución de la Nación Argentina y hablamos de los Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos (IIDDHH) mencionados expresamente en el artículo 75, incisos 22 y 23 de la citada Constitución de la Nación Argentina.

Cabe precisar así que las normas, por ejemplo, del Código Civil Argentino (1871 y modificaciones posteriores) y del Código Civil y Comercial de la Nación (2015 – que modifica / sustituye al anterior) son sólo unas de las “medidas legislativas” entre la multiplicidad de bases, sustentos, proyecciones de campos de legitimidades (artículo 2 del Pacto de San José de Costa Rica o Convención de los Derechos del Niño – 1989, sólo por citar algunas normas).

Por cierto que ya desde los inicios se trata no de una “perspectiva de los derechos humanos”. Se trata en cambio, como antes hemos referido, de bases y sustentos y proyecciones teórico – prácticas – discursivas, sociales y políticas y económicas y culturales, sólo por mencionar algunas, según las cuales podríamos encontrarnos con normas “del Derecho”, legislativas entre ellas, que fuesen o que son legítimas o ilegítimas.⁷

⁵ “La profundización del patrón monopolista de la organización económica implicó un reordenamiento de la dominación y consecuentemente de la relación de esas clases con las demás, con el Estado y con las grandes corporaciones y las naciones centrales con las cuales los lazos fueron estrechados. Este proceso es acompañado de una radicalización del poder burgués por intermedio del “Estado autocrático – burgués”, que es fortalecido, concentrando la acción reguladora de las relaciones sociales y la capacidad de dirigir la economía”. En lamamoto, Marilda V. Servicio Social y División del Trabajo. Cortéz Editora. Brasil. 2001, pág. 78.

⁶ “Sonorizar: Incorporar sonidos, ruidos, etc., a la banda de imágenes previamente dispuesta”. Diccionario de la Real Academia Española.

⁷ “Fuentes y aplicación. Los casos que este Código rige deben ser resueltos según las leyes que resulten aplicables, conforme con la Constitución Nacional y los tratados de derechos humanos, en los que la República sea parte. A tal efecto, se tendrá en cuenta la finalidad de la norma. Los usos, prácticas y costumbres son vinculantes cuando las leyes o los interesados se refieren a ellos o en situaciones no regladas legalmente, siempre que no sean contrarios a derecho.” (Artículo 1).

“Interpretación. La ley debe ser interpretada teniendo en cuenta sus palabras, sus finalidades, las leyes análogas, las disposiciones que surgen de los tratados sobre derechos humanos, los principios y valores jurídicos, de modo coherente con todo el ordenamiento.”(Artículo 2).

Capítulo 1 Derecho. Título Preliminar. Código Civil y Comercial de la Nación vigente a partir del 1ro. de agosto de 2015.

Una de las incógnitas reside en ir visualizando si ciertos discursos y ciertas prácticas sociales profesionales, (inter)disciplinarias- institucionales (entre otras) consideran o no las normas “del Derecho” en tanto y en cuanto prácticas sociales discursivas.

Dado que este trabajo abarca el período 2006-2010 algunas normas legislativas tenidas en cuenta son las del Código Civil de 1871 y modificaciones posteriores. Al respecto se irían introduciendo aportes de nuevas normas del Código Civil y Comercial de la Nación – 2015 ya sea en notas a pie de página y/o en las transcripciones realizadas en el ANEXO ubicado al final de este texto.

La esencia de este trabajo se enlaza en cinco capítulos, fragmentos de diversas sonoridades anclados en miradas desde la Música. Procuero realizar algunos enlaces que posibiliten enriquecer y nutrir la escritura como así también que la escritura posibilite sonorizar procesos muteados, negados, oscurecidos.

Capítulo I – Primera Estrofa. El Nombre de Las Cosas. DENOMINACIÓN - NOMINACIÓN – CONCEPTOS - NOCIONES NATURALIZACIONES Y LEGITIMACIONES CONCEPTUALES – DISCURSIVAS.

PALABRAS CLAVE: Conceptos, Discursos, Prácticas Sociales. Nominación. Paciente - Hospital psiquiátrico. Palabras Explicativas y Explicantes. Tipos, Tipificaciones y Tipologizaciones. Adjetivación – Preposición. Procesos Sistemáticos de Reproducción y Neutralización de categorías. Campos y Fuentes de Legitimidades. Nociones y discursos instituyentes de subjetividad.

Capítulo II – Segunda Estrofa. Las Cosas por su Nombre. CONCEPTOS, DISCURSOS Y SU RELACION CON PRÁCTICAS SOCIALES. MÚLTIPLES CONFIGURACIONES, EN EL CAMPO DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.

PALABRAS CLAVE: Pensar lo que Hacemos y Saber lo que Pensamos. Teorías - Prácticas Sociales. Residencia en Hospital psiquiátrico. Mecanismos de Prácticas IN-capacitantes – Dis-capacitantes Des-habilitadores Acreditadores - Acreditantes y RE-habilitantes. In - DiS – DeS - Re – In. Prácticas des-articuladoras y reproductoras de circuitos in-habilitadores. Relaciones, conceptos, discursos, Prácticas sociales.

Capítulo III – Estribillo - Las Cosas y los Nombres. CAMPOS Y FUENTES DE LEGITIMIDADES.

PALABRAS CLAVE: Derecho, derechos. Campos y Fuentes de Legitimidades - Matrices de pensamiento. Seres humanos. Saberes. Melodías, armonías y ritmos – Sonorizar. Campo de la Salud Mental. Conceptos, Discursos y Prácticas Sociales en Salud Mental - Construcción Identitaria.

Capítulo IV – Desenlace. Notas, Melodías, Armonías y Disonancias. REFLEXIONES, CONSIDERACIONES. TRABAJO SOCIAL, SALUD MENTAL, CAMPOS Y FUENTES DE LEGITIMIDADES. Campos y Fuentes de Legitimidades. Seres humanos: vivencias y experiencias. Trabajo Social - Hospital psiquiátrico. Complejidades institucionales. Sonorización de Mecanismos de poder subterráneo. Disputas de capitales. Juego y Salud Mental.

Capítulo V – INTRO. LOS NOMBRES, EL ESPACIO, EL JUEGO. EL JUEGO COMO SENTIDO DE VIDA Y DE DISPUTA. TALLER DE FUTBOL. Juego. Salud. Vínculos. Espacio. Taller de Fútbol. Formas de Acompañar Singulares y Subjetivizantes. Reflexiones.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.

¿De qué manera inciden ciertos conceptos - discursos en las prácticas sociales que se vislumbran en producciones escritas que circulan por la residencia interdisciplinaria de salud mental, en un hospital psiquiátrico en la ciudad de Buenos Aires, durante el periodo 2006 – 2010?

Ciertos conceptos, discursos y prácticas sociales desarrolladas por residentes son funcionales al modelo de organización institucional del hospital psiquiátrico hoy. En tal sentido visualizo contradicciones, paradojas, sonoridades divergentes que me llevan a plantear algunos interrogantes.

¿Qué relación tiene la utilización de ciertos conceptos y discursos con las prácticas sociales en el hospital psiquiátrico? ¿Es posible la generación de conceptos, discursos y prácticas sociales además o en lugar de las vigentes dentro del hospital psiquiátrico?

Asimismo, considero que los conceptos, nociones son formas del lenguaje que circulan entre profesionales configurándose en dominantes. Existen múltiples formas de lenguaje que no son dominantes y que se expresan en tanto gestos, actitudes, rostros, miradas, llantos, risas. Jóvenes que están empastillados, atados. Abrazos, caricias, tomar de la mano. Conforman otras formas de expresión del lenguaje, que existen, que son reales, palpables.

Hipótesis

Los conceptos y discursos utilizados en el hospital psiquiátrico inciden en las prácticas sociales de residentes que allí se desempeñan.

Objetivo General

Revisar y repensar componentes de la organización y del ejercicio profesional del Trabajo Social en un hospital psiquiátrico.

Objetivos Específicos

Inventariar palabras, conceptos, fuentes, que operan como bases de ciertas prácticas sociales y no otras.

Analizar y reflexionar esos estándares lingüísticos en el marco de prácticas sociales referidas al derecho humano a la salud.

Ensayar propuestas que intenten armonizar realidades y recursos legítimos.

Capítulo I

PRIMERA ESTROFA⁸

EL NOMBRE DE LAS COSAS.

DENOMINACIÓN - NOMINACIÓN – CONCEPTOS - NOCIONES
NATURALIZACIONES Y LEGITIMACIONES CONCEPTUALES – DISCURSIVAS.

En esta composición procuro crear ciertas melodías que permitan acercamientos y alejamientos a algunas de las infinitas y diferentes realidades tanto subjetivas, familiares, grupales, institucionales.

Hablar de realidades subjetivas es hablar de vidas, de seres humanos, únicos, diversos; con trayectorias vitales singulares; con vivencias y experiencias entramadas en realidades familiares, comunitarias, grupales, institucionales en una dinámica de ida y vuelta. Estos entramados de realidades relacionadas se inscriben en los seres humanos expresándose en tanto deseos, alegrías, felicidad; nutriendo capacidades, potencialidades, posibilitando desarrollar proyecciones vitales. Pero también en forma de dolor, sufrimiento, en tanto imposibilidades, indignidades, cosificaciones, inhumanidades.

Las melodías que intento crear procuran realizar observaciones en diferentes realidades a partir de haber participado en **ateneos**, en tanto espacios de reflexión, diálogo y análisis en relación a prácticas sociales juntamente con residentes médicos, psicólogos y licenciadas en terapia ocupacional. Estos espacios de frecuencia semanal, se anclaban en materiales escritos que hemos elaborado los residentes de las diferentes disciplinas en forma aleatoria, a partir de los cuales realizaré algunas aproximaciones, análisis...

Los **conceptos son notas, silencios, alteraciones (expresiones de pensamientos) que se inscriben en repertorios (discursos)**. Cuentan con claves, movimientos, lógicas, idas y vueltas que **dan sustento a melodías (prácticas sociales/intervenciones/acciones) expresándose en diferentes conciertos y des-conciertos (realidades que vivenciamos cotidianamente)**.

En la enunciación de conceptos, cobran valor las experiencias vitales, cobran valor las melodías musicales y soy yo en tanto observador y participe y no otro, quien está conectado con el submundo de la música. En tanto posibilidad de expresión que me apasiona, motiva, moviliza, contribuyendo en la construcción de identidades y al mismo tiempo permitiendo dar sonido a notas silenciadas. Esto habla de mi propia implicación en la investigación, inescindible, presente aunque en ausencias, consciente e inconsciente en la enunciación de conceptos.

Según el diccionario de la Real Academia Española **concepto** significa: Idea que concibe o forma el entendimiento. Pensamiento expresado con palabras. En este sentido hablar de conceptos es hablar de pensamiento y entendimiento, es hablar de cómo el Pensar se manifiesta, se expresa configurando conceptos que dan cuenta del mismo en un entramado de significaciones, en tanto discursos.

“Cada palabra que utilizamos tiene un marco teórico referenciado, que se apoya en ese decir y ese pensar.”⁹

“...los invito a realizar un ejercicio de reflexión acerca de la pertinencia de la utilización del concepto de autonomía como objetivo primario de la rehabilitación”¹⁰

“Hablamos entonces de “adicción”, de “abstinencia”, pensamos en la “dependencia” fisiológica y/o psicológica que generan distintas sustancias...usamos términos médicos y psicológicos que no ponemos en cuestión.”¹¹

⁸ Cada una de las partes, compuestas del mismo número de versos y ordenadas de modo igual, de que constan algunas composiciones poéticas. Diccionario de la Real Academia Española.

⁹ Banfi Beovide, Victoria. Deluca, Lucía. Ateneo Universitario. “De adherencias, co-construcciones y otras yerbas”. Trabajo Social. CABA. 2011, pág. 2. (52)

¹⁰ Di María, Ana Clara. Ateneo Hospitalario. Trabajo Social. CABA. 2009, pág. 5. (1)

¹¹ Pirovani, María Carolina. Ateneo Clínico “Quitapenas”. Psicología. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2009, pág. 3. (64)

“Trabajar con niños locos puso en jaque muchas nociones teóricas que tenía sobre la psicosis.
Me encontré con una manera particular de pensar la locura y de trabajar con ella,
sostenida por una lógica que me llevó a pensar, leer y a estudiar...”¹²

Los **conceptos, discursos y prácticas sociales se enraizan en teorías y prácticas o prácticas y teorías** que hacen referencia a cómo se mira, desde dónde se entiende construyendo posicionamientos donde el Pensar y el Hacer van nutriéndose vitalmente. De esta forma hablar de conceptos, discursos y prácticas sociales es hablar de Pensar y Hacer, de Hacer y Pensar, de hacer pensando y pensar haciendo en realidades contantes y sonantes, de carne y hueso.

Hablar de “menores” es diferente que decir “niños”; hablar de “pacientes” es diferente que hablar de personas que sufren padecimientos de salud mental; decir “detención” es distinto a decir privación ilegítima de la libertad; decir “sujetos de derechos” es diferente que decir seres humanos. Los **conceptos** hablan de diferentes pensamientos, discursos, prácticas sociales configurando **posicionamientos teóricos, políticos, ideológicos**.

En este recorrido intento conocer el significado de algunas nociones, con sus características, propiedades; es decir el sentido que tienen las palabras, lo que quieren decir. Pero por otra parte también procuro distinguir su carga valorativa, considerando los múltiples impactos, impresiones que genera en el otro la utilización de unos u otros conceptos. Es pensar que los conceptos denotan, en términos de lo que significan, pero también connotan. Según el diccionario de la Real Academia Española connotar significa: Conllevar, además de su significado propio o específico, otro de tipo expresivo o apelativo. Y apelativo significa: 1. adj. Que apellida o califica. 2. adj. *Ling.* Se dice de las expresiones lingüísticas, textos, etc..., que pretenden influir en el receptor.

Visualizar que los conceptos denotan y connotan es visualizar que **las palabras son mucho más que vocablos**, pues contienen cargas valorativas que se relacionan con ideas y pensamientos. En este sentido, visualizar estas cuestiones es visualizar que los conceptos no son notas sueltas, sino que se encuentran inscriptas en discursos desde donde se nutren, fundamentan, cobran sentido, adquieren lógicas; desde donde connotan y denotan, instaurando e instituyendo melodías en tanto prácticas sociales.

Algunas notas que dan el tono, Bokser relata que “Menores son las personas menores de edad. Esas personas, así denominadas por el Código Civil Argentino, son definidas como incapaces de hecho absolutas o relativas según los años que hayan cumplido.”¹³ ¿Qué dice el Código Civil (1871) y sus modificaciones posteriores?

- “Todos los entes que presentasen signos característicos de humanidad, sin distinción de cualidades o accidentes, son personas de existencia visible” (Artículo 51).
- “Son menores las personas que no hubieren cumplido la edad de dieciocho años” (Artículo 126 con la modificación de la ley 26.579).
- “Tienen incapacidad absoluta:
- 1- Las personas por nacer
- 2- Los menores impúberes
- 3- Los dementes
- 4- Los sordomudos que no saben darse a entender por escrito.” (Artículo 54).

Bokser plantea que hablar de “menores” es hablar de “menores” de edad, de “entes que presentasen signos de humanidad”, de “incapaces”; pensamientos e ideas que se expresan a través de esos conceptos, sustentados en una legislación vigente, entramados en discursos que instrumentan acciones, intervenciones, coacciones en realidades subjetivas, des-subjetivizando.

- “Se declaran incapaces por demencia las personas que por causa de enfermedades mentales no tengan aptitud para dirigir su persona o administrar sus bienes.” (Artículo 141).
- “Podrá inhabilitarse judicialmente a los disminuidos en sus facultades cuando sin llegar al supuesto previsto en el artículo 141 de este Código, el juez estime que del ejercicio de su plena capacidad pueda resultar presumiblemente daño a su persona o patrimonio.” (Artículo 152 bis).
- “Se da curador al mayor de edad incapaz de administrar sus bienes.” (Artículo 468).
- “Son incapaces de administrar sus bienes, el demente aunque tenga intervalos lúcidos, y el sordomudo que no sabe leer ni escribir.” (Artículo 469)¹⁴

¹² Rondán, María. Ateneo Clínico. Psicología. CABA. 2006, pág. 1. (39)

¹³ Bokser, Mirta F. “Derechos de Niñas, Niños y Jóvenes. Políticas de Gestión Territorial”. Buenos Aires. Editorial Lumen – Humanitas. 2005, pág. 156.

¹⁴ Ya que, como he precisado anteriormente, este trabajo abarca el período 2006 - 2010 cuando decimos “legislación vigente” hablamos del Código Civil de 1871 con sus modificaciones posteriores.

El Código Civil y Comercial de la Nación que comenzó su vigencia el 1ro. de agosto de 2015 incorpora nuevos aportes entre los cuales hay sustituciones respecto de las palabras y de conceptos y de discursos. Esas normas legislativas hablan de “capacidad de derecho” y de “capacidad de ejercicio” (Artículos 22 y 23). Decir “ejercicio” es referir a las acciones, los hechos, los actos humanos que signifiquen dinámicas y movimientos de los derechos. Por acción o por omisión, esas nuevas normas legislativas hablan de “personas menores de edad” y hablan de “adolescente” y hablan de una combinación entre “edad y grado de madurez”. **Sin embargo** el criterio generalizado continúa siendo el de “incapacidad” y al respecto podríamos mencionar el rol de los “representantes legales” y la explicitación de “ejercer por sí los actos que le son permitidos por el ordenamiento jurídico” y la inclusión de una norma específicamente dedicada a “Personas incapaces de ejercicio”. (Artículos 24

Hablar de menores conlleva hablar de “incapaces”; hablar de DIS-capacidad conlleva hablar de “insano”, “invalido”, “inhabilitado”, y en este sentido es hablar de los “DIS” y los “IN”. En esta tonalidad¹⁵ priman los pre-fijos, según el diccionario Kapelusz los define como Afijo que se añade al comienzo de una palabra, como In – en inútil. Con relación a DIS, lo define como negación, trastorno. Bokser expresa “Un diccionario dice “IN: (...) Prefijo de negativo o privativo latino que con ese mismo valor se usa en castellano” (Océano Uno Color. Enciclopédico. Océano Grupo Editorial. Barcelona 1997). Y otro diccionario dice: “IN: prefijo de origen latino, que indica supresión o negación (...)” (Larousse, edita Planeta 1982). DIS = IN = negación = privación = negativo = supresión y hasta podríamos hablar de “despojo”. Es la reproducción de diferentes formas y maneras de negatividades e incapacidades des-subjetivizantes y des-subjetivizadoras digitadas desde el Código Civil, norma legal, legislativa, por momentos ilegítima.

Conceptos tales como “menor”, “discapacidad”, “insano”; desde legalidades discursivas como el Código Civil reproducen intervenciones que impactan en realidades, siendo distorsionadas, tergiversadas y aplastadas. Estos son procesos sistemáticos en los cuales conceptos como “menor”, “incapaz” **licua realidades, cotidianidades que se inscriben en variables filosóficas, culturales, sociales, las desaparece; configurando realidades no reales o reales ficciones.**

El Código Civil y Comercial (2015) dice, por ejemplo “(...) la capacidad general de ejercicio de la persona humana se presume aún cuando se encuentre internada en un establecimiento asistencial (...) las limitaciones a la capacidad son de carácter excepcional y se imponen siempre en beneficio de la persona (...)” (Artículo 31). Introduce como novedad “Sistemas de apoyo al ejercicio de la capacidad”. Y allí la norma, entre otras consideraciones, dice:“(…) Las medidas de apoyo tienen como función la de promover la autonomía y facilitar la comunicación, la comprensión y la manifestación de voluntad de la persona para el ejercicio de sus derechos (...)” (Artículo 43).

En los términos y con los alcances de las nuevas normas vigentes se habla de “restricciones en la capacidad” y se habla de “Persona con capacidad restringida y con incapacidad” y se habla de “inhabilitados” y de “inhabilitación” y se habla también de “las personas menores de edad (...) y de otras personas incapaces” (Artículos 31, 32, 43, 48, 50,100, 2614, 2615)¹⁶. En ANEXO ubicado al final de este trabajo se encuentran transcritas las normas aquí referidas, entre otras.

Estos procesos sistemáticos imponen, unifican, disponen, condenan como así también dejan colgadas ciertas realidades a las que despojan de conceptualizar y reconceptualizar. Y en este sentido van conformando el no ha lugar de Ser quienes son; el no lugar de sujetos subjetivizados, el silenciamiento, el no Ser.

Estamos hablando de las **fuerzas arrolladoras de la legislación**, aquí el Código Civil (1871), norma legal, práctica social discursiva, legitimada, des-sujetivizadora, responsable de diferentes discriminaciones. Menor, Incapaz, Insano es la disposición tutelar, la situación de riesgo, el peligro material y moral, aplicable a algunos y no a otros. Podrían estar allí encubiertas, disfrazadas, ejes del lenguaje legal, fuentes insonorizadas de “intervenciones” discursivas y prácticas ilegítimas. Hasta incluso podríamos descubrir y sonorizar allí crímenes ocultos de lesa humanidad de diferentes tamaños, calibres, modos, modalidades, con diferentes armas y armamentos.

¿POR QUÉ SE UTILIZAN CIERTOS CONCEPTOS Y NO OTROS? ¿POR QUÉ CIERTOS PENSAMIENTOS, IDEAS SON PREPONDERANTES SOBRE OTRAS? ¿CÓMO SE HAN CONFORMADO? ¿DESDE DÓNDE? ¿QUÉ RELACIONES DE PODER SE ENTREMEZCLAN? ¿HABRÍA OTROS CONCEPTOS A LOS CUALES APELAR EN TANTO EXPRESIONES SUBJETIVIZADORAS Y SUBJETIVIZANTES?

Recobrando algunos conceptos, ideas, pensamientos, acciones, con relación al Artículo 1 de la Convención Internacional de los Derechos de Niño, fuente legal y legítima, la República Argentina declara en sus reservas que “niño es todo ser humano desde el momento de su concepción y hasta los 18 años de edad”. El artículo 1 inciso 2 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Pacto de San José de Costa Rica expresa que “persona es todo ser humano”. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre expresa en sus considerandos: “Que, en repetidas ocasiones, los Estados Americanos han reconocido que los

y 25 y 26). Acerca de los textos de las normas aquí referidas podrían consultarse las transcripciones realizadas en el ANEXO ubicado al final de este trabajo.

¹⁵ Tonalidad: la palabra tono significa, en su acepción más lata, el conjunto de notas que forman la escala diatónica, y así se dice: tono de do, tono de la, etc. Tono es en este sentido, sinónimo de tonalidad. La escala diatónica se compone de tonos y semitonos diatónicos. Los grados conjuntos de la escala están separados por distancias más o menos grandes. La distancia mayor entre dos grados conjuntos se llama tono; la distancia menor, semitono. Williams, Alberto. Teoría de la Música. Bs. As. Gurina Y. Cía. Editores.

¹⁶ Estas nuevas normas legislativas incorporan discursos un tanto confusos que motivan continuidades de lecturas, estudios, reflexiones...

derechos del hombre no nacen del hecho de ser nacional de determinado Estado sino que tienen como fundamento los atributos de la persona humana". Desde esta primera aproximación, distancias abismales entre menor y niño; entre ente, incapaz y persona humana, ser humano, en tanto formas diferentes de visualizar y nombrar realidades.

Asimismo, la Convención sobre los Derechos del Niño expresa y caracteriza al niño en desarrollo, con capacidades para expresarse, opinar, ser tenido en cuenta; inscripto en un entramado vincular, con libertad de pensamiento. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre describe a la persona humana inscripta en la vida en sociedad reconociendo que las instituciones jurídicas y políticas tienen como fin la protección de los derechos esenciales del hombre entre ellos, la vida, la educación, la salud...y la creación de circunstancias que le permitan progresar espiritualmente y alcanzar la felicidad. Derechos que suponen principios: igualdad, libertad, dignidad.

Las conceptualizaciones demandan posicionamientos teóricos, políticos, ideológicos; que sustentan formas de concebir y describir realidades; conteniendo diferentes cargas valorativas. El incapaz es el menor, el ente, el insano, el inhabilitado; el ser humano, es la persona, el niño. Distinciones vitales en conceptos inscriptos en discursos que constituyen, instituyen, aplastan realidades.

OPTAR POR CIERTOS CONCEPTOS Y NO OTROS, CONOCER LO QUE CONNOTAN Y DENOTAN, LOS DISCURSOS EN DONDE SE ENTRAMAN Y SUSTENTAN POSIBILITAN ECHAR LUZ SOBRE IDEAS Y PENSAMIENTOS QUE LE DAN SENTIDO.

En este tramo procuraré ir avanzando en la posibilidad de desvendar y sonorizar algunas nociones en el marco del **hospital psiquiátrico, hospital monovalente, manicomio...** ámbito a partir del cual genero este trabajo.

El hospital psiquiátrico, el hospital monovalente, el manicomio constituyen una lectura, de carácter universal; una construcción político ideológica, una forma de visualizar, de comprender la "locura"; como así también de construir formas de intervenir en relación a estas lecturas. Asimismo, considero al hospital psiquiátrico como a "La organización entendida como un modo específico de comprender la realidad y de actuar sobre ella, construido históricamente y determinado por variables complejas". De esta forma se nomina, conceptualiza, hace en función a maneras de pensar y visualizar inscriptas en un proceso construido históricamente. El diccionario Kapelusz define manicomio como "hospital para locos". Asimismo define a la locura como "estado de loco" y loco "se aplica a personas que no tienen normales sus facultades. Se aplica a las personas de poco juicio y a sus cosas (Sin. Imprudente, insensato). En tal sentido se entiende que el manicomio se basa en una lectura construida desde la enfermedad; desde la no aceptación de la diferencia; desde la localización de la "locura", desde lo anormal.

"Primeros meses de la residencia, primeros pacientes, primeros encuentros con la locura"¹⁷

"Un mes mas tarde y con el alta próxima, otra vez la locura"¹⁸

"...ese trabajo psíquico que intenta desorientar al otro, inaugura una manera de pensar la locura infantil no por el déficit sino por la producción particular de cada uno"¹⁹

Primer año...un escenario de ansiedad, angustia, ganas de aprender, de escuchar, y sobre todo muchas preguntas. ¿De qué se trata la locura?²⁰

El hospital psiquiátrico se constituye y es visualizado como el ámbito de encuentro con la "locura", ámbito en el cual se ubica la "locura" y posibilita vivencias y experiencias. Saraceno expresa haciendo referencia al hospital psiquiátrico "Todavía busca acorralar la locura, excluir la sin razón, cambiando de forma, lenguajes y habilidades". Es la localización institucional de la locura, es encriptarla y demarcarla en un espacio, incidiendo en las formas de concebirla y desarrollar intervenciones. "Para el manicomio, organizado sobre la enfermedad, la disputa nosográfica y la custodia, esas respuestas no son sino la muestra palpable de la enfermedad por la que el sujeto debe ser enclaustrado. Poco a poco, entonces "el afuera" es el lugar de proveniencia cuando se estaba aceptablemente sano, y "el adentro" es el lugar de estancia indicado por la enfermedad, el rótulo y la confirmación poderosa de la aseveración profesional".²¹ Es la construcción de la "locura" con determinados criterios, la localización y ubicación de la locura en determinados espacios, utilizando determinados términos tales como enfermedad mental, patología...²²

"PACIENTES QUE NO CUMPLEN LOS CRITERIOS DE ADMISIÓN DE ESTE HOSPITAL

Pacientes crónicos que no están en crisis.

Pacientes con problemas de adicción que requieren servicios cerrados y/o programas especiales de rehabilitación en instituciones destinadas a tal fin.

Pacientes con alcoholismo crónico, ya que no se puede garantizar la abstinencia de estos pacientes en un hospital de puertas abiertas.....

Pacientes con discapacidad, tanto motriz como sensorial, ya que el hospital carece de una infraestructura adecuada a los mismos"²³.

Asimismo, el hospital psiquiátrico da cuenta de cómo la institución concibe la enfermedad, sus características, su gravedad, cronicidad y su relación con otras enfermedades; a partir de criterios de admisión, definiendo la enfermedad con la que va a tomar intervención. Son las crisis; las emergencias psiquiátricas; las crisis en patologías crónicas; dando cuenta de recortes del padecimiento en instancias y momentos determinados, cuestiones plausibles de ser atravesadas por personas que sufren padecimientos en torno a su salud mental. Asimismo, a partir de los criterios de admisión al hospital, observo la búsqueda de cierta cuestión aséptica de la "patología", aislada de otras atravesamientos que puede vivenciar una persona entre ellos "alcoholismo", "adicciones", otras "discapacidades" como si se pudieran escindir estas cuestiones, como si existieran aisladas, sin

¹⁷ Kreidler, Sebastián. Ateneo Hospitalario. "Angustia, como telón de fondo..." Psicología. CABA. 2008, pág. 2. (7)

¹⁸ Anónimo. Ateneo Hospitalario. Médico. CABA. 2009, pág. 4. (17)

¹⁹ Rondán, María. Ateneo Clínico. Psicología. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2006. pág. 3. (39)

²⁰ Novillo, Carolina. Ateneo Hospitalario. Psicología. CABA. 2010. pág. 1. (21)

²¹ Pellegrini, Jorge L. Cuando el manicomio ya no está...San Luis. Editorial Payné. 2011, pp. 62.

²² "La internación sin consentimiento de una persona, tenga o no restringida su capacidad, procede sólo si se cumplen los recaudos previstos en la legislación especial y las reglas generales de esta sección. En particular (...) c) es considerada un recurso terapéutico de carácter restrictivo y por el tiempo más breve posible; debe ser supervisada periódicamente (...)" (Artículo 41. "Internación". Código Civil y Comercial de la Nación – 2015). El texto completo de esa norma entre otras puede verse en el ANEXO al final de este trabajo.

²³ Bistuer, Jessica; Cocciaglia, Natalia; Marzorati, Ma. Cecilia; Alba, Patricio; Sturla, Soledad. Trabajo Curso Centralizado "Escenarios de la Salud Mental". CABA. 2006, pág. 8.

conexión, sin relación. Esto genera nuevos recortes en torno a la enfermedad a partir de los cuales el hospital psiquiátrico la continúa construyendo o de-construyendo e interviene, pergeñando una escisión con la salud, cuestión que no se plantea, ni se nombra.

Es a partir de la enfermedad en donde se realizan lecturas en términos de síntomas, antecedentes, evolución de la enfermedad, comienzo de la patología, sintomatología, conciencia de enfermedad y de situación. Y aparecen términos como derivación, modalidades de atención, admisión, evaluación, diagnósticos, tratamientos, medicaciones, terapias... que conforman entramados de palabras que explican, describen y legitiman formas de intervenir en relación a la enfermedad. Legitima determinadas concepciones, nominaciones, términos inscribiéndolos como concepciones dominantes.

Con miras a profundizar lecturas y formas de concebir el hospital psiquiátrico, entiendo que "Nuestro primer supuesto es la pertenencia del hospital psiquiátrico como forma particular al "campo" en el sentido que lo utiliza Pierre Bourdieu - de la salud mental, con el que mantiene relaciones de mutua determinación"²⁴. En tal sentido considero que "En términos analíticos, un campo puede definirse como una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, ya sea agentes o instituciones, por su situación (situs) actual y potencial en la estructura de la distribución de las diferentes especies de poder o de capital – cuya posesión implica el acceso a las ganancias específicas que están en juego dentro del campo- y, de paso con las relaciones objetivas con las demás posiciones (dominación, subordinación, homología, etc.)"²⁵.

Específicamente en el campo de la salud mental visualizo diferentes agentes con diferentes capitales, pero esencialmente se destacan posiciones fuertemente marcadas con lecturas desde el orden manicomial, lo asilar, el aislamiento, el encierro, plasmadas simbólicas y concretamente en el hospital psiquiátrico, en las intervenciones manicomiales como así también en la forma de pensar la locura. "Esta maquinaria simplemente tiene la función de ordenar el desorden de los locos, pero también, el de los vagabundos y los presos. Este orden se legitima y se autoproduce; la psiquiatría institucional es este orden, esta legitimación y esta reproducción. La institución manicomial no es más que el espacio, el tiempo, el conjunto de normas y ritos que contienen naturalmente este orden"²⁶. Es la legitimación de un orden instituyente de conceptos, discursos y prácticas sociales inscribiéndose en el hospital psiquiátrico y de esta forma generando la reproducción en forma sistemática.

Dando fundamento económico a estas concepciones y acciones se podría visualizar que el ochenta por ciento del presupuesto destinado a salud mental se aplica a hospitales psiquiátricos, capital económico que se suma al capital simbólico.

Alazraqui y Scunza²⁷ hacen referencia a la posibilidad de disputas en el hospital psiquiátrico por otros campos tales como el arte, la comunicación social, el trabajo. Disputas a través de agentes que buscan incrementar sus capitales y de esta forma incidir en la definición de las reglas del campo del hospital psiquiátrico. Se incorporan otras miradas desde el interjuego de diversas formas de expresión, en tanto instancias que contribuyen en el encuentro con las capacidades, habilidades y potencias de las personas. De esta forma **hablar de hospital psiquiátrico es incorporar movimiento; lucha, búsqueda de legitimidad, dominación, imposición; diferentes agentes en disputa**. Formas de pensar y hacer diferentes hasta opuestas; conceptos, discursos y prácticas sociales encontradas, confrontadas, en tensión y en un continuo transitar y fluir tensionante.

PACIENTE EN TANTO NOMINACIÓN CONFIGURADA Y CONFIGURANTE

ENFERMEDAD / SALUD MENTAL / PADECIMIENTO / SUFRIMIENTO

En el entramado del hospital psiquiátrico, "**paciente**" es la noción dominante, el **término configurante y configurador de enfermedad; que encarna a la enfermedad, la unifica en forma unívoca, homogeneizando diferencias**.

En tanto categoría dominante en los discursos; constituye una forma de nominar, concebir; como termino que encripta a las personas en la pasividad; como término cosificador y cosificante.²⁸

²⁴ Alazraqui, Jaime; Pérez Scunza, Daniel. Disputas en el campo de la Salud Mental. Prácticas alternativas en el Hospital Psiquiátrico. CABA, pág. 104.

²⁵ Bourdieu, Pierre y Wacquant, J.D. Respuestas por una Antropología Reflexiva. México, pág. 64

²⁶ Saraceno, Benedetto. La liberación de los Pacientes Psiquiátricos. Editorial Pax. México. 2003.

²⁷ Alazraqui, Jaime; Pérez Scunza, Daniel. "Disputas en el campo de la Salud Mental. Prácticas alternativas en el Hospital Psiquiátrico". Secretaría de Cultura Facultad de Psicología. Oficina de Publicaciones. Ciclo Básico Común. Universidad de Buenos Aires, pág. 104

²⁸ Ver por favor la "Intervención del interesado en el proceso (...) judicial (...) de declaración de incapacidad o de restricción de la capacidad ante el juez correspondiente (...)" "Artículo 36 Código Civil y Comercial de la Nación (2015)". Anexo de este trabajo.

“¿Por qué escribir acerca de esta paciente?”²⁹

“EL PACIENTE:.....Nombre:.....Edad:.....Sexo:.....”³⁰

“Julio de 2006: A pocas semanas de empezar mi primer año de residencia me proponen comenzar a trabajar con un paciente: R...”³¹

Mañana de Agosto, temprano, paso por la sala a preguntar si había paciente nueva en la 39, y ahí estaba V.”³²,

Paciente es la palabra que se encuentra instalada en los discursos en tanto forma de nominación preponderante, término nodal, tónica³³ univoca; de una misma tonalidad. Es utilizada en forma usual por profesionales, residentes, personal administrativo, personal de vigilancia, familiares; tanto en espacios grupales (reuniones de equipos, supervisiones, asambleas) como en espacios individuales (admisiones, entrevistas) y en encuentros casuales, diálogos... Es plasmada en informes, registros, historias clínicas, notas de derivación y se encuentra atravesando la totalidad de los ateneos, material de análisis considerados en esta producción.

Hace referencia a toda persona que sufre padecimientos de salud mental; que transcurre por instancias del hospital psiquiátrico; desde quien realiza consulta a quien se encuentra internado o quien participa de una instancia grupal. Hombres, mujeres, niños, adolescentes, jóvenes, adultos, a todos nominamos y son nominados como pacientes.

Según el diccionario Kapelusz de la Lengua Española, **paciente** es definido como persona que sufre una enfermedad. De esta forma esta denominación se constituye en un denominador común, tonalidad, que da cuenta de la instauración de diferentes mecanismos. Entre ellos, la **homogeneización en torno a la enfermedad**, instalando un **recorte de la multidimensionalidad de los seres humanos**, mecanismos que se instituyen en el mismo momento.

Entiendo a la homogeneización como mecanismo impuesto en forma compulsiva e intencional que arrasa con lo subjetivo, las singularidades, instaurando palabras que unifican, explican, entienden, describen desde simplificaciones. Multiplica simplificaciones, mutilaciones, escisiones; expropiando diversidades; diluyendo potencias y potencialidades.

En tal sentido se utilizan diferentes nominaciones, gamas amplias de palabras que dan cuenta de la institución de estos procesos. Entre ellas, la enfermedad en tanto imposibilidad, incapacidad, afectación incapacitante, como estado, como eje constituyente. Duré sostiene que el sistema de salud desarrolla “intervenciones” a través de las cuales se homogeneiza en torno a la categoría de paciente, construyéndose en torno a la enfermedad. Algunas definiciones en tanto notas de paso:³⁴

“La esquizofrenia es una enfermedad mental compleja, crónica e incapacitante.....La esquizofrenia es un trastorno que afecta tanto las ideas y el pensamiento, como también el afecto y las emociones, la voluntad, las funciones cognitivas y el grado de sociabilidad”³⁵

“La esquizofrenia es un trastorno psicótico mayor que generalmente aparece en la adolescencia o en la temprana juventud, caracterizado por alteraciones del pensamiento, apatía, aislamiento social y deterioro cognitivo, que produce daño en la actividad familiar, laboral y escolar, el autocuidado, en la vida independiente y pobreza en las relaciones interpersonales”³⁶.

Definiciones en tanto especificaciones sobre la enfermedad, aquí esquizofrenia, en tanto enfermedad mental, ubicándola en determinado lugar del cuerpo, la mente. Es hablar de deterioros, déficits, incapacidad, trastornos, síntomas. Es hablar de la enfermedad como impactos, daños y perjuicios, imposibilidades que llegan a ser incapacitantes. Afectación al sujeto y como expresiones de la misma, afectación de su relación con el otro, su transcurrir educativo, laboral, social. Es la corporización de las afectaciones en tanto enfermedad mental tomando a la persona, re-configurándola, nominándola y denominándola.

“Paciente:.....; Fecha de Internación:.....; Enfermedad actual:.....; Antecedentes enfermedad actual:.....; Evolución durante la internación:.....; Antecedentes familiares / genograma:.....; Antecedentes personales:.....; Farmacológicos:.....”³⁷
“Motivo de ingreso:.....; Enfermedad actual y antecedentes de la misma:.....; Antecedentes heredofamiliares:.....; Antecedentes clínicos:.....; Antecedentes personales:.....; Antecedentes toxicológicos:.....; Examen Psiquiátrico:.....; Diagnóstico:.....; Recorrido farmacológico:.....”³⁸

²⁹ Domínguez, María Silvina. Ateneo Hospitalario. “Pérdidas”. Médico. CABA. 2010, pág. 1. (33)

³⁰ Galliani, Martín. Ateneo Clínico. “¿tristeza nao tem fim? Médico. CABA. 2010, pág. 2. (29)

³¹ Álvarez, Florencia. Ateneo Hospitalario. “Un lugar en el mundo”. Trabajo Social. CABA. 2007, pág. 1. (32)

³² Alba, Patricio. Ateneo Hospitalario. Médico. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2007, pág. 1. (19)

³³ Escala: sucesión de sonidos en forma ascendente o descendente. A cada sonido de la escala llamamos “grado” y tiene una denominación de acuerdo al rol que ocupa o función: Tónica: (grado que determina el tono o tonalidad). En Piegari, Carlos. Conceptos Teóricos para la clase de Audioperceptiva. (Material de estudio Conservatorio Municipal “Manuel de Falla”).

³⁴ Nota de paso: nota que no pertenece a una escala pero puede ser utilizada en una melodía aunque no puede definir una frase.

³⁵ Leiderman, Eduardo A. Esquizofrenia. Guía de familiares y amigos. Material informativo, pág. 1

³⁶ Suárez Richards, Manuel. Introducción a la Psiquiatría. Buenos Aires. Polemos. 2006, pág. 369.

³⁷ Anónimo. Ateneo Hospitalario. Médico. CABA. 2009, pág. 1. (17)

³⁸ Lacarta, Gabriela L. Ateneo Clínico. Medica. CABA. 2006, pág. 1. (56)

El estatuto de entidad de la enfermedad se va conformando a partir de lecturas en torno a ciertas especificaciones comunes que buscan el comienzo de la patología, en tanto primeras manifestaciones; la evolución de la enfermedad, la enfermedad actual. Refuerzos de este estatuto incluyen motivos de internación, tratamientos realizados, esquemas de medicación. Una misma tonalidad, especificaciones que se encuentran enclavadas en síntomas.

**“la paciente se despersonaliza, sufre desmayos” “Presenta conductas regresivas y agresivas”
“la paciente presenta alucinaciones auditivas y audiovisuales”³⁹**

“La paciente refiere consultar a los 25 años a un psiquiatra en forma particular por presentar múltiples preocupaciones somáticas, “depresión” y retraimiento social. Relata haber estado “encerrada en su casa y salir solo para ir al médico”⁴⁰.

Se describen síntomas de diferente índole, calibre, tamaño, peso, positivos, negativos; y cómo los mismos se presentan en la cotidianeidad de las personas. Son variados síntomas en cotidianeidades diferentes y singulares en las cuales se inscriben afectaciones de diferentes formas.

El síntoma es la expresión mínima de la enfermedad y encarna a la enfermedad reproduciéndola. De esta forma las lecturas en función a síntomas reproducen lecturas de la enfermedad.

En algunos ateneos se procuran realizar lecturas longitudinales, particularizando en función a cada persona y los impactos y síntomas particulares, pero anclados en la misma tonalidad: los síntomas, los impactos de los síntomas, el origen de los síntomas, los antecedentes que posibilitarían generar estos síntomas, en una palabra que homogeneiza, la enfermedad.

Más refuerzos de la entidad de la enfermedad mental, se relacionan con incorporar los antecedentes de diferente índole, personales, familiares, clínicos, educativos. Hablar de antecedente es hablar de lo que precede para explicar algo, el consecuente. Relaciones antecedente – consecuente marcan relaciones dicotómicas (razón – locura, verdad – mentira, causa - efecto) configurando lecturas causalísticas, efectistas, determinantes en torno a lo sintomático. Lo que antecede define y determina al consecuente, es la consecuencia de los antecedentes.

En este tipo de lecturas lo que precede a la enfermedad es la visualización en términos de enfermedad de otras instancias por las que la persona ha transitado. Es visualizar lo educativo en tanto “dificultades de aprendizaje”; lo familiar en tanto “familia poco continente”, lo personal como “déficits cognitivos”, “conductas de aislamiento”. Y lo familiar, lo educativo, lo personal es configurado en déficits, afectaciones, inscripciones sintomáticas. Las lecturas desde los antecedentes sólo dan cuenta de estos horizontes y no de otros. Las lecturas desde la enfermedad sólo dan cuenta de estas cuestiones y no de otras.

Considero que hablar en términos de enfermedad es hablar de recortes sintomáticos, intencionales, desde lógicas dominantes, obturadoras de singularidades, subjetividades. Negaciones de seres humanos, sujetos, personas y configurantes de pacientes e incapaces.

Entiendo que la nominación paciente es la expresión de discursos vinculados con la enfermedad pero también y en el mismo momento es la nominación que reproduce esos mismos discursos. Considero que la relación entre conceptos y discursos es de múltiple construcción, de ida y vuelta y viceversa. Es la constitución de conceptos por parte de discursos para su institución, reproducción, despliegue y son los conceptos como forma de reproducción, instauración y cristalización de discursos. Estamos hablando de conceptos como expresión de discursos y de los discursos entramados en los conceptos. Y de esta forma las palabras, aquí paciente son la expresión mínima de discursos, la más acotada, pero en esta expresión se encuentran contenidos, estas ideas, pensamientos, discursos.

¿POR QUÉ PREDOMINAN LECTURAS DESDE LOS DÉFICITS, LO SINTOMÁTICO? ¿POR QUÉ LOS SÍNTOMAS DEFINEN LO EDUCATIVO, LO SOCIAL, LO PERSONAL, LO FAMILIAR? ¿NO HAY OTROS ASPECTOS, FACETAS, ÁMBITOS? ¿LAS PERSONAS SON SOLAMENTE LOS SÍNTOMAS QUE PADECEN? ¿LOS SÍNTOMAS PUEDEN DEFINIR MULTIDIMENSIONALIDADES DE LAS PERSONAS? ¿LA ENFERMEDAD PUEDE DEFINIR DIVERSIDADES, SINGULARIDADES, SUBJETIVIDADES?

En función a aportar algunas nociones y concepciones que posibiliten aperturas, profundizaciones, matices, con miras a deconstruir lecturas en función a la enfermedad, entiendo a la salud mental como “un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, y está vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio ambiente saludable.”⁴¹ Considero a la salud mental en forma dinámica; en continua construcción, con historicidad; superando posiciones estáticas,

³⁹ Alba, Patricio. Ateneo Hospitalario. Médico. CABA: 2007, pág. 1 (19).

⁴⁰ Liste, Omar A. Ateneo Clínico. Médico. CABA. 2007, pág. 1. (8)

⁴¹ Ley 448. Salud Mental. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

estancas. Asimismo, visualizo la vinculación entre la salud mental y el disfrute y goce de derechos humanos. Teniendo en cuenta que “La salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural, y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo.”⁴² Entiendo que la salud mental forma parte de los derechos humanos, y en tal sentido “los derechos humanos no son sino la consecuencia del reconocimiento del valor intangible de la condición humana” (Quesada, pp.343). De esta forma la salud mental se basa en el reconocimiento del otro en tanto ser humano, vinculada al desarrollo, crecimiento, potenciación de los sujetos. Bokser plantea que en la medida en que se habla del ser humano como persona implica designar una subjetividad; implica reconocer capacidades, potencialidades, deseos, proyectos, trayectorias vitales, proyecciones; implica reconocer los puedo. Implica el reconocimiento de la persona desde una integralidad y no de recortes; dando cuenta de la multidimensionalidad de la persona y de la vinculación entre la salud mental y la mejora en las condiciones de vida.

“La pareja, la familia, la vida comunitaria, la participación en la vida política, etc., no es que condicionen o sean contexto del bienestar psicológico sino que son el ámbito mismo de producción de valores de felicidad ó sufrimiento...”⁴³ De esta forma se podría realizar múltiples vinculaciones entre la vivencia, goce y disfrute de derechos humanos y el daño, sufrimiento y padecimiento como formas de expresión de violaciones sistemáticas de los derechos humanos.

“El sufrimiento subjetiviza y humaniza el dolor y el duelo, el trauma y las heridas de las personas por los despojos y avasallamientos, por las privaciones e injusticias que vivencian”⁴⁴. El sufrimiento es la expresión de sentires y vivencias de las personas en tanto formas y maneras en que diferentes avasallamientos y amenazas sistemáticas en los derechos humanos inciden en sus diversas trayectorias vitales y afectan sus proyecciones.

Asimismo, considero que el padecimiento y el sufrimiento, singulariza y subjetiviza, ya que conecta a las personas con lo que les pasa, lo que sienten, lo que viven; permite el entramado entre concepciones, ideas, certezas universales que son vividas por las personas en forma singular en torno a su historia vital, sus vivencias, sus vínculos, sus deseos, sus proyectos. Es el encuentro con el Ser, en tanto ser humano, singular, subjetivo, único. Se plantea una doble lógica; universal, en el campo de los derechos humanos, singular en tanto inscripción de avasallamientos de estos derechos en la subjetividad de las personas. Luego nos interesa cómo esta inscripción es vivida, sentida, percibida y a partir de ello, y en función a capacidades, potencialidades, singularidades, poder tener alivio.

⁴² Ley 448. Salud Mental. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

⁴³ Galende, E. Psicoanálisis y Salud Mental. Buenos Aires. Paidós. 1998, pág. 81

⁴⁴ Bokser, Mirta. Legalidades Illegítimas. Derechos Humanos y Prácticas Sociales. Buenos Aires. Ediciones Colihue. 2002, pág. 47.

PACIENTE EN TANTO CONCEPTO

INSCRIPTO EN UN ENTRAMADO DE PALABRAS EXPLICATIVAS Y EXPLICANTES

La palabra “**paciente**” en el marco de un hospital psiquiátrico se relaciona con “**descompensación psicótica**”, “**internación**”, “**alta**”, “**permiso de salida**”, “**crónicos**”, “**contener**”, “**medicación**”, “**tratamiento**”, “**antecedentes**”, “**enfermedad**”, “**entrevistas de admisión**”. Innumerables formas de conceptualizar, de hacer referencia o describir paciente se basan en la utilización de términos que tienen mutua relación. Podría hasta hablarse de **palabras explicadoras de paciente** en el marco de un orden manicomial.

“A todo esto debe sumarse que la paciente refirió en ocasiones haber estado consumiendo alcohol o marihuana, en el hospital o afuera (durante permisos de salida o estando externada)”

“Al momento de la reinternación la paciente se encuentra desaliñada, desprolija”

“La paciente tuvo muy poca respuesta a las medicaciones que se le administraron hasta ese momento”⁴⁵

“Tratamiento al momento de la admisión: Clonazepam 4 mg., Zolpidem 10 mg”⁴⁶

Asimismo, ubico palabras tales como **equipo tratante**, **derivación**, **permiso de salida**, **alta**, **externación**, en este mismo sentido. Específicamente, los considero términos que marcan un adentro o adentros, con lógicas, entramados, relaciones que se recortan y dividen de un afuera o afueras y las diferentes relaciones, movimientos, fracturas, escisiones que se entraman. (Hablar en plural da cuenta de realidades diferentes, opuestas, que tienen puntos de encuentro y divergencia que conviven en instituciones de salud, educativas, judiciales; en la comunidad. De esta forma se podría dar cuenta de entramados institucionales, familiares, comunitarios).

“Dentro de los muros. Prestación de Guardia: conozco a M. estando ella internada...
...Fuera de los Muros. María es dada de alta y derivada a consultorios externos...”⁴⁷

“En junio de 2010, me encuentro fuera de los muros del monovalente.
Con ansias, inicio mi rotación⁴⁸ libre por el Servicio de Consultorios Externos de Infanto Juvenil del Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía”⁴⁹

“Derribando muros”.
Título de Ateneo que habla sobre transcurrir por dispositivos de inclusión social⁵⁰

Y ante recurrentes movimientos del paciente entre los adentro y los afuera; los afuera y los adentro; se habla de **re-internaciones**, hasta hablar de “**crónico**”, en tanto paciente con gran número de internaciones y una enfermedad de larga data con dificultades en sostener tratamientos. Crónico, término que habla del paciente y su relación con los tratamientos, la enfermedad, sus imposibilidades, sus dificultades, pero que poco dice de los equipos tratantes, de las instituciones, de las tramas vinculares. Término que habla de culpabilizaciones del paciente e insonoriza responsabilidades.

Asimismo, ante la forma de insertarse de un paciente en un tratamiento se habla de **adherencia**, **implicación**, **sostener**, términos que cosifican la relación con un otro, describiendo un tipo de participación vedada, donde la elección pasa por adherir, implicarse, sostener o no un tratamiento. Es “la obligación de cooperar de lleno con la entidad terapéutica, esto es, trabajar para conseguir su propia recuperación”⁵¹ En tal sentido es hablar de la obligación, del deber, del cumplimiento depositado en el paciente. Es la lógica del sonorizar obligaciones del paciente, obligaciones de los profesionales en tanto deber y el silenciamiento de las participaciones, de las **responsabilidades** profesionales, institucionales.

¿POR QUÉ SE HABLA DE ADHERIR O NO Y NO SE HABLA DE ELEGIR, OPTAR, DECIDIR, ACCIONAR? ¿POR QUÉ SE UTILIZAN TÉRMINOS QUE SE BASAN EN ACCIONES DEL PACIENTE Y NO TÉRMINOS QUE DEN CUENTA DE RESPONSABILIDADES COMPARTIDAS POR PACIENTE, EQUIPOS TRATANTES, FAMILIAR, INSTITUCIÓN, COMUNIDAD? ¿EN QUE SENTIDO PUEDE

⁴⁵ Lacarta, Gabriela L. Ateneo Clínico. Médico. CABA. 2006, pág. 3. (56)

⁴⁶ Galliani, Martín. Ateneo Clínico. “¿tristeza nao tem fim? Médico. CABA. 2010, pág. 3. (29)

⁴⁷ Kreidler, Sebastián. Ateneo Hospitalario. “Angustia como telón de fondo”. Psicología. CABA. 2009, pág. 1. (7).

⁴⁸ Rotaciones: se entiende por rotaciones a las pasantías que se realicen por áreas del Servicio del Establecimiento donde se desarrolla la Residencia o por áreas que estén fuera del ámbito propio del establecimiento. Están relacionadas con los ejes de este Programa. El residente las deberá cumplir obligatoriamente para completar la formación curricular de la Residencia. En Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Dirección de Capacitación y Desarrollo...Programa de Residencia de Servicio Social. 2004, pág. 17.

⁴⁹ Pagno, Romina. Ateneo Clínico. “Jubetes”. Psicología. CABA. 2010, pág. 2. (42)

⁵⁰ Domínguez, María Silvina. Ateneo Hospitalario. “Derribando muros”. Médico. CABA. 2010. portada. (55)

⁵¹ Talcott Parsons. Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure and Personality. Nueva York: The Free Press of Flencoe. 1964, pág. 258 – 291.

PARTICIPAR EL SUJETO EN ESTAS DECISIONES? ¿CÓMO SE JUEGA SU PARTICIPACIÓN Y DECISIÓN EN ESTA RELACIÓN CUANDO LO QUE SE TIENE EN CUENTA ES SU ACTITUD EN UNA RELACIÓN CON SU MÉDICO, PSICÓLOGO O TRABAJADOR SOCIAL? ¿POR QUÉ SE HABLA SOLAMENTE DE PACIENTE?

“El tratamiento con María era dificultoso, faltaba porque perdía el papel donde le anotaba el turno, o confundía los días y horarios en los que tenía que venir”⁵²

“...la cantidad de escenas y la forma en que las relataba hicieron difícil armar la historia clínica”
“...cómo lograr adhesión al tratamiento; debido a que, de acuerdo a lo que ella fue relatando durante los encuentros iniciales, lo que se observaba era una falta de continuidad en diversos aspectos de su vida...”⁵³

Las adherencias se relacionan con los tratamientos, con las internaciones como también con las cronificaciones, con las derivaciones, con los pacientes; se inscriben en la enfermedad y específicamente en la locura y al mismo tiempo son expresiones de las mismas.

Palabras explicadoras y explicantes de “paciente” y de ellas mismas en relación a otras. Palabras utilizadas, apropiadas, producidas y reproducidas, relacionadas entre sí, explicativas y explicantes unas de otras y de todas entre sí configurando una melodía que consolida formas de nominar, entender, comprender y hacer. De esta forma en la superficie los conceptos se explican por conceptos. “Conceptos que conceptúan conceptos”⁵⁴. En lo sonoro se podría realizar un primer acercamiento y visualizar esta autonomía, pero en lo silenciado los conceptos continúan reproduciendo ciertos discursos, ciertas ideas y ciertas prácticas y no otras, bien acentuadas y diferenciadas y las palabras explicadoras conforman conceptos inscriptos en estos discursos conllevando a ensombrecer las fuentes desde donde se nutren los conceptos.

La mera utilización de conceptos en tanto términos aislados conlleva a la reproducción mecánica y aséptica de palabras. Pero no solamente de palabras sino de discursos, teorías, ideologías, siendo partícipes directos en engranajes reproductores invisibles, reticulares que fortalecen formas de pensar y de hacer, vacíos de contenido. Estamos hablando de las FUERZAS ARROLLADORAS DE LA LEGITIMACIÓN en tanto reproducciones asépticas, inocuas que contienen, esconden, cubren; FUERZAS DE LAS LEGALIDADES.

¿POR QUÉ SE REPRODUCEN CONCEPTOS? ¿QUÉ GENERAN ESTAS REPRODUCCIONES? ¿A QUIENES AFECTA? ¿DE QUÉ MANERA? ¿CÓMO SE ENTRAMAN LAS RELACIONES DE PODER ENTRE CONCEPTOS, IDEAS, PENSAMIENTOS, DISCURSOS?

Podría entenderse que las reproducciones afectan de diferentes formas y maneras. En la medida en que reproducimos palabras como mera tarea intelectual, de laboratorio, esto impide visualizar relaciones de conjuntos (discursos, teorías) – particularidades (conceptos - prácticas). De esta forma reproducimos particularidades conocidas, reconocidas y hasta acentuadas y contextos y escenarios silenciados⁵⁵.

“Porque lo único que hace la repetición monocorde de categorías y normativas institucionales sin reflexionarlas es dis-capacitar, des-persona-lizar, in-visibi-lizar la otredad”⁵⁶.

Las **reproducciones** fracturan el Pensar, el Decir y el Hacer, cristalizando diferentes articulaciones afectadas, astilladas. Los conceptos dejan de ser conceptos para convertirse en **conceptos desconceptuados o términos terminados** los cuales son mostrados como configurados con entidad propia. Una existencia que al parecer podría ser autónoma, explicándose con definiciones del concepto, con el concepto mismo o con algunos conceptos que lo sustentan.

⁵² Novillo, Carolina. Ateneo Hospitalario. Psicología. CABA. 2010, pág. 3. (21)

⁵³ López, Gappa Cecilia. Ateneo Clínico. “Lucía y la Adherencia”. CABA. 2011, pág. 1. (40)

⁵⁴ “...El nacionalismo popular revolucionario no se postula como un a priori o como autoafirmación de su existencia. Se realiza en tanto la teoría revolucionaria descubre y desarrolla en las contradicciones internas de la sociedad argentina los gérmenes del socialismo. Es resistido, pues, por los partidos y grupos enajenados a esquemas, de los cuales no pueden desprenderse sin desaparecer y, por los políticos y escritores que conceptúan conceptos y temen conceptuar la realidad porque no quieren correr el riesgo de sumergirse en ella para transformarla”. De la Tesis sobre el Nacionalismo Popular Revolucionario de Rodolfo Puiggrós, anexas a su libro Las Izquierdas y el Problema Nacional, Carlos Pérez Editor, Buenos Aires, 1971.

⁵⁵ “Silenciar: Hacer callar, reducir al silencio”. Diccionario de La Real Academia Española.

⁵⁶ Banfi Beovide, Victoria. Deluca, Lucía. Ateneo Universitario. “De adherencias, co-construcciones y otras yerbas”. Trabajo Social. CABA. 2011, pág. 3.(52)

PACIENTE

TIPOS, TIPIFICACIONES, TIPOLOGIZACIONES...

Los conceptos hacen referencia a formas de visualizar y visualizarse, de concebir y de concebirse; hacen referencia a cómo se mira, desde dónde se entiende y de esta forma implican posicionamientos teóricos, políticos, ideológicos.

Conceptos tales como “incapaz”, “insano”, “loco”, “familia”, “ciudadanía”, “Estado”, persona que sufre padecimientos de salud mental, “paciente”, “menor”, niño, “sujeto de derechos”, hacen referencia a diferentes posicionamientos en los cuales se nomina y define al otro como así también a la relación del otro con el mundo. En este proceso se describen relaciones, vínculos, formas de interactuar, responsabilidades, competencias, posibilidades, nominándose y definiéndose uno mismo en relación con el otro.

Cómo se mira, cómo se piensa, cómo se concibe, impacta en el otro con lo que se hace. Nominar y definir a un sujeto como “menor” conlleva la carga valorativa de incapacidad entre otras donde denominado y denominador (quien denomina) ubican nichos en contextos en que la denominación se genera y regenera.

“Menor”, en tanto “incapaz”, habla de cómo veo al otro; desde lo que no puede, desde lo que le falta, delimitando sus posibilidades, coartando sus acciones, entramándose prácticas sociales en ese sentido. De esta forma se produce un doble proceso en el cual en el momento en el cual se piensa al otro uno se construye en torno a este otro.

Nominar a otro como “incapaz” conlleva la existencia de uno “capaz”, que puede, que hace y que en función a ello nomina. De esta forma se van configurando dicotomías capaz – incapaz, locura – razón, mayor – menor, paciente – médico, insano – sano, patología – normalidad. En este sentido Aldo Enrici (2006) en relación a los conceptos de normalidad y patología expresa que “pueden mantener entre sí una relación especular a través del cual uno y otro se reafirman en una alianza indisoluble”. De esta forma un concepto fortalece al otro, retroalimentándose, reproduciéndose. Asimismo, Enrici (2006) profundiza, expresando “Esta alianza está directamente vinculada con las dos caras que definen lo normal. Si por un lado, lo normal es aquello que es tenido en cuenta como media estadística, como tipo específico, por otro parece significar un valor, vital o social, que le otorga el carácter de meta, de objetivo a ser procurado”. De esta forma las realidades son dicotomizadas, entre polos opuestos a través de conceptos que cuentan con valor de diferente significación, viéndose simplificadas, polarizadas. Lo normal podría ser tomado como meta a alcanzar, como exigencia colectiva y la patología por oposición en tanto carga valorativa negativa.

¿SI LAS REALIDADES SON DICOTOMIZADAS, QUÉ LUGAR QUEDA PARA LAS DIVERSIDADES, SINGULARIDADES, SUBJETIVIDADES?

Las dicotomías generan tipologías, en tanto escalas⁵⁷ de gradación que van escalonando cual octavas los polos dicotómicos. Octavas y octavas de tipos, tipologías que marcan las distancias, los intervalos⁵⁸ entre una categoría y la meta a alcanzar. Razón – locura, mayor - menor, sano – enfermo. Intervalos que acercan y alejan a un polo o a otro, ubicaciones, posiciones en la misma escala. Son los **PACIENTES CON...** problemas de adicciones, con alcoholismo crónico, con discapacidad, con muchos CON...; los pacientes crónicos, graves, duales, los pacientes de la institución. Tipificaciones, Tipologías en las que deben encuadrar o son encuadradas las personas que padecen sufrimiento psíquico. Estas posiciones son configuradas con la incorporación de conceptos atravesados por diferentes procesos, motivo por el cual considero necesario realizar algunas distinciones para visualizar mecanismos generados y utilizados para configurar nominaciones y legitimar dicotomías.

“Dentro de los pacientes judicializados, el 60% tiene o tuvo juicio por Insania, el 16 % inhabilitación y el resto se encuentra aún en proceso” (Haciendo referencia a personas que participan en el proyecto La Colifata)⁵⁹.

“El hecho de que muchas veces no sean considerados “de riesgo” debido a....nos lleva muchísimas veces a no brindarles la atención adecuada ya que son pacientes tranquilos y con los cuales no hay mucho para hacer, agravado esto por la falta de medios....para su tratamiento (residencia intermedias, etc.)⁶⁰.

⁵⁷ “Escala es una sucesión de sonidos conjuntos: do re mi fa sol la si do. El 8vo. sonido de la escala se llama octava, y sirve de punto de partida para formar una nueva serie de ocho sonidos, de modo que la escala puede tener varias octavas de extensión”. Teoría de la Música por Alberto Williams, Gurina Y. Cía. Editores, Buenos Aires.

⁵⁸ “Intervalo es la distancia que hay entre dos sonidos. Los intervalos toman su nombre del número de grados que comprenden. El intervalo de 2 grado se llama Segunda, el de 3 Tercera, el de 4 Cuarta, el de 5 Quinta, el de 6 Sexta, el de 7 Séptima...” Teoría de la Música por Alberto Williams, Gurina Y. Cía. Editores, Buenos Aires.

⁵⁹ Domínguez, María Silvina. Ateneo Hospitalario. “Derribando muros”. Médico. CABA. 2010, pág. 5. (55)

⁶⁰ Liste, Omar A. Ateneo Clínico. Médico. CABA. 2007, pág. 7. (8)

“Ejemplo de ello es el tratamiento con pacientes “duales”, en donde el consumo es secundario al padecimiento mental que presentan, y que en momento de crisis es inevitable su internación”⁶¹

- Adjetivaciones

La noción de pacientes es modificada por **adjetivos**, entendiendo a los mismos como “clase de palabras que funcionan, o pueden funcionar, como modificadores directos del sustantivo y expresan cualidades o determinaciones de las cosas designadas por éste.”⁶² El sustantivo necesita ser adjetivado destacando una diferencia que lo complejiza, hablar de **pacientes duales** es hablar de pacientes que desarrollan consumos problemáticos de sustancias; **paciente judicializado** es hablar de paciente que cuenta con intervenciones del Poder Judicial. Considerar **paciente tranquilo** marca fuertes diferencias con paciente agresivo, heteroagresivo. Las adjetivaciones hablan de procesos que destacan cierta características o rasgo; el consumo, el comportamiento, la relación con el poder judicial, la relación con alguna disciplina de la salud mental, la rareza para ser tratado. De esta forma paciente es adjetivado en función a recortes disímiles que dan cuenta de cierta característica distintiva. Característica que suele ser un recorte que en tanto adjetivación totaliza a paciente, modificándolo y configurándolo a partir de la misma. Estamos hablando de adjetivaciones inscriptas en conceptos dominantes que encarnan la enfermedad, aquí paciente.

Paciente (Enfermedad – Recorte- Totalización) + Adjetivación (Recorte – Totalización)

- Preposiciones.

La noción de “**paciente**” es modificada con **preposiciones tales como “de”, “con”, “en”**. El diccionario Kapelusz define preposición como “nexo subordinante que denota la relación de dependencia que existe entre una palabra que forma parte de un modificador y el vocablo modificado (...) a, ante, bajo, cabe, con, contra, de, desde, durante, en, entre, hacia, hasta, mediante, para, por, sin, sobre, tras”⁶³.

“...debíamos definir la pertinencia del traslado al hospital Moyano, por tratarse de una paciente de riesgo, dados sus reiterados intentos de suicidio y sus ideas crónicas de muerte, y “una psicótica crónica”⁶⁴

“Paciente de poca contención familiar” “Paciente de poco registro” “Paciente de externos”
“Paciente del doctor.....” “Paciente de la institución...”
(Términos utilizados habitualmente en ateneos y en la cotidianeidad en el hospital)

La preposición “de” instituye relaciones de dependencia, subordinación y pertenencia en diferentes grados, escalas y momentos. Paciente en tanto categoría comienza a tener condicionamientos hasta el punto en que llegan a ser condiciones determinantes.

Paciente depende y está subordinado al riesgo. El riesgo totaliza al paciente, lo inscribe en otra categoría, lo unifica en torno a esta categoría viéndose envuelto el paciente en tonalidades donde el riesgo da la nota. Ya no son solamente las características de la enfermedad sino que se le agrega el riesgo en función a estas características en un momento específico.

Por otra parte “de” da cuenta de una característica, que podría ser personal, familiar, comunitaria, que complejiza a paciente. Se suma un agregado a la enfermedad. Aquí, poca contención familiar, poco registro,

Asimismo el “de” también hace referencia a un condicionante que se relaciona con la concurrencia a una modalidad de atención en un hospital como podría ser una instancia ambulatoria de tratamiento como consultorios externos. Relación de dependencia o apropiación por su transcurrir en el hospital que se enclava en vínculos con profesionales. Ser paciente, se es en función de la relación con un otro médico, psicólogo, trabajador social, como así también ser médico, psicólogo o trabajador social se vincula con ser paciente. De esta forma se genera una doble dependencia; a un servicio, en tanto forma estratificada de atención de una institución y a un profesional o equipo tratante, llegando al punto en el cual la dependencia llega a ser tal que el paciente se constituye en “paciente del hospital”. Se continúan configurando y reconfigurando lógicas dicotómicas y dicotomizantes (médico – paciente), entramando relaciones en estas polaridades.

⁶¹ Avalos, Corina. Fontanet, Fernando. Ateneo Universitario “¿Que veinte años no es nada?...”.CABA. 2012, pág. 4. (38)

⁶² Diccionario Kapelusz de la Lengua Española.

⁶³ Ídem.

⁶⁴ Alba, Patricio. Ateneo Hospitalario. Medico. CABA: 2007, pág. 1. (19)

“...en un estudio muy reciente realizado en 82 pacientes psiquiátricos, comparó la historia de autoagresión y suicidalidad entre pacientes con trastorno disociativo y pacientes sin este trastorno...”⁶⁵

“Paciente con excitación psicomotriz... Paciente con consumo de sustancias... Paciente con ataque de pánico... Paciente con intento de suicidio...”⁶⁶.

Continuando con las preposiciones, “CON” es utilizada en función a agregar un componente mas a paciente que puede considerarse como particularización en el marco de la enfermedad, dando cuenta de un agravante, severidad, deterioro, complejidad. La enfermedad es retroalimentada por estos agravantes fundamentando la nominación de paciente. Son pacientes con trastornos mentales severos, con disociación, agregados que cargan negativamente el sentido de paciente.

La ecuación es Enfermedad = Negativo + Agravante = Negativo. Suma de negatividades, ¿cual sería el resultado?

“Paciente en tratamiento”. “Paciente en proceso de tratamiento”. “Paciente en situación de calle”. “Paciente en situación de vulnerabilidad”.
(Términos utilizados en diferentes ateneos y en la cotidianeidad en el hospital).

En este análisis preposicional destaco el “EN” dando cuenta de incorporaciones, inserciones del paciente en marcos, instancias, ámbitos particulares, determinados y determinantes. Esto habla de escenarios diferentes en los cuales el paciente transita y a partir de los cuales pueden generarse condiciones que influyan en diferentes maneras. Pero también podría hablarse de escenarios a partir de los cuales se lo define al paciente, recortando otros escenarios, instancias, ámbitos. Es hablar de paciente que se encuentra realizando tratamiento; paciente en situación de calle o paciente en estado de abandono; es continuar hablando de inserciones segmentadas, recortadas, pero que al mismo tiempo son totalizantes. Hablar de totalizaciones es hablar de mecanismos a partir de los cuales las segmentaciones y recortes conforman al paciente. El paciente es cooptado por esta segmentación.

Aquí también comienzan los “estados” y las “situaciones” con la incorporación de varias preposiciones. “Paciente en situación de calle”, el “en” conectando al paciente con la situación y el “de” dando cuenta de la calle como situación. Hablamos de una doble dependencia al hablar de situación y de calle.

“Podemos pensar que no es un caso de trastorno mental severo pero sí de una situación compleja que implica sufrimiento psíquico para la adolescente”⁶⁷

“Situación” – “Situación de Vulnerabilidad” – “Situaciones de vulneración de derechos” – “situación social” – “situación de calle”
(Términos que se utilizan frecuentemente en ateneos)

“...refería conocer los servicios socio-asistenciales para personas en su situación.”⁶⁸

“Siendo médica, abocándome al campo de la psiquiatría, me encuentro con situaciones que me resultan nuevas, para las cuales no prepara la universidad, y que tienen que ver con las particularidades de la clínica”⁶⁹.

“Situación”, manera de estar de una cosa o persona. Es necesario considerar que la “situación” aparece junto a preposiciones relacionadas con “paciente”, “paciente en situación de...”, pero por otra parte aparece en tanto forma de hacer referencia a un paciente.

El “paciente” podría estar atravesando diferentes y múltiples situaciones y en el mismo momento, pero se destaca una sola a partir de la cual se lo nombra. Asimismo, hablar de “situación” es hablar de una forma estática de visualizar procesos dinámicos y en el marco de una disección de esos procesos, invisibilizando la historia y complejizando las proyecciones. La “situación” unifica y totaliza ya que el paciente se transforma en la Situación y el todo es la situación y la situación es unificada en tanto complejidad, de calle, de vulnerabilidad, de vulneración de derechos. La persona es la situación, la situación es de...y la situación diluye y simplifica a la persona.

Paciente = **simplificación** + Situación = simplificación + Complejidad = simplificación

⁶⁵ Alba, Patricio. Ateneo Hospitalario. Medico. CABA: 2007, pág. 10. (19)

⁶⁶ Términos utilizados en diferentes ateneos y específicamente en Guardia del hospital psiquiátrico.

⁶⁷ Chiappe, María Virginia. Ateneo Hospitalario. Medico. CABA. 2010, pág. 10. (34)

⁶⁸ Marifil, Lourdes. Ateneo Hospitalario. Trabajo Social. CABA. 2010, pág. 1. (3)

⁶⁹ López, Gappa Cecilia. Ateneo Clínico. “Lucía y la Adherencia”. Medico. CABA. 2011, pág. 1. (40)

Persona = Paciente = Situación = Complejidad/Calle

Las personas se ven expuestas a procesos de simplificación en diferentes momentos transitando por nominaciones en tanto cristalizaciones de estos procesos. De esta forma las realidades subjetivas, comunitarias, familiares son anuladas, suprimidas constituyendo realidades fragmentadas, realidades irreales. Las nominaciones que son utilizadas son palabras con existencia propia, que se explican por si mismas.

Asimismo, las simplificaciones a las que se ven expuestas las personas conllevan procesos de simplificación creciente. La persona pasa de ser sujeto a ser situación de calle, situación compleja, situación de vulnerabilidad. Las **personas** son configuradas en **"situaciones"**. Asimismo, estas configuraciones en tanto situaciones continúan mutando en otros términos, entre los cuales puedo visualizar al caso, caso social...

"...me propongo escribir sobre E., cuya historia como paciente de esta institución es singular. No me propongo llegar a conclusiones, sino reflexionar acerca del caso..."⁷⁰

"De modo que el Trabajador Social debe abordar el "caso social" en busca de una solución "mágica" desconociendo que esta situación de vulnerabilidad social da cuenta de procesos sociales de mayor complejidad que exceden absolutamente las particularidades del momento actual, y que se traduce en nuevas demandas que interpelan a las instituciones de salud"
"El Caso social es un criterio usado continuamente para definir las situaciones de las personas que tienen conflictos a nivel familiar, vincular, legal, donde las patologías de base son acompañadas por otras problemáticas que están directamente relacionadas con "lo social". Resulta difícil aproximar una definición de caso social ya que todos los sujetos que ingresan al hospital pertenecen a un entorno de relaciones sociales, con una historia particular en la que ha desarrollado su situación de salud mental, por lo tanto, lo correcto sería incluir a todos los casos como sociales"⁷¹.

Caso clínico. (Término utilizado habitualmente en ateneos y en el hospital)

El "caso", la casuística, el "caso social", diferentes formas de nominar a la "situación compleja", al "paciente complicado", al "crónico", a lo complejo, lo extraño. Se convierte en una mas de las tantas nominaciones en las cuales se habla de "algo". Algo que es, un objeto a ser analizado. En tanto objeto, hace referencia a una situación de ser pasivo, evaluado, manipulado. El diccionario Kapelusz define a algo, como pronombre indefinido que representa, en contraposición a nada, una cosa cualquiera: dijo algo que no entendí. Bokser (2002) expresa "La casuística ("casificación") y la lógica de "los casos – el caso" son paradigmas de la cosificación. Mientras "el caso" deshumaniza a las personas y a los sujetos protagonistas de sus historias vitales, las múltiples construcciones identitarias subjetivizan a los seres humanos valiéndose por ejemplo de nombres propios, Juana, María, Gastón". La persona deja de Ser para ser un caso, momento en que la trayectoria vital, la historia, el pensamiento, la palabra dejan de conformarlo para configurar el caso. De esta forma se expropian e insonorizan instancias comunitarias, educacionales; responsabilidades estatales, para describir en términos de paciente, situación, caso.

"Paciente", "Situación", "Caso" en el ámbito del hospital psiquiátrico son conceptos que desde lo sonoro y en apariencia se podría visualizar su autonomía. Se utilizan en forma diferente, pero en lo silenciado los conceptos continúan reproduciendo ciertos discursos, ciertas ideas y ciertas prácticas y no otras, bien acentuadas y diferenciadas y las palabras explicadoras conforman conceptos inscriptos en estos discursos conllevando a ensombrecer las fuentes desde donde se nutren. Suele utilizarse indistintamente cualquiera de estos términos. De ese modo se pretende mostrar variación, cambios, cuando en realidad las palabras son diferentes connotando y denotando una inscripción en las mismas teorías y discursos. Al mismo tiempo son la expresión de estas teorías y discursos. Sustancialmente relacionadas con la enfermedad, la simplificación, la parcialización, lo estático que mediante escisiones **des-habilitan seres humanos y configuran realidades de ficción o reales ficciones.**

¿Cómo impactan estos procesos en las múltiples construcciones identitarias de los sujetos? ¿Es igual concebir al otro como menor en términos de sujeto de derecho que niño en tanto sujeto de derecho? ¿Es igual concebir al otro como niño en términos de sujeto subjetivizado que niño en proceso de construcción de subjetividad?

Nutrir distinciones. Distinguir entre conceptos es vital en función a optar por un concepto y no por otro.

⁷⁰Bermúdez, Romina. Ateneo Hospitalario "E, una historia". Psicología. CABA. 2013, pág. 1. (31).

⁷¹ Di María, Ana Clara. Ateneo Hospitalario. Trabajo Social. CABA. 2008, pág. 6. (2)

La utilización de diferentes términos como paciente, persona, sujeto, seres humanos con muy escasa o inexistentes definiciones da cuenta de alejamientos más que acercamientos teóricos, esto incide en la naturalización del uso de los mismos. Esto se contrasta fuertemente con las múltiples definiciones en torno a síntomas, trastornos, diagnósticos, tratamientos, dando cuenta de flujos teórico-prácticos de mutua alimentación y en continuo planteamiento.

Conceptualizar algunos términos que fueron y van surgiendo posibilita ir realizando algunas distinciones entre tantos **mecanismos de instauración de pretendidas sinonimias que se valen de nociones diferentes.**

Considero a sujeto como “un ser común potente que se forma en el proceso histórico. Ser común, porque está compuesto de las necesidades comunes de la producción y de la reproducción de la vida. Ese sujeto es un proceso de composición continua de deseos y actos cognoscitivos que constituyen la potencia de la reapropiación de la vida (Negri. T. 1992:32). Es preciso distinguir sujeto de “Sujeto de derecho” o “sujetos de Derecho”, términos que según Bokser están designando a quienes componen el ámbito de “aplicación subjetiva de las normas del derecho”⁷² Estas nominaciones se reproducen de otras formas y maneras en otros campos como el de la salud, la educación. Paciente, caso, hace referencia a la aplicación de intervenciones en el campo de la salud mental.

Bokser expresa que “Tanto para la teoría como para la práctica del Derecho y la práctica de los derechos, hablar de ser humano designándolo como “sujeto titular de derechos”, “sujeto de derechos”, “persona”, implica designar una subjetividad que resulta ser desvirtuada, desapercibida, desconformada en la expresión “sujeto de(l) derecho”. En tal sentido incluyo expresiones como paciente, situación, caso en tanto términos que coartan, aplastan la subjetividad. “Decir que los seres humanos son “sujetos de derechos”, “personas”, nos introduce en el análisis de una subjetividad, cuya construcción está sustentada y atravesada por los principios de libertad y de la responsabilidad”⁷³. Esto marca distinciones entre términos, que se relacionan con diferentes formas de pensar, concebir... y que en ocasiones a partir de procesos precisos e implacables esas distinciones se borran, estrangulan, desaparecen.

Surgen del análisis de algunos ateneos palabras como **sujeto, persona, seres humanos**, en tanto formas de nominar que se entremezclan con términos como paciente, caso, situación.

“La agudización del deterioro de las condiciones materiales de existencia de la mayoría de la población se cristaliza en nuevas formas de padecer: llega a nuestro hospital personas con crisis de angustia, ataques de pánico, trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, trastornos alimentarios, adicciones, intentos de suicidio...”⁷⁴

“Mencionamos la relación del sujeto adicto al vacío y no a la falta, ¿no es similar para el sujeto posmoderno que se ilusiona con la obturación de un vacío en manos del Mercado y sus objetos?”⁷⁵

“El asistencialismo coloca a la persona como objeto de la asistencia, como beneficiario pasivo, la estrategia de la empresa social corre a la persona de ese lugar, del solo recibir, a la construcción de una relación democrática”⁷⁶

“El respeto a la subjetividad y el trabajo en torno a la restitución de derechos toma consistencia en la labor diaria, y en el vínculo que se establece con los Sujetos de la intervención”⁷⁷

La nominación de persona y sujeto acompañados por preposiciones entre ellas “con” “de” como así también siendo adjetivados por diferentes palabras tales como asistencia, adicto, intervención, configuran recortes; reducciones y escisiones. Continúan instalándose procesos anclados en la enfermedad en torno a cierta cuestión sintomática que se ve acentuada en determinado momento. Es la persona en términos de paciente con crisis de angustia, con ataques de pánico, con intento de suicidio. Es el sujeto en términos de paciente, quien sufre determinada enfermedad con determinado síntoma o conducta exacerbada, objeto de intervención, adicto. Estas acciones, dan cuenta del desarrollo de **Procesos Sistemáticos de Neutralización.**

Entiendo que en repetidas oportunidades los conceptos son apropiados, imponiéndoles neutralizaciones que los afectan de diferentes formas. Por un lado creando ficciones donde los conceptos aparecen relacionados con discursos, prácticas sociales y realidades, solo en apariencia ya que las conexiones han sido cortadas. En un

⁷² Bokser, Mirta. Legalidades Ilegítimas. CABA. Derechos Humanos y Prácticas Sociales. Ediciones Colihue. 2002, pág. 41.

⁷³ Ídem.

⁷⁴ Di María, Ana Clara. Ateneo Hospitalario. Trabajo Social. CABA. 2008, pág. 7. (2)

⁷⁵ González Mendy, Nadia. Ateneo Clínico. Psicología. CABA. 2008, pág. 7. (70)

⁷⁶ Maiani, Aldana. Ateneo “Una alternativa posible”. Terapia Ocupacional. CABA. 2010, pág. 3. (11)

⁷⁷ Álvarez, Florencia. Ateneo Hospitalario. Trabajo Social. CABA. 2008, pág. 10. (23)

principio ya que los mismos no dan cuenta de realidades; incorporan otras ideas, pensamientos, discursos que en ocasiones hasta son contrapuestos llegando a ocultar o disimular sus fuentes.

Y en una instancia más, la neutralización afecta el valor de los conceptos y de esta forma se reproducen palabras en tanto fonemas, significantes, con un sonido habitual y repetitivo. Circulan despojadas de significados, de auténtica representación y valor genuino, alejadas de la realidad. En tal sentido podemos mencionar nuevamente las palabras persona, sujeto, paciente.

En esta operación los conceptos son abstracciones más que realidades, aspiraciones más que respiraciones, anhelos más que vivencias. Estas elucubraciones conllevan a tocar notas en otras escalas donde no son considerados los sostenidos y bemoles⁷⁸, generando disonancias.

¿Qué hacer ante estas neutralizaciones? ¿Se podrían neutralizar neutralizaciones? ¿De qué forma? ¿Reproducir conceptos neutralizados es reproducir las mismas neutralizaciones? ¿Sería una alternativa la creación y utilización de conceptos subjetivizadores que den cuenta de realidades?

¿Por qué se desarrollan procesos sonoros de reproducción de conceptos y procesos silenciados de reproducción de discursos y prácticas sociales? ¿Qué motivos llevan a la apropiación de conceptos? ¿Para qué es utilizado? ¿Cómo impacta en el otro la reproducción de conceptos?

¿Las neutralizaciones y los procesos sonoros y silenciados de reproducción de conceptos, discursos, prácticas sociales y ciertas apropiaciones de conceptos dan cuenta de legitimaciones?

“La pregunta con la que me encuentro es si desde mi práctica hay otros modos de intervenir para que el paciente pueda tener una vida mas saludable, en mayor contacto con otros, pudiendo repensar lo que le gusta o gustaba hacer, y en la construcción de nuevos proyectos”.

“...la persona con este padecimiento, tiene el desafío, constante de luchar contra los síntomas propios de la enfermedad, los que muchas veces abarcan la totalidad del sujeto y en algunos casos llega a ser incapacitante...”⁷⁹

“El desafío es poder arribar a una práctica profesional superadora, donde los “compartimentos estancos” (conceptos teóricos, metodología, etc.) se flexibilicen en pos de la expansión de fronteras disciplinarias y de lo que considere mejor para una situación, superando la concepción del ser humano por parcialidades, aproximándose de este modo a su consideración integral”⁸⁰

Considero que se entreen **Procesos de Resistencia, Disputa y Dominación**. En los mismos se esgrimen diferencias en la utilización de algunos conceptos dando cuenta de diferentes significantes como así también de discursos configurantes de los mismos y de conceptos como expresión de discursos.

Hablar de Persona con padecimiento podría convertirse en intentos de marcar múltiples facetas de las personas en las cuales se inscribe el padecimiento.

Da cuenta de superar nominaciones como enfermedad, superar lecturas sintomáticas para plantear lecturas desde lo que le sucede al otro, lo que le pasa y qué forma incide en aspectos de su vida. De esta forma persona estaría ampliando, sumando cuestiones que en paciente fueron cercenadas, simplificadas y unificadas por la enfermedad. La posibilidad de sumar términos que se distancian de nociones como paciente y buscan otras opciones posibilita algunas aperturas al pensar, comprender, entender y conocer.

Asimismo, hablar de la dimensión subjetiva de la “paciente”; que la “paciente” pueda; singularidad de la “paciente”, conforman sonoridades que ponen en cuestión la categoría de “paciente”. Dicha categoría está puesta en jaque con otras nociones tales como subjetividad, singularidad, poder. La noción que irrumpe detona la categoría dominante, la desconfigura. “Paciente” no admite singularidad, subjetividad, poder. Y estas nociones la fuerzan, la corroen, para configurarse en una **categoría neutralizada**. La insistencia y perseverancia del uso de la palabra “paciente” la erigen en una categoría neutralizada cuando a esa palabra se le dan, se le imponen significados que no armonizan conceptos y realidades.

⁷⁸ “Escala es una sucesión de sonidos conjuntos. Se da el nombre de grados a las notas de la escala. Los grados conjuntos son los inmediatos. En la escala de DO (1ro.- Do, 2do - RE, 3ero - MI, 4to.- FA, 5to - SOL. 6to - LA, 7mo. - SI, 8vo. - DO). Los grados de la escala están separados por distancias más y menos grandes. La distancia mayor entre dos grados conjuntos se llama tono; la distancia menor, semitono. La escala de DO Mayor se compone por dos tetracordeos conformados por tono, tono, semitono, separados por un tono y no tiene alteraciones. Para conservar esta estructura en otras escalas se utilizan las alteraciones. Las alteraciones son sostenido (altera el sonido un semitono hacia arriba) bemol (un semitono hacia abajo, doble sostenido (dos semitonos hacia arriba) doble bemol (dos semitonos hacia abajo), becuadro (destruye el efecto del sostenido, bemol, doble sostenido o doble bemol). Cada escala cuenta con diferentes alteraciones” Teoría de la Música por Alberto Williams, Gurina Y. Cía. Editores, Buenos Aires.

⁷⁹ Domínguez, María Silvina. Ateneo Clínico.”¿Rehabilitación? ¿Reinserción Social? En la búsqueda de un tratamiento integral. Médico. CABA. 2011, pág. 1. (54)

⁸⁰ Di María, Ana Clara. Ateneo Hospitalario. Trabajo Social. CABA. 2008, pág. 8. (51)

“Este es el contexto en el que se mueve y que lo sostiene, abarcando núcleos significativos para el desarrollo de la vida. Incluso hablar de estructura me parece incorrecto pues el concepto supone cierta fortaleza que la red relacional aún parece no poseer. Y digo aún ya que es uno de los elementos a trabajar en pos de la revitalización de Miguel como sujeto social”⁸¹.

Realizando algunas profundizaciones, surgen de los ateneos nociones que se contraponen desde su concepción utilizadas en calidad de sinónimos, padecimiento - enfermedad; persona - caso; sujeto social - paciente. Los discursos donde se inscriben conceptos como padecimiento, persona, sujeto social se basan en la revitalización, lo que el otro puede, son discursos que trascienden, superan, conceptos como paciente, enfermedad y que proponen seres, nombres, sujeto social.

Continúan configurándose luchas y disputas en torno a definir y conceptualizar pero que llegan hasta sustentar discursos que se valen en ciertos conceptos conocidos y no otros. Es en estas pugnas que aparecen diferentes nociones en forma conjunta, algunas de las cuales se inscriben en discursos que procuran desarticular denominaciones dominantes. Podría hablarse de mecanismos que estarían desconfigurando categorías hegemónicas intentando corroer los discursos que las sustentan, proponiendo otras categorías que se entranan en otros discursos.

“Los Nombres de las personas están presentes y atraviesan todos los ateneos”⁸²

“Asimismo, he intentado posicionarme entendiendo a E. como sujeto, con sus propias elecciones y significaciones...”⁸³

A partir de las lecturas que llevo a cabo luego de esas primeras entrevistas, puedo empezar a captar que las intervenciones se sostienen en una lógica rigurosa que, en principio, supone en ese chico que parece desconectado del otro, un sujeto que decide permanecer al margen.

**La primera pregunta que se recorta para mí es “¿Quién es el sujeto que decide”?
¿Por qué decide permanecer al margen?⁸⁴**

Rescatamos de lo antedicho la posibilidad de comprender a los sujetos como “seres íntegros”, en donde la salud mental ocupa la misma dimensión que la salud biológica y social, en un dinamismo que la produce y determina”⁸⁵

**En muchos casos se da, además, una modificación del lugar que los jóvenes tiene asignado en sus familias y en su comunidad.
“...usuarios con quienes tuve la posibilidad de compartir diferentes etapas de su proyecto de salida”⁸⁶.**

Nociones tales como Persona con padecimiento, sujeto que atraviesa determinada situación... podrían entenderse como expresiones de disputas de diferentes campos, en las cuales persona y sujeto configuran nociones que nominan desde el reconocimiento de la multi-dimensionalidad de las personas, donde el padecimiento y la situación podrían considerarse como atravesamientos que vivencian las personas en determinados momentos.

No dejan de ser nociones adjetivadas y relacionadas con preposiciones, pero no obturan, ni unifican, ni simplifican a persona ni a sujeto. Es la inscripción del padecimiento en la persona y no la persona en tanto enfermedad, es el sujeto que atraviesa determinada situación y no la situación como constitutiva del sujeto.

Asimismo, aparecen nociones como “usuario” en tanto términos que pretenden inscribirse en discursos subjetivantes y empoderantes de las personas, pero que dan cuenta de ciertas simplificaciones y recortes. Dícese entender esos términos en tanto búsquedas que se alejan de paciente y se acercan a persona y sujeto.

“¿Podemos poner en discusión categorías pre-establecidas (académicamente correctas) y conceptualizar otras ligadas a lo subjetivo de cada persona con la que nos encontramos? Con esto hacemos referencia a dimensiones como la alegría, el sufrimiento, la felicidad, el padecimiento, el dolor, la tristeza, los deseos, los enojos y los sueños...” “No resulta indistinto hablar de B. como “el paciente”, “el caso”, “el enfermo de VIH”, “el de la historia social número x”, “el de la cama 20” o “el sujeto”⁸⁷

⁸¹ Di María, Ana Clara. Ateneo Hospitalario. Trabajo Social. CABA. 2008, pág. 10. (51)

⁸² Observación personal que me surge a partir de la lectura de los ateneos.

⁸³ Bermúdez, Romina. Ateneo Hospitalario “E, una historia”. Psicología. CABA. 2013, pág. 4. (31)

⁸⁴ Rondán, María. Ateneo Clínico. Psicología. CABA. 2006. pág. 3. (39)

⁸⁵ Avalos, Corina. Fontanet, Fernando. Ateneo Universitario “¿Que veinte años no es nada?...”.CABA. 2012, pág. 3. (38)

⁸⁶ Martínez, Marina. Ateneo Hospitalario. Trabajo Social. CABA. 2007, pág. 6. (5)

⁸⁷ Banfi Beovide, Victoria. Deluca, Lucía. Ateneo Universitario. “De adherencias, co-construcciones y otras yerbas”. Trabajo Social. CABA. 2011, pág. 1. (52)

Y me animó aquí a incurrir, tal vez en algunas reiteraciones.

Hablar de ser humano es hablar de Juan, Enrique; posibilita visualizar las potencias hablar de persona posibilita un cambio en torno a hablar de paciente. Hablar de historias, nombres, relaciones familiares, comunitarias es sumamente diferente a hablar de casos. En tal sentido es importante hacer referencia al artículo 8 de la Convención de los Derechos del Niño en el cual el nombre de las personas es uno de los elementos del derecho de-y-a-la identidad. Es importante distinguir la noción de nombre inscripta en los campos y fuentes de legitimidades de los planteamientos que realiza el Código Civil Argentino (1871) en torno a las “personas físicas” junto a las personas de existencia ideal (escuelas, hospitales) como “ENTES”. El Código Civil citado, las define como “Todos los entes que presentasen signos características de humanidad, sin distinción de cualidades o accidentes, son personas de existencia visible”. (Artículo 51)⁸⁸.

Sujeto que..., Ser humano, Juan..., estarían ampliando, sumando cuestiones que en paciente fueron cercenadas, simplificadas y unificadas por la enfermedad. **La posibilidad de instaurar nociones y discursos instituyentes de subjetividad**, se distancian de nociones como paciente y buscan otras opciones que posibilitan algunas aperturas al pensar, comprender, entender y conocer.

¿CÓMO NOMINAR, DESARROLLAR DISCURSOS Y PRÁCTICAS DESDE LAS POTENCIALIDADES, CAPACIDADES, DESEOS, PROYECTOS; DESDE LO QUE EL OTRO PUEDE Y QUIERE?

⁸⁸ Este artículo ha sido derogado por el Código Civil y Comercial de la Nación 2015.

Capítulo II

SEGUNDA ESTROFA

LAS COSAS POR SU NOMBRE

CONCEPTOS, DISCURSOS Y SU RELACION CON PRÁCTICAS SOCIALES.
MÚLTIPLES CONFIGURACIONES, EN EL CAMPO DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.

En el desarrollo de este capítulo procuraré elucidar, noción que plantea Castoriadis, en tanto proceso enraizado en **pensar lo que hacemos y saber lo que pensamos**. Entiendo que hablar de pensar lo que hacemos hace referencia a la posibilidad de incorporar la pregunta, la duda, la incertidumbre. Pero también la reflexión; la actitud de reflexión permanente es una forma de conexión teorías – prácticas, prácticas – teorías que posibilitan deconstruir cristalizaciones, instituidos, unificaciones, ordenes. Es la reflexión a partir de las prácticas y de las teorías en la búsqueda de análisis que posibiliten avances en estas múltiples relaciones que inciden en las realidades de las personas. Las prácticas se inscriben en teorías, afectan, inciden, impactan llegando a mutilar y aplastar realidades subjetivas, de carne y hueso.

“Una vez presentadas las etapas y características del taller, me gustaría contar algunas prácticas compartidas durante los mismos, articulando con algunos conceptos teóricos. Así intentaré mostrar un proceso de aprendizaje distinto al clásico médico...”⁸⁹

“Preguntas que surgen entre la teoría y la práctica, en ese ir y venir, a veces tan divergente...”⁹⁰

“Sin embargo subyace la pregunta de si no es posible alojar el discurso de forma tal, que se generen condiciones para la subjetividad que favorezcan un quehacer con lo real, aún en dispositivos de los no considerados tradicionalmente terapéuticos o clínicos”⁹¹

Las escisiones, los cortes, los vínculos entre teorías – prácticas, prácticas - teorías generan diferentes impactos, en las relaciones conceptos, discursos y prácticas sociales incidiendo de variadas formas y maneras. En este sentido considero vital la posibilidad de conocer y distinguir estas incidencias analizando prácticas sociales de residentes, relacionándolas con conceptos y discursos deconstruidos en el capítulo 1.

¿Cómo abrir espacios de reflexión sobre la práctica que permitan problematizar las situaciones observadas?... ¿Cómo podemos trascender estas “prácticas de registro”, para así convertirlas en reales intervenciones que tiendan a generar transformaciones, no sólo a nivel de las condiciones de existencia de los sujetos, sino también en relación a la subjetividad”⁹²?

¿Realmente tenemos interés por aprender prácticas comunitarias?, ¿Está mal si así no fuera?, ¿Por qué Atención Primaria de la Salud queda en un sitio secundario, cuando en realidad debería ser una estrategia de salud que integre al resto de los dispositivos?”⁹³

Surgen múltiples formas de nombrar prácticas; práctica, intervenciones, prácticas sociales, prácticas subjetivizantes; las cuales aparecen en los ateneos de diferentes formas, con múltiples usos; con varias connotaciones y significaciones.

En una primera aproximación podría hablarse de nociones que dan cuenta de conceptualizaciones de prácticas sociales. Hablar de práctica, prácticas, **prácticas sociales**, intervenciones, actuación, dan cuenta de esta dimensión, la cual constituye formas de concebir, entender y hacer.

Asimismo, surgen disímiles acciones en tanto prácticas de registro, práctica diaria, práctica comunitaria, **construcción de vínculos, acompañar**; dando cuenta de expresiones de conceptualizaciones. Y estas expresiones vinculadas con diferentes posicionamientos y relaciones entre teorías y prácticas.

⁸⁹ Peluffo, Ignacio. Ateneo Hospitalario. Médico. CABA. 2009, pág. 4. (61)

⁹⁰ Califano, María Florencia. Ateneo Hospitalario “Remember my name...INFAME”. Psicología. CABA. 2010, pág. 1. (46)

⁹¹ Marzorati, María Cecilia. Ateneo Clínico. Psicología. CABA. 2008, pág. 3. (50)

⁹² Bajarlia, Camila. Castro, Natalia. Ateneo Universitario “Intervención... ¿Problematización + Acción Transformadora”? Trabajo Social. CABA. 2011, pág. 9. (37)

⁹³ Peluffo, Ignacio. Ateneo Hospitalario. Médico. CABA. 2009, pág. 2. (61)

En este sentido, surgen valoraciones de las relaciones entre nociones y expresiones de las mismas, en tanto **prácticas subjetivantes**, intervenciones transformadoras, prácticas que sostienen el orden vigente. Estos conceptos dan cuenta de los impactos e incidencias de estas prácticas en el otro.

Entonces, es posible distinguir una dimensión vinculada con la nominación; otra relacionada con las acciones en tanto expresión de estas nociones y una tercera relacionada con las expresiones e impactos de las relaciones entre nociones y prácticas.

En función a realizar una aproximación a concepciones vinculadas con prácticas, Vélez Restrepo⁹⁴ hace referencia al concepto de **prácticas sociales** en tanto “acciones arraigadas en concepciones teóricas en un proceso espiralado de mutua relación que posibilita fundamentar lo que se hace desde lo que se piensa”. De esta forma hablar de prácticas es entender la mutua relación pensar – hacer; hacer – pensar; en forma inescindible. Las relaciones teorías – prácticas viabilizan la coherencia entre el pensar y el hacer donde fundamentos teóricos dan sustento y contenido a prácticas sociales y donde prácticas sociales nutren teorías. Hablar de paciente es hablar de enfermedad; hablar de seres humanos es hablar de campos y fuentes de legitimidades; hablar de menores es concebir desde el Código Civil; conceptos inscriptos en discursos, fundamentados en teorías que sustentan prácticas sociales. Prácticas Sociales que nutren discursos y teorías⁹⁵.

“Elegí este caso porque dejó una marca. Un “antes y después”.
Una posibilidad de resignificar mis intervenciones.”⁹⁶

En este sentido considero a los espacios de **ateneo** como así también a la misma producción escrita como prácticas sociales inscriptas en la residencia en salud que posibilitan sostener lazos entre teorías y prácticas. Posibilita visualizar estrategias de trabajo, conectarse con aportes teóricos, trascender miradas individuales para que el grupo pueda aportar otras visiones, expresiones de recorridos, vivencias y experiencias.

EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO EN TANTO CONFIGURADOR DE PRÁCTICAS SOCIALES.

El hospital psiquiátrico en tanto institución total⁹⁷ y nosotros en tanto actores en el mismo reproducimos, instauramos y generamos prácticas de **encierro** y **aislamiento** impactando en las personas de diferentes formas y maneras.

El encierro instituye escisiones “adentro - afuera”; “interior - exterior”, “enfermo - sano”; “razón - locura”, instaurando fuertes diferencias entre dicotomías que se expresan en los cuerpos, las voluntades, las acciones. Estas dicotomías generan posiciones, compartimientos estancos que marcan polos desde donde se configuran conceptos, discursos y prácticas sociales. Es una cosa o la otra, blanco o negro, loco o cuerdo. Estas dicotomías generan pasajes de un polo a otro, pasajes en términos de imposiciones, configurándose en categorías totalizantes y totalizadores, que oprimen, cristalizan y anquilosan a las personas, configurándose prácticas en torno a las mismas.

Asimismo, el encierro conforma cortes, rupturas que ocasionan alejamientos de vínculos y entramados (familiares, comunitarios, personales), de realidades cotidianas imponiendo otras realidades que irrumpen en la vida cotidiana, reconfigurándola rutinizándola en función a hábitos, horarios, espacios, normas, premios, castigos; en compañía y bajo la supervisión de un otro.

De esta forma la institución total en términos de Goffman impacta en actos que en la sociedad civil generan en la persona cierto dominio sobre su mundo; la autodeterminación, la autonomía y la libertad. Es el despojo de diferentes apoyos que le brindan a las personas su identidad; nombre, rol, red vincular. Son vivenciadas sistemáticas acciones que se inscriben en tanto mortificación en un mismo proceso fragmentación – homogeneización repercutiendo en la construcción subjetiva de los seres humanos.

El aislamiento, configura otro de los ejes estructurantes de las instituciones totales, en tanto separación de las personas de los diferentes procesos configurantes, aislamiento que instaura un orden institucional.

⁹⁴ Vélez Restrepo, Olga. Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas. Buenos Aires. Espacio Editorial. 2003.

⁹⁵ Recordemos que el Código Civil y Comercial de la Nación 2015 habla de “personas menores de edad” manteniendo en otras palabras y otros contextos de esas palabras cierto criterio de incapacidad generalizada (Artículos 22, 23, 24, 25, 26). ANEXO.

⁹⁶ Armella, María Verónica. Ateneo Hospitalario. “Tiempo. Si pudiera, volver a empezar...”. Terapia Ocupacional. CABA. 2010, pág. 9. (48)

⁹⁷ “La característica central de las instituciones totales puede describirse como una ruptura de las barreras que separan de ordinario estos tres ámbitos de la vida. Primero, todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única. Segundo, cada etapa de la actividad diaria del miembro se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas. Tercero, todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas” Goffman, Erving. Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires. Amorrortu Editores. 2001.

Específicamente hablando del hospital psiquiátrico Basaglia entiende que introduce a los sujetos “en una nueva dimensión de la vida emocional...en un espacio concebido desde sus mismos orígenes para hacerle inofensivo y cuidarle, pero que se revela, en la práctica y de forma paradójica, como un lugar construido para aniquilar la individualidad: el lugar de su objetivación total...”⁹⁸. Pasquale Evaristo comenta que “todo esto añadía una ulterior “patología por institución” (Ciompi, 1990) que volvía pasivos a los individuos y les des-responsabilizaba, “bestializándoles”⁹⁹. El joven NO limpia, NO se hace la cama, NO hace su comida, NO se lava la ropa, NO sabe, NO puede, NO hace, otros hacen y deciden por él. Los NO van inhibiendo a la persona, al sujeto, al ser humano configurando al “paciente”. Asimismo, Pasquale sostiene “que los pacientes, mas que objetos de cuidado, se convertían en objetos numerados según sus síntomas o sus comportamientos higiénicos (sucio – incontinente, etc.), echando a perder todos su demás atributos residuales, aptitudes, conocimientos, capacidad afectiva, deseos, etc.”. Se despersonaliza, se des-subjetiviza, se anula y **obtura la subjetividad, construyendo una “subjetividad institucional”**¹⁰⁰.

**¿CÓMO IMPACTAN ESTAS PRÁCTICAS EN LAS PERSONAS QUE TRANSCURREN POR HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS?
¿CÓMO INFLUYEN EN SUS PROYECCIONES VITALES? VISUALIZAR LAS PRÁCTICAS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO COMO DES-SUBJETIVIZANTES, ¿NO ES TAMBIÉN HABLAR EN EL MARCO DE DICOTOMÍAS, TOTALIZACIONES, UNIFICACIONES? ¿NO ES CONTINUAR HABLANDO DE ADENTRO - AFUERA, SANO – ENFERMO, RAZÓN – LOCURA?**

En este sentido considero al hospital psiquiátrico en tanto práctica social compleja, que legitima determinados conceptos, discursos y prácticas sociales en disputa con conceptos, discursos y prácticas sociales de diferentes campos, en pugna por la nominación oficial.

Asimismo, considero al encierro y al aislamiento como prácticas sociales constituyentes del hospital psiquiátrico, que impactan de diferentes formas a través de variadas acciones, en muchas ocasiones de manera imperceptible.

Al igual que el encierro y el aislamiento, pienso que en el entramado del hospital psiquiátrico son generados otros procesos, que se muestran aislados, desconectados, silenciados, pero que tienen raíces, bases y anclajes subterráneos en melodías con la misma tónica.

⁹⁸ Basaglia, Franco. La institución negada, informe de un hospital psiquiátrico. Barral Editores. 1972.

⁹⁹ Pasquale, Evaristo. Psiquiatría y Salud Mental. Trieste. Asterios Delithanassis Editore. 2000, pág. 22.

¹⁰⁰ ¿Qué dice hoy el Código Civil y Comercial de la Nación 2015? “Inviolabilidad de la persona humana. La persona humana es inviolable y en cualquier circunstancia tiene derecho al reconocimiento y respeto de su dignidad.” (Artículo 51).

“Afectaciones de la dignidad. La persona humana, lesionada en su intimidad personal o familiar, honra o reputación, imagen o identidad, o que de cualquier modo resulte menoscabada en su dignidad personal puede reclamar la prevención y reparación de los daños sufridos, conforme a lo dispuesto en el Libro Tercero, Título V, Capítulo 1.” (Artículo 52).

Puede observarse claramente, por ejemplo, que la nueva norma dice “daños sufridos”. Omite distinguir “daños” de “sufrimientos”. De algún modo se reitera así el criterio de las normas del Código Civil – 1871 (Artículos 1068 y concordantes).

RECORRIDOS EN MECANISMOS DE PRÁCTICAS IN-CAPACITANTES – DIS-CAPACITANTES DES-HABILITADORES ACREDITADORES - ACREDITANTES Y RE-HABILITANTES. IN - DIS – DES - RE - IN

Las personas recorren diferentes **Entramados In-habilitantes, In-habilitadores, Dis-capacitantes, Des-habilitadores** que se instauran a partir de nominaciones tales como “menor”, “paciente”, “in-habilitado”, “in-sano”, “in-capaz”, “dis-capacidad”, “beneficiario”, inscriptas en discursos que imponen intervenciones de diferentes tamaños y calibres.

Estos **Mecanismos Dis-capacitantes** se enraizan en discursos que encriptan a la persona en términos de sintomatología, expresiones totalizantes de la enfermedad. Son las afectaciones, daños y cómo los mismos se manifiestan. Y de esta forma el des-conocimiento del sujeto y sus múltiples facetas. Estos mecanismos configuran lecturas y prácticas causa – efecto. Una causa una respuesta, visualizar los cambios de la causa a partir de la respuesta. Son las mejorías de los síntomas de un paciente en torno a la toma de medicación: son las inhabilitaciones por los efectos de la enfermedad en la cotidianidad de las personas.

Considero que los recorridos de las personas pueden iniciarse en cualquier lugar del mecanismo, las instancias que transitan no son lineales ni se presentan en etapas, sino que configuran un aparato de captación de diferentes y numerosas entradas y de escuetas y escasas salidas. En lo sonoro se perciben como circuitos desconectados, aislados, con ciertas ligaduras; pero en lo silenciado se configuran circuitos firmemente interrelacionados, de diferentes formas. Circuitos de captación, nominación, instituyentes de discursos y prácticas que abarcan y oprimen realidades subjetivas de diferentes maneras.

“Me llegó este oficio, dice que tengo sentencia de insania. ¿Cómo puede ser?
A mi me citaron del juzgado, vinieron a verme a casa pero no me dijeron nada”
“¿Por qué esto de insano? ¿Por qué? ¿Esto cómo me afecta? ¿Hay algo que se pueda hacer?”
(Expresiones de G).¹⁰¹

Considero a los procesos de Prefijos “IN” en tanto supresión, negación; “DIS” en términos de negación, como uno de los diferentes circuitos de captación. El Código Civil (1871) instaura a través de estos circuitos, nociones como “incapaz”, “inhabilitado”, “insano”, IN-habilitantes a partir de las cuales instituye, impone y reproduce intervenciones. Entre ellas las categorías de **inhabilitación** e **insania** que restringen hasta invalidar la participación y decisión de las personas. La intervención en tanto curatelas, curadores configuran la sustitución de estas participaciones y decisiones instituyendo **Des**-habilitaciones o **Dis**-capacitaciones. Es el pensar por...; hacer por....., decidir por...Porque el otro no puede.

Considero que estos Mecanismos “IN” - “DIS”, se dan en forma conjunta y sistemática ya que las IN – habilitaciones, IN-Capacidades instauran Dis-Capacitaciones, Des- habilitaciones y se expresan en diferentes circuitos, activando el mecanismo **IN**habilitar– **DIS**capacitar – **DES**habilitar – **RE**habilitar– **IN**sertar.

¿POR QUÉ SON INSTANCIAS JUDICIALES LAS QUE DEFINEN CAPACIDADES? ¿NO EXISTEN OTROS ÁMBITOS QUE PUEдан TOMAR PARTE DE ESTOS PROCESOS? ¿NO SERÍA POSIBLE QUE SUS FAMILIARES, REFERENTES AFECTIVOS, VAYAN ACOMPAÑANDO AL SUJETO EN FUNCIÓN A LO QUE VAYA PUDIENDO?...

“La madre de A. dice que al fallecer su marido hace unos años, ella comenzó a acompañar a su hija a los controles médicos, pero como su otra hija está embarazada ya no la acompañaba porque estaba mas ocupada. Dice que a causa de esto y de que la médica especialista de confianza de su hija toma licencia por maternidad, la misma abandona la regularidad de los controles médicos, que con mucha dificultad se había restablecido, luego de la falta de adherencia al tratamiento posterior a su paso del Htal. de niños al Htal. General cumplidos los 21 años”¹⁰²

“Al principio es esencial lograr una buena alianza terapéutica y psicoeducar al paciente, que sepa y entienda lo que le pasa, además, brindarle herramientas que lo ayuden a manejar sus síntomas, que aprenda a manejarse en momentos de crisis...”¹⁰³

En el campo del hospital psiquiátrico los procesos de inhabilitación y deshabilitación se expresan en diferentes prácticas. Las adherencias, a tratamientos, planes de medicación; adherir, según el diccionario Kapelus,

¹⁰¹ Comentarios textuales de personas que he acompañado en el marco de prácticas desde la residencia de Trabajo Social en el hospital psiquiátrico. Surgen de mi cuaderno de campo. Ya hemos visto que hoy el Código Civil y Comercial de la Nación – 2015 habla de incapacidad y habla de restricciones a la capacidad y de capacidad restringida y de inhabilitación (...). (Artículos 24, 31, 32, 50). ANEXO al final de este trabajo.

¹⁰²Marzorati, María Cecilia. Ateneo Clínico. Psicología. CABA. 2008, pág. 7. (50)

¹⁰³Alba, Patricio. Ateneo Hospitalario. Medico.CABA.2008, pág. 11. (19)

unir una cosa a otra, particularmente por medio de una sustancia aglutinante. Es hablar en términos de objeto, algo que adhiere a algo, término que cosifica la relación con un otro, imponiendo prácticas donde las elecciones se disuelven en adherencias. Las adherencias en obligaciones entramadas en la relación profesionales – pacientes “ubicados los primeros como sujetos de la enunciación, que tienen la capacidad de nombrar por el poder que le otorga su saber, y ubicados los segundos en el lugar de los sujetos del enunciado”¹⁰⁴. Estas ubicaciones diferentes, en torno a saberes generan acciones distintas a partir de las cuales se definen decisiones, obligaciones, obediencias, adherencias.

¿QUÉ POSIBILIDAD TIENEN LOS SUJETOS DE ELEGIR, OPTAR, DECIDIR, ACCIONAR? ASIMISMO, SE HABLA DE ADHERIR O NO, EVALUANDO Y CUESTIONANDO LAS ACCIONES DE LAS PERSONAS PERO SIN CUESTIONAR O EVALUAR LAS ACCIONES DEL PROFESIONAL. ¿Y SI EN REALIDAD EL TRATAMIENTO NO ES EL ADECUADO, O SI A ESE “PACIENTE” ESE TRATAMIENTO NO LE PERMITE AVANZAR? ¿EN QUE SENTIDO PUEDE PARTICIPAR EL SUJETO EN ESTAS DECISIONES? ¿CÓMO SE JUEGA SU PARTICIPACIÓN Y DECISIÓN EN ESTA RELACIÓN CUANDO LO QUE SE TIENE EN CUENTA ES SU ACTITUD EN UNA RELACIÓN CON SU MÉDICO, PSICÓLOGO, TRABAJADOR SOCIAL, TERAPISTA OCUPACIONAL?

“Faltó tres veces, se le da de baja el tratamiento” // “Ya le dí varias oportunidades, no le cerré la historia, pero ahora ya está”
// “Viene faltando pero tiene problemas con el alcohol, y no tiene plata para viajar. Yo no le cierro la historia, porque siempre cumplió, pero veamos qué hacer.”¹⁰⁵

Asimismo, las relaciones que no se entran en tanto adherencias generan acciones en términos de castigos o formas de sanción o excepción ante el incumplimiento del sujeto en esta relación médico – “paciente”, psicólogo – “paciente”, trabajador social – “paciente”. La sanción ante la no devoción, el incumplimiento, la falta de adherencia. Las sanciones, castigos dan cuenta de relaciones de poder asimétricas, en las cuales la decisión y la acción en ciertos aspectos son potestades de los profesionales. Hablar de incumplimiento es hablar de relación desigual en la cual el sujeto debe cumplir y el profesional evalúa entre varios aspectos el cumplimiento. Es la obligación que no se cumple y la penalización por el incumplimiento, tanto del “paciente” como de la familia. Son relaciones en términos de obligación en tanto obediencia debida y no participación en función a posibilidades.¹⁰⁶

“Durante los estadios iniciales de la enfermedad o cuando sólo se consideran los criterios transversales el diagnóstico diferencial de psicosis es muy difícil. Uno de los criterios más importantes para validar un diagnóstico es la consideración longitudinal de la enfermedad, tanto la historia (síntomas y episodios anteriores) como la evolución de la misma”¹⁰⁷.

“Los factores de riesgo para conductas suicidas pueden categorizarse como factores predisponentes y factores precipitantes:
Factores predisponentes: 1) Trastornos psiquiátricos y enfermedades médicas
2) Intentos previos de suicidio. 3) Historia familiar de trastornos del estado de ánimo y/o conductas suicidas
4) Historia de maltrato o abuso sexual. 5) Factores biológicos. Factores precipitantes: 1) Accesibilidad de los medios. 2) Abuso de alcohol o drogas. 3) Exposición a suicidios / “contagio” 4) Estrés social. 5) Aislamiento social. 6) Factores emocionales y cognitivos...
Existen escalas que permiten valorar el riesgo suicida...Las conductas suicidas son un importante problema de salud pública. Algunas de las estrategias que pueden ser útiles en la prevención son: Elaboración de guías para la detección, manejo y seguimiento de los pacientes con conductas suicidas”.¹⁰⁸

“Factores de riesgo para el desarrollo de un duelo patológico: Pobres lazos sociales. Historia de problemas psiquiátricos en el pasado, especialmente depresión. Historia de ansiedad de separación. Historia de pérdidas traumáticas. Alta relación de dependencia con persona fallecida...”¹⁰⁹

Las prácticas que se estructuran en lecturas unicasales, unificadas y ancladas en la enfermedad, los síntomas y sus efectos, imponen el desarrollo de admisiones en entrevistas individuales, familiares; la

¹⁰⁴ Saidón y Troianowxki. Políticas en Salud Mental. Segunda parte: Modernidad: individuación y manicomios. Galende, Emiliano. Lugar Editorial. Buenos Aires, pág. 57.

¹⁰⁵ Comentarios textuales de residentes en mi transcurrir por residencia de Trabajo Social en el hospital psiquiátrico. Registros en cuaderno de campo.

¹⁰⁶ ¿Cuáles son las normas vinculadas a estos temas y cuestiones en el Código Civil y Comercial de la Nación – 2015?

“Derechos sobre el cuerpo humano. Los derechos sobre el cuerpo humano o sus partes no tienen un valor comercial, sino afectivo, terapéutico, científico, humanitario o social y sólo puede ser disponibles por su titular siempre que se respete alguno de esos valores y según dispongan las leyes especiales.” (Artículo 17). Ley especial como la ley 26.657 de Salud Mental.

“Ejercicio de los derechos por la persona menor de edad. (...) Se presume que el adolescente entre trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave de su vida o integridad física (...) A partir de lo dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo.” (Artículo 26). Para ampliar puede verse ANEXO al final de este trabajo.

¹⁰⁷ Anónimo. Ateneo Clínico. Médico. CABA. 2009, pág. 12. (17)

¹⁰⁸ Mucciacciaro, José D. Ateneo Hospitalario. Médico. CABA. 2010, pág. 6. (18)

¹⁰⁹ Domínguez, Ma. Silvina. Ateneo Hospitalario “Pérdidas”. Médico. CABA. 2010, pág. 10. (33)

implementación de protocolos; la evaluación de factores de riesgo. Se realizan consideraciones longitudinales de la enfermedad; lecturas desde la medicación. Estas prácticas, en tanto herramientas de evaluación y análisis conllevan a la búsqueda e identificación de rasgos, características, síntomas. (Protocolos de suicidio, violencia, abuso sexual, protocolos y más protocolos). Las personas son protocolizadas, factorizadas, evaluadas. Se ubican síntomas, riesgos, factores a partir de standards de evaluación utilizando variables e indicadores.

A partir de estas prácticas las personas se ven signadas a diferentes acciones entre ellas prescripciones, indicaciones, derivaciones, internaciones.

Las internaciones generan la inscripción en una modalidad de atención que en el marco del hospital psiquiátrico tiene al abordaje individual como eje estructurante. El hospital psiquiátrico en tanto modalidad hegemónica de atención con una impronta individual de trabajo, da cuenta de la restricción de otras instancias, espacios, modalidades de acompañar a personas que sufren padecimientos de salud mental y a sus familiares. De esta forma van multiplicándose exponencialmente recortes; en un principio recortes de abordajes en torno al síntoma; aquí recortes en torno a la modalidad de atención, individual en forma hegemónica.

¿POR QUÉ NO PENSAR EN ESPACIOS GRUPALES, EN ESPACIOS FAMILIARES, EN ESPACIOS INDIVIDUALES DE DIFERENTES DISCIPLINAS, EN ESPACIOS EN LA COMUNIDAD? ¿POR QUÉ LA ATENCIÓN INDIVIDUAL SE CONSTITUYE EN EL EJE ESTRUCTURANTE DE LA MODALIDAD DE ATENCIÓN EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO?

“Por falta de respuesta al antidepresivo, se decide aumentar la dosis de sertralina a 100 mg. día, quedando el clonazepam y la prometazina como estaban.”

“¿El paciente hizo un switch con el antidepresivo?

¿Este grado de bienestar se puede considerar un estado de eutimia o, teniendo en cuenta como estuvo el paciente por tantos años “se pasó” de la eutimia?...”¹¹⁰

“La clozapina es el antipsicótico atípico que mostró tener mayor efecto terapéutico sobre la conducta suicida, reduciendo las tasas entre un 75 y un 85%”(Jufe 2004)¹¹¹

“¿Cómo desarrollar lecturas que trasciendan miradas sintomáticas de recorridos educativos, laborales; de entramados familiares; si lo que se visualiza es la familia poco continente, la escasa trayectoria laboral, el abandono de la escolaridad solamente como consecuencia de la enfermedad¹¹².

Asimismo, las prácticas recortadas, unificadas en modalidades individuales generan en muchas ocasiones diferentes implicancias.

Por un lado, la visualización causa – efecto de lo sintomático de las personas en términos de prácticas escindidas y unívocas. Es visualizar los cambios de los síntomas del paciente en función a las modificaciones en el plan farmacológico; en su inserción laboral o en los vínculos familiares. Son escisiones, simplificaciones o modificaciones de lecturas que inciden en escisiones y simplificaciones de prácticas que refuerzan una y otra vez lecturas de corte causa – efecto en un marco disciplinar.

Por otra parte el desarrollo de prácticas recortadas impide esgrimir estrategias en común desde diferentes profesionales generando intervenciones que en ciertos momentos hasta llegan a ser opuestas, viéndose el paciente atrapado entre prácticas escindidas y divergentes.

En este sentido, y con relación a la estructura del hospital psiquiátrico (Guardia, Internación, Hospital de Día, Consultorios Externos, Grupo de Post alta), la misma se configura por Servicios, en torno a la gravedad y momento actual del padecimiento de las personas. Los servicios cuentan con diferentes criterios, estrategias de trabajo, admisiones, altas; regenerando prácticas aisladas en compartimientos estancos. Esto incide en que una misma persona pueda verse expuesta a diferentes criterios y estrategias de trabajo en diferentes servicios de un mismo hospital psiquiátrico. En función a criterios podríamos hablar que en sala de mujeres hay equipos de trabajo fijos, espacio de familia, trabajo post alta. En sala de hombres los equipos de trabajo difieren de una persona a otra, son escasos los espacios grupales, los familiares participan solamente de entrevistas. En la sala de adolescencia abundan espacios grupales que perecen en el tiempo y se desarrolla un fuerte trabajo con familias e instituciones.

Con relación a estrategias de trabajo las mismas pueden diferir de un servicio a otro y en muchas ocasiones se vinculan con el conocimiento del paciente, de su historia, grupo familiar. De esta forma una misma persona puede contar con una estrategia de trabajo en la sala de hombres donde permanece internado y si por alguna crisis tuvo que pasar a Guardia, podría contar con estrategias de trabajo sumamente diferentes y hasta opuestas.

¹¹⁰ Galliani, Martín. Ateneo Clínico “¿Tristeza nao tem fim? Médico. CABA. 2010, pág. 5. (29).

¹¹¹ Sturla, Soledad. Ateneo Clínico. Médico. CABA. 2007, pág. 6. (15)

¹¹² Seoane Suárez, Jose Luis. Cuaderno de Campo. 2008.

Las intervenciones recortadas, univocas no dan cuenta de realidades subjetivas, familiares, comunitarias; sino que multiplican recortes, simplifican posibilidades, configurando prácticas que legitiman y reproducen lógicas dominantes de atención en salud mental.

Por otra parte, surgen de los escritos, intervenciones que se inscriben en ciertos objetivos, criterios, análisis; resultando dificultoso visualizar proyectos de trabajo, repercutiendo en la posibilidad de evaluar avances, dificultades, posibilidades de las personas. Nos encontramos así con prácticas que pueden anquilosarse y cristalizarse prolongadamente y también con prácticas que resultan ser demasiado acotadas y fugaces.

Los conceptos, discursos y las prácticas sociales van conformando dinámicas que instauran y legitiman mecanismos al interior del hospital psiquiátrico configurando un adentro institucional y al mismo tiempo se escinden de un afuera donde los conceptos, discursos y prácticas son otras, diferentes. Sólo en algunos y remotos puntos de encuentro.

Estos mecanismos y soportes interiores (espacios de familia, entrevistas individuales, espacios psicoterapéuticos, grupos de medicación) al no generar otros apoyos, sostén, redes, configuran relaciones que no sostienen al paciente en su cotidianeidad. Al interior: mecanismos, circuitos, apoyos que en el afuera y ante atravesamientos familiares, educativos, laborales se deterioran, corroen; generando y regenerando re-internaciones; generando y regenerando prácticas manicomiales.

“Vaya a sacar turno en la salita”
“Estuve un mes para encontrar tratamiento, acá ya se acaba el tiempo...”
“...esta paciente se va al Moyano”¹¹³

Esto se agrava ante altas, derivaciones en términos de expulsiones, alejamientos, confinamientos y des-responsabilizaciones. Las altas, derivaciones como acciones univocas configuran compulsiones, obligaciones que reproducen inhabilitaciones, des-habilitaciones imponiendo re-internaciones.

Es pensar en términos de tratamientos, absteniéndose de pensar en integralidades, confluencias de espacios que apoyen proyectos vitales de las personas. Nuevas in-habilitaciones en el adentro que reproducen inhabilitaciones en el afuera.

Los procesos sistemáticos “IN” “DIS” se relacionan con otros mecanismos impuestos a las personas, la **Acreditación y Certificación**. Las personas se ven expuestas a acreditar enfermedades, afecciones, padecimientos, situación de calle, situación de vulnerabilidad.

“Licenciado, me mandó la doctora para tramitar el pase en colectivos”. S.
“Yo no soy discapacitado, no quiero tramitar nada”. E.
“Sobre el certificado de discapacidad yo no hablé con él.
No sé como se lo tomará”¹¹⁴ C.

“Vengo a ver si hay algún subsidio”
“¿Llegaré al 76% de discapacidad para tener la pensión?”. Yo no consigo trabajo”¹¹⁵ J.

“La ausencia de políticas y/o dispositivos estatales de integración social tiene como correlato acciones públicas de carácter compensatorio, de emergencia y fragmentario...” “le puedo gestionar el certificado de discapacidad para que tenga el pase libre”, “además podría ver el tema del Programa Nuestras Familias para tener un apoyo más para el tratamiento...” “...después está la posibilidad de gestionar la asignación por hijo discapacitado a cargo en Anses.”¹¹⁶

“El sujeto debe exponerse frente al Estado o más bien delante de sus representantes o expertos, debe contar su vida librando solo los momentos más susceptibles de emoción, tiene que mostrar su cuerpo a veces físicamente y otras tantas narrativamente, para de alguna manera obtener reconocimiento de derechos, y debe reproducir esta escena delante de la pluralidad de las instituciones y agentes que tienen, en diversos grados los poderes de decisión sobre su existencia”.¹¹⁷ Exposiciones en entrevistas de admisión, consultas, juntas médicas para lograr que representantes de diferentes disciplinas, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, certifiquen faltas, carencias, debilidades. Esta Certificación se concreta a través de informes sociales, informes médicos, notas de derivación, para poder acceder a beneficios¹¹⁸, baterías de dádivas del Estado en tanto pensión

¹¹³ Comentarios, indicaciones, expresiones obtenidas en mi transcurrir por el hospital psiquiátrico. Registros en cuaderno de campo.

¹¹⁴ Ídem.

¹¹⁵ Ídem.

¹¹⁶ Di María, Ana C. Ateneo Hospitalario. Trabajo Social. CABA. 2008, pág. 6. (51)

¹¹⁷ Bassin, Didier. Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia, en Cuadernos de Antropología Social Nro. 17, pág. 49-78.

¹¹⁸ Mediante la acreditación de enfermedades de salud mental y la certificación a través de un médico psiquiatra por medio del certificado médico oficial, el Ministerio de Salud a través de la Secretaría de Programas Sanitarios, específicamente el Servicio Nacional de Rehabilitación gestiona

por invalidez, certificado de discapacidad, subsidio habitacional, planes sociales, configurando una lógica **enfermedad – beneficio**. “Sin embargo, la cuestión es muy compleja porque se está redoblando el proceso de victimización que opera en estos dispositivos al considerar que los individuos se someten en cuerpo y alma en esta empresa que los constriñe a exponer su vida como un aval moral para merecer la generosidad pública”¹¹⁹. Es la lógica del beneficio, de la dádiva, del merecer para acceder. Del que da y el que recibe. Benefactor – beneficiario, nuevas **categorías dicotómicas**, diferentes melodías con la misma tónica.

ACREDITAR – CERTIFICAR – ACCEDER A BENEFICIOS – ACREDITAR LO CERTIFICADO

“Cuando subo al bondi le muestro el certificado y a veces me mira mal y ni siquiera me da boleto. Eso depende de la onda del chabón.” G. ¹²⁰

Asimismo, una vez transitadas entrevistas, consultas, admisiones, informes, los sujetos se ven expuestos a acreditar su padecimiento, previamente certificado, ante el otro en diferentes episodios de su cotidianeidad. Cada vez que muestra el certificado de discapacidad para viajar en medios de transporte, para ingresar a un espectáculo, para retirar su medicación, para acceder a beneficios¹²¹ del estado, exhibe enfermedad acreditada y certificada y en cada acto el sujeto vuelve a vivenciar esta certificación de su padecimiento y su merecimiento de acceso a recursos ante otro.

La Certificación Des-habilita, Dis-capacita a las personas, Certificando incapacidades. Son las IN-capacidades las que posibilitan el acceso a beneficios que configuran y legitiman pacientes, enfermos, locos. Asimismo, las Certificaciones pueden llegar a tal punto de generar IN – habilitaciones, último eslabón de una cadena de Acreditación de Imposibilidades generadora de incapaces, insanos, locos.

“La así llamada desmanicomialización implica rehabilitar y resocializar a los pacientes aquejados de enfermedades mentales encerrados en los viejos hospitales psiquiátricos custodiales, de manera que puedan reintegrarse en su comunidad y que la misma pueda tolerar y acompañar la eventuales limitaciones que ellos presenta, evitando así que permanezcan aislados en instituciones asilares de por vida por largos periodos”.

“La rehabilitación psiquiátrica es un término utilizado para llamar a aquellas intervenciones que focalizan directamente en el deterioro funcional asociado a la enfermedad mental”¹²²

“¿qué es eso que llamamos inclusión social? ¿Dónde, alguien, tiene que incluirse? ¿Quién es ese alguien que se incluye? ¿Y de qué modo? ¿Adaptándose a qué cosas? ¿Están fuera de la sociedad? ¿Y si no es sí, por qué tienen que incluirse, no forman parte del mundo en que todos vivimos?”

Debido a que las palabras “inserción social”, o “resocialización”, parecen marcar la dirección de lo que es “normal”, es decir, aquel “loco” debe adaptarse a la sociedad en que vivimos, por lo tanto deberíamos entrenarlo en las actividades “normales” del resto de los individuos. Algo que creo que algunos profesionales tienden (y por momentos me incluyo, espero que no sea en muchos momentos) a realizar llevados por la vorágine de estos tiempos”¹²³.

Con otras notas, pero en la misma tonalidad aparece la **RE habilitación, RE inserción, RE-socialización** posteriores a procesos sistemáticos de **IN-habilitación, DIS-capacidad, IN-capacidad**. Podría entenderse a la Rehabilitación como procesos que procuran habilitar, intentar superar efectos de la enfermedad, de la institución, de las prácticas que en diferentes momentos han incidido en las personas en procesos DIS – IN. Se habla de Restituir la confianza, el respeto; de **Reconstruir** el tejido de intercambios sociales con miras a la **Resocialización** y la **Reinserción**. Los **Re** dan cuenta de la existencia de procesos sistemáticos de afectación de la personas, de daños y sufrimientos, en este sentido. **¿Por qué no pensar en anticipaciones a estas instancias? ¿Por qué no visualizar las potencialidades, capacidades, proyectos previos a los daños y sufrimientos? ¿Inhabilitar para Habilitar? ¿Discapacidad para Capacitar?**

el “**Certificado de Discapacidad**”, documento que viabiliza el acceso a un conjunto de recursos, uno de los cuales es un pase para utilizar medios de transporte.

Desde la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales se puede gestionar una pensión asistencial por Invalidez. Nuevamente aparecen formas de nominación inhabilitantes, aquí la **invalidez**. Según el diccionario Kapelusz de la Lengua Española invalidez es cualidad del inválido; invalido: se aplica a la persona que ha perdido las fuerzas y la capacidad para trabajar o ha sufrido una mutilación. ¿Se pierde la capacidad para trabajar? ¿Qué capacidad? ¿Qué tipo de trabajo? ¿Puede una persona contar con otras capacidades para otros trabajos? Asimismo, para gestionar dicha pensión es necesario certificar mediante un informe médico oficial expedido por hospital nacional, provincial o municipal, indicando el **grado de discapacidad**.

¹¹⁹ Bassin, Didier. Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia, en Cuadernos de Antropología Social Nro. 17, pág. 49-78.

¹²⁰ Comentarios textuales de personas que he acompañado en el marco de prácticas desde la residencia de Trabajo Social en el hospital psiquiátrico. Registros en cuaderno de campo.

¹²¹ En el boleto de colectivo figura impreso: dec. 38/04, decreto que hace referencia a personas con discapacidad; en el pase de subtes figura la ley 22.431, que hace referencia a la “persona discapacitada”, constantes y continuas formas de exponerse a acreditaciones y certificaciones

¹²²Sturla, Soledad. Ateneo Clínico. “Ultimo ateneo Más allá de los muros”. Médico. CABA. 2009, pág. 2. (16)

¹²³ Domínguez, Ma. Silvina. Ateneo Hospitalario “Derribando Muros”. Médico. CABA. 2010, pág. 1. (55)

“Algunos principios fundamentales sobre la rehabilitación psiquiátrica que los psiquiatras deben conocer:

1. Una rehabilitación efectiva requiere de equipos multidisciplinares (aporte de la especificidad y encuentros regulares para compartir ideas, perspectivas, asegurar una coherencia, aprender de los otros y apoyarse en el resto del equipo)....
 2. Actitud positiva y esperanzadora apuntando a las potencialidades (no a los déficits), pero aceptando las expectativas reales.
 3. Focalizar en las metas del usuario....
6. Las intervenciones farmacológicas, psicosociales y de rehabilitación debe estar entrelazadas....”¹²⁴

... y podemos pensar que la rehabilitación, tal como se plantea hoy en día sería un intento de “normalizar” a lo distinto...Creo necesario el trabajo en doble vía, ayudando a los pacientes con las dificultades concretas con las que se encuentran frente a la situación de la vida cotidiana, e intentar que se modifique algo del pensamiento sobre la locura en los no diagnosticados de la sociedad toda”¹²⁵

“No trabajamos con lo que suele circular como ideales de rehabilitación y de reinserción social, sino con el desarrollo de las potencialidades de cada paciente, que a veces supera nuestras expectativas y otras nos decepcionan”¹²⁶

Por otra parte podría entenderse que ante prácticas hegemónicas Incapacitantes e Inhabilitantes, la Rehabilitación podría estar procurando tanto paliar los efectos de estos procesos como también ir generando procesos genuinos tendientes a la subjetivización de las personas. Al hablar de seres humanos, al construir proyectos de rehabilitación en diferentes áreas, al trabajar con objetivos podríamos estar hablando de prácticas que se inscriben en otros conceptos y discursos tendientes a confrontar prácticas hegemónicas inhabilitantes.

Estos **mecanismos sonoros** de inhabilitar, discapacitar, re-habilitar, re-insertar, integrar, **silencian sufrimiento, padecimiento** tanto de las personas como de sus relaciones de familia y relaciones familiares, viéndose expuestos a innumerables tratamientos, internaciones, medicaciones, equipos tratantes, diagnósticos, re-internaciones.

Son sistemáticas violaciones de derechos humanos ya que no se hacen viables las posibilidades de las personas que sufren padecimientos en su salud mental a gozar de empleo, vivienda, educación, salud, formas a través de las cuales garantizar condiciones de vida dignas, sino que se facilitan beneficios en función a enfermedades.

Estos mecanismos instituyen nominaciones, discursos y prácticas sociales que se retroalimentan exponencialmente, convirtiéndose en hegemónicos en el hospital psiquiátrico, configurando la nominación oficial. Existen fuertes relaciones entre nominaciones, discursos y prácticas sociales, cuestión que posibilita su perpetuación y cristalización en la configuración institucional generando su naturalización. Estos procesos se ven nutridos por el transcurrir de residentes, profesionales en formación que nos incorporamos en estas naturalizaciones / legitimaciones y que de una u otra forma reproducimos estas relaciones al interior del hospital psiquiátrico. En este sentido la reproducción de estas relaciones es indefectible ya que los mecanismos de captura son diferentes y dominantes. Melodías y melodías en mismas tonalidades o transpuestas¹²⁷ a otras tonalidades pero que continúan con la misma sonoridad.

Estos recorridos tienden a generar cronicidades en las personas, ya que el sistema, constituido por mecanismos, conceptos, discursos y prácticas sociales funcionales al mismo, dan lugar a formas de anquilosamiento y reproducción. Este sistema, con configuraciones cerradas y endogámicas tiende a retener y de esta forma cronificar, generando crisis, re-internaciones, reevaluaciones, pensiones, reinserciones pero con el agravante de generar mayor sufrimiento. Por otro lado la no reproducción del mismo puede generar expulsiones, alejamientos que ante crisis retornan y continúan reproduciendo estas cristalizaciones.

Las personas recorren un conjunto de categorías en su mayoría invalidantes, tales como paciente, discapacitado, inhabilitado, insano, loco, caso social, expresiones de agentes dominantes en el campo del hospital psiquiátrico y algunas otras tales como sujeto, persona, ser humano, Juan, Ramón en tanto expresiones de otros agentes que disputan capitales teórico - prácticos en estos entramados. Una misma persona puede convivir con categorías disímiles y hasta antagónicas en un mismo momento como así también vivenciar prácticas y discursos diferentes. Estos entramados son expresión de lucha y disputa de los diferentes agentes en el campo del hospital psiquiátrico por configurar la nominación oficial y una de las formas de expresión de esta disputa se plantea en las relaciones entre nominaciones, discursos y prácticas sociales. Los procesos de lucha y disputa posibilitan corrimientos, cambios, instalando otras nominaciones, discursos y prácticas sociales que posibilitan aperturas, puntos de fuga, otras sonoridades, otras tonalidades, otros ritmos y movimientos.

¹²⁴ Sturla, Soledad. Ateneo Clínico. “Ultimo ateneo Más allá de los Muros”. Médico. CABA. 2009, pág. 2. (16)

¹²⁵ Domínguez, Ma. Silvina. Ateneo Clínico “¿Rehabilitación? ¿Reinserción social? En la búsqueda de un Tratamiento Integral. Médico. CABA. 2011, pág. 15. (54)

¹²⁶ Informe elaborado por el equipo del P.R.E.A. Luján. Pcia. de Bs. As. 2008.

¹²⁷ Transportar es trasladar una pieza de música a un tono distinto de aquel en que está escrita. Teoría de la Música por Alberto Williams. Gurina Y. Editores.

A partir de los ateneos surgen prácticas relacionadas con el **acompañar**, según el diccionario Kapelusz, estar con alguien... Participar en los actos o en los sentimientos de alguien: **te acompaño en tu dolor**. Y define dolor como sensación que provoca padecimiento en alguna parte del cuerpo por causa interior o exterior... En este sentido el acompañar se relaciona con la posibilidad de estar con el otro, es el encuentro, conocer al otro, construir vínculos y a partir de lo que el otro trae, le sucede, siente y piensa, estar con..

“En este sentido la intervención ha girado en torno al acompañamiento en diversas estrategias como la inclusión en un empleo o actividad productiva (y en este sentido, en la organización de actividades, en la evaluación y también en la exploración de diversas alternativas”

“...procuré (y procuro) realizar un acompañamiento, desde mi lugar profesional, en esta búsqueda que realiza R. y que se relaciona (desde mi punto de vista) con el acceso a ocupar otros lugares familiares, sociales y simbólicos...lugares de integración, lugares de aceptación y reconocimiento”¹²⁸.

“La tomo de la mano y me quedo a su lado, le digo que se quede tranquila que me quedará con ella hasta que se le pase y que la vamos a ayudar...”¹²⁹

“Creo que es importante y una tarea no muy fácil, acompañar a alguien, sabiendo que por el momento, quizá esto sea lo que necesita, que C. no quiere sentirse mejor, y la impotencia que esto genera poder transformarla en una pregunta acerca de nosotros ahí”¹³⁰

....

“Es sabido que los términos: actividad, ocupación, hacer, nos distingue, nos nombra, en cualquier campo laboral. Sin embargo, podríamos re-pensar que la actividad que se hace, se propone o se elige dentro del medio terapéutico de la T.O. (Terapia Ocupacional), nunca va solo, la acompaña un vínculo, tan importante como la actividad misma...”¹³¹

“Este ateneo es un intento de mostrar el proceso de pensamiento y de aprendizaje que hice con D.E.....un proceso que requiere escuchar a los que saben mas, estudiar, tener paciencia (lo cual a veces se torna difícil) y por sobre todo, escuchar al paciente, lo que trae en cada consulta, evaluando su evolución en conjunto, trabajar con él y acompañarlo...”¹³²

El estar con... posibilita la construcción de **vínculos**, eje que atraviesa los escritos en tanto prácticas sociales desde la residencia en el hospital psiquiátrico. El **encuentro** con el otro posibilita el diálogo a través de la palabra y la escucha pudiendo conocerlo. La palabra en tanto forma de expresión de vivencias, historias, padecimientos, proyectos. La escucha como forma de comprender pensamientos, significaciones de la personas en tanto los sentidos que tienen sus sensaciones, sentires, síntomas, entramado vincular, condiciones educativas, laborales. Es a partir de estos sentidos donde nos acercamos a la singularidad de cada sujeto, a cómo se inscriben y son vividos por cada persona diferentes procesos; familiares, comunitarios, laborales, vinculares, de salud..... Marilda lamamoto plantea que “los personajes sociales que entran en la relación profesional son considerados, simultáneamente, en cuanto seres sociales y particulares, y en cuyo modo de ser, de actuar y de ver el mundo están contenidas las determinaciones sociales derivadas de la posición que ocupan en el proceso de producción y en el juego del poder. No se niega la singularidad de los individuos, en una visión determinista de la historia, pero esa individualidad es vista como expresión y manifestación de su ser social, de su vida en sociedad.” (1997: 90). Es la singularidad de los seres, es la expresión¹³³ en tanto seres humanos, la inscripción de procesos sociales y cómo estos atravesamientos afectan, inciden, impactan y hasta llegan a aplastar proyecciones vitales. Y es el padecimiento, en tanto expresión de estos atravesamientos e inscripciones, una manifestación singular del sufrimiento, que se vivencia y expresa de diferentes formas y maneras. No es la descripción de la enfermedad, sus síntomas positivos, negativos, sino la vivencia subjetiva del padecimiento en tanto traumas, expresiones del dolor.

“La demanda planteada en el espacio de trabajo es el punto de partida de la intervención del Trabajo Social. Las acciones desplegadas deben apuntar a la resignificación de la misma en su dimensión no sólo material sino también en su dimensión social y simbólica, accediendo a los significados que el sujeto le otorga a la situación que se encuentra atravesando”¹³⁴

¹²⁸ Álvarez, Florencia. Ateneo Hospitalario “Un lugar en el mundo”. Trabajo Social. CABA. 2007, pág. 13. (32)

¹²⁹ Picciano, Jimena L. Ateneo Clínico “Personalidades múltiples”. Psicología. CABA. 2009, pág. 4. (63)

¹³⁰ Domínguez, Ma. Silvina. Ateneo Hospitalario “Pérdidas”. Médico. CABA. 2010, pág. 14. (33)

¹³¹ Armella, María Verónica. Ateneo Hospitalario “TIEMPO. Si pudiera, volvería a empezar...”. Terapia Ocupacional. CABA. 2010, pág. 9. (48)

¹³² Galliani, Martín. Ateneo Clínico “¿Tristeza nao tem fim? Médico. CABA. 2010, pág. 14. (29)

¹³³ La expresión depende de tres fenómenos: 1. Intensidad del sonido. 2. Movimiento. 3. Articulaciones. A la Intensidad del sonido se refieren: 1 Los Acentos. 2 Los Matices. Movimiento es el grado de presteza o lentitud que se da al compás. Se da el nombre de Articulaciones, a la distinta manera de producir sonidos en la ejecución musical. Teoría de la Música por Alberto Williams. Gurina Y. Editores.

¹³⁴ Di María, Ana Clara. Ateneo Hospitalario. Trabajo Social. CABA. 2008, pág. 10. (51)

“Desde la intervención, se trata de cuestionar o impugnar la identidad de “paciente psiquiátrico” indagando en la historia de vida de los sujetos, en su trayectoria social, recuperando con el otro los aspectos de sus condiciones de vida y tratando de comprender las significaciones que le otorga”¹³⁵

“Estas lecturas parten de las potencias, capacidades teniendo en cuenta cómo se inscribe el sufrimiento y padecimiento; es decir subjetivizando el padecimiento y viabilizando a partir de la acción, el protagonismo, la participación, la responsabilidad en un marco de libertad”¹³⁶.

“En pocas palabras, la intervención desde el espacio de Servicio Social intentó leer la demanda desde la singularidad, deconstruyendo los acontecimientos que impactaron en la trayectoria de vida, construyendo una lógica en la que poder comprender y explicar la demanda dentro de la historia de E.”¹³⁷

Las expresiones de vivencias posibilitan conocer los significados que las personas dan a los padecimientos, los sentidos y significaciones. Conocer visiones, creencias, explicaciones y a partir de esto arribar a los fundamentos que las personas han desarrollado en torno a lo que les pasa, posibilita comprender sus prácticas en torno a sus padecimientos. Es pensar en términos de qué acciones desarrollan las personas para poder superar estas vivencias y cómo lo comunitario en tanto red vincular, salud, educación, empleo potencian, inciden, afectan como también reducen el sufrimiento.

Estas incursiones son posibles a partir de conocer sus historias vitales, sus trayectorias laborales, educativas, redes vinculares, proyectos, deseos. Apelar a los recuerdos, trabajar sobre lo que el otro trae, rescatar los saberes previos.

Asimismo, la incorporación de las significaciones, saberes, experiencias de los referentes afectivos que se inscriben en las tramas vinculares de las personas posibilita tanto el entrecruzamiento de significaciones como las historizaciones de sus trayectos vitales.

Las entrevistas, los espacios grupales, las visitas domiciliarias son diferentes herramientas para encontrarnos con estas significaciones y sentidos pudiendo acceder a historias de personas, proyectos y potencialidades que trasciendan las historias clínicas; trayectorias que superen las institucionales. Entiendo que hablar de estas herramientas en estos términos supera visiones protocolizadas de baterías de tests que ubican síntomas, riesgo, peligrosidad y deciden intervenciones. Entiendo a estas herramientas como forma de acercamiento a significados, pensamientos, historias que podrían aportar determinados parámetros para pensar y entamar estrategias de acción. Más que protocolos podría hablarse de cómo acceder a determinadas significaciones que aporten elementos para visualizar acciones de las personas. Es superar protocolos y protocolizaciones, tests, cuestionarios. Es visualizar historias vitales, inscripciones de padecimientos, posibilidades de acción de las personas y de equipos de trabajo.

Asimismo el acompañar, posibilita la configuración del equipo de salud en tanto referente e interlocutor válido para las personas que participan de espacios psicoterapéuticos en el hospital psiquiátrico y para sus referentes afectivos. Esto conlleva a incorporar referentes en la trama vincular de las personas, a quien convocar, acudir, consultar.

Hablar de prácticas enmarcadas en equipos de salud, posibilita la elaboración y desarrollo de acciones y objetivos en común donde la salud mental se entrama en dimensiones sociales, laborales, familiares, comunitarias. Es sumamente significativo que los espacios de “admisión” de la residencia están coordinados por equipos (jefes de Psiquiatría / Psicología / Trabajo Social) desde donde a partir de la misma configuran equipos de salud que iniciarán espacios psicoterapéuticos.

Los equipos de salud confeccionan fichas de admisión y realizan diagnósticos presuntivos. Asimismo, durante el proceso de trabajo realizamos encuentros frecuentes para visualizar avances, estrategias de trabajo, convocar referentes. Se van reforzando los espacios de tratamiento, espacios de supervisión de las diferentes disciplinas que aportan miradas, lecturas y posibilidades de acción. Estas prácticas van posibilitando intercambios que generan saberes colectivos posibilitando la articulación y confluencia de líneas de pensamiento y acción comunes.

“Importancia del diagnóstico: da una idea clara tanto al paciente como al médico de cual es el curso esperable. Base para el desarrollo de una alianza terapéutica: sentimiento de tranquilidad que experimenta el paciente cuando aprende que sus problemas son compartidos por otros y que los médicos poseen conocimientos para ayudarlos”¹³⁸

“Ninguna de las entrevistas es llevada a cabo por un solo profesional. El trabajo es en equipo, dos o más profesionales, sin importar su especificidad realizan el coloquio (entrevista), van a casa de un paciente o salen con él a caminar, hacer un trámite o van a ver una película al cine”¹³⁹

¹³⁵ Arias, Roxana, Comas, Corina. Ateneo Hospitalario “La Clínica de lo Social”. Trabajo Social. CABA. 2000, pág. 7. (53)

¹³⁶ Seoane Suárez, Jose Luis. Ateneo Hospitalario “La Locura de la Salud Mental”. Trabajo Social. CABA. 2008, pág. 5.

¹³⁷ Catalano, Gabriela. Ateneo Hospitalario. Trabajo Social. CABA. 2007, pag. 12.

¹³⁸ Sturla, Soledad. Ateneo Clínico “Sin salida”. Médico. CABA. 2007, pág. 8. (30).

Asimismo, la posibilidad de sostener tratamientos¹⁴⁰ en función a cada paciente, trasponiendo tiempos y normas institucionales¹⁴¹ posibilita que personas que podrían estar desperdigadas por tratamientos en diferentes espacios integren su atención en forma sostenida alcanzando mejoras notables.

La residencia implementa diferentes acciones con las personas cuando transitan momentos de mayor labilidad. En función a identificar algunas prácticas, visualizo la posibilidad de que las personas puedan llamar a los profesionales del equipo. El contacto periódico con familiares por parte del equipo de salud; el incremento en la frecuencia de participación de las personas en espacios con terapeutas. Variedades de acciones tendientes a generar cambios, intensificando acompañamientos de diferentes modalidades que posibiliten anticiparse a re-internaciones, construyendo apoyos, espacios de contención tanto para la persona como para su grupo familiar.

Estas prácticas conllevan a visualizar las crisis como parte de tratamientos en salud mental que dan cuenta de cierto momento, períodos que vivencian las personas. Incorporar nuevos tratamientos en estos momentos es desconocer los trabajos a largo plazo, desconocer el trabajo con las personas y sus familiares.

La lógica de las crisis termina generando derivaciones a otros hospitales psiquiátricos cuando no hay crisis sino cronicidades, que en cierto punto la misma institución ha generado. Entonces al desarrollar apoyos en el adentro y escaso trabajo en el afuera, se generan re-internaciones, y las re-internaciones regeneran cronificaciones y derivaciones.

“A todos los pacientes se les da el diagnóstico, haciendo hincapié en la conciencia de enfermedad, la adherencia al tratamiento y la rehabilitación cognitiva”¹⁴²

“De la lectura de la historia clínica surge que en las internaciones anteriores se ha trabajado bastante con sus padres...
...El 1 de noviembre realizo con mi referente la entrevista de admisión.
...E. inicialmente tuvo una buena inserción laboral, que luego con los años fue siendo desgastada por los obstáculos causados por el padecimiento....Hablamos mucho sobre su recorrido laboral y sobre las posibilidades futuras.
...La historia habitacional va de la mano de la trayectoria económica de la familia y de los avatares de la salud de E....
...Intentamos ubicar algún espacio en el que pueda conectarse con otro. En otro momento de su vida esto había sido posible a través del colegio secundario y del deporte....”¹⁴³

“La comprensión de las actividades humanas debe darse en el marco de su historia concreta, o sea, percibidas sobre la base de los diferentes significados y valoraciones que les atribuye el sujeto que las ejerce en los diferentes momentos de su existencia, inclusive en el proceso terapéutico” Da Rocha Medeiros. H...2008¹⁴⁴.

“Quiero hablar pero no puedo, estoy muy dopado...” “Estaba en las vías del tren y escuchaba voces que me decían que me mate” “Me estoy haciendo mierda no puedo mas”... “No tenés cara de jugar al fútbol” dijo. “¿Sabes jugar al ajedrez?”... “Lo cito a las diez. Porta tablero y piezas.....Empezamos. ..Gana él. Fin de la entrevista. La vez siguiente la antecede un pedido. ¿Jugamos?”... “Donde me veía demandaba ¿Hablamos? ¿Jugamos? Si no me veía me buscaba. Una vez dijo “acá podríamos organizar un torneo de ajedrez”.....” Pregunto si sabe como cuidarse de las enfermedades. Dice que si. Hablamos del tema. Prepara el torneo de ajedrez. Ha diseñado el “folleto de propaganda” en el que invita a participar del certamen” Según mi sugerencia pega folletos en distintos sectores.
“Campeonato de Ajedrez – Viernes 13 de Agosto – 12 hs. En la sala de adolescentes. Hablar con J. y el sicólogo D.”¹⁴⁵

Son prácticas habituales que los equipos tratantes en el marco de la residencia acompañen a las personas en su transcurrir por los diferentes servicios del hospital psiquiátrico en función al momento que se encuentra atravesando. Suele suceder que ante crisis severas y ante dificultades para sostener tratamientos en forma ambulatoria las personas vivencien una internación en Guardia, modalidad de atención que en muchas ocasiones es acompañada por el equipo tratante de residencia. Estas prácticas posibilitan el fortalecimiento de los vínculos de las personas y los equipos tratantes.

Tales equipos **conocen a la persona, su historia, red vincular, expresiones del padecimiento**, conocimientos que al ser transmitidos al equipo de guardia posibilitan contar con mayores elementos para evaluar a la persona. De esta forma se reducen las entrevistas a las que se ve expuesta la persona donde tiene que transmitir en reiteradas oportunidades lo que le pasa. Posibilita articulaciones entre el equipo tratante y los equipos de salud aquí de la guardia, aunando estrategias en común. Estas **prácticas posibilitan articular**¹⁴⁶ **las fragmentaciones**

¹³⁹ Sturla, Soledad. Ateneo Hospitalario “Ultimo ateneo. Más allá de los muros”. CABA. 2009, pág. 6. (16)

¹⁴⁰ La estructura de la residencia está configurada por diferentes niveles (1ero, 2do, 3er. Año – jefe de residentes en Trabajo Social y Terapia Ocupacional/ 1ero, 2do, 3ero, 4to Año Psicología, Medicina, jefe de residentes de Psiquiatría y Psicología). Esto posibilita que las personas puedan sostener tratamientos a través de la residencia superando los cuatro meses que garantiza el hospital psiquiátrico. (Se realizan acompañamientos a través de articulación entre diferentes años de residencia).

¹⁴¹ Según normativas del hospital psiquiátrico, los tratamientos se relacionan con la atención de crisis en salud mental y tienen una duración máxima de 4 meses.

¹⁴² Aloja, Damián. Ateneo Hospitalario “La Red”. Médico. CABA. 2008, pág. 7. (16a)

¹⁴³ Catalano, Gabriela. Ateneo Hospitalario. Trabajo Social. CABA. 2007, pág. 7. (24)

¹⁴⁴ En Briglia, Julieta. Ateneo Hospitalario “Salir de la vida cotidiana para entrar en la vida real”. Terapia Ocupacional. CABA. 2011, pág. 4. (27).

¹⁴⁵ Gigena, Darío Héctor. Ateneo Clínico “La abstinencia”. Psicología. CABA. 2005, pág. 2. (41)

¹⁴⁶ Se da el nombre de Articulaciones, a las distintas maneras de producir sonidos en la ejecución musical. Teoría de la Música por Alberto Williams. Gurina Y. Editores.

estructurales en tanto servicios del hospital psiquiátrico configurando acciones que superan estos compartimientos y constituyen entramados singulares.

“El momento turbulento que V. atravesaba y el deseo del médico de evitar su internación convocan la presencia diaria de los padres...y varias entrevistas...” “La “crianza” permite el enlace con un tiempo distinto pasado, que aparece poblado de recuerdos en los cuales aparece su abuela...”¹⁴⁷

“La supervisión me deja más confundida, no encausa nada. Sin embargo me resuena una frase: “que confie en vos”” “Le digo que este espacio es para que hablemos lo que sea”¹⁴⁸

“Mi conducta consiste entonces en tratar de buscar opciones diferentes a cortarse o ponerse en riesgo y no considerar una nueva internación cada vez que la paciente me comenta que pensó nuevamente en lastimarse...” “Yo le insisto a M. con que si se siente mal me llame por teléfono. Mi idea es ayudarla a que se tranquilice en esos momentos y en caso de que no sea posible tal cosa, dar las indicaciones pertinentes. Esta es la manera por ahora que encontré para que se sienta contenida, pero ella sabe que debe buscar otras opciones para poder manejarse sola más adelante”¹⁴⁹

Surge en estas prácticas el Acompañar, noción que posibilita pensar estar con, a partir de lo que le pasa, en función a sus posibilidades, potencialidades y capacidades; y cómo a partir del transitar por diferentes instancias (individuales, grupales, de salud, educativas) las mismas potencian, profundizan el protagonismo y reducen el malestar.

Que las personas puedan conocer lo que les pasa, buscar y optar por alternativas para reducir el sufrimiento. Que puedan iniciar proyectos de diferentes características, laborales, sociales, educativos, hablan de generar participaciones activas en sus proyecciones vitales reconociendo lo que les pasa, lo que desean, lo que pueden o podrán.

Asimismo, podrían incorporarse en estas prácticas los contactos con familiares, los encuentros en las casas de las personas, la incorporación de dispositivos domiciliarios que profundizan el trabajo en lo comunitario; procurando generar cambios que favorezcan las condiciones tanto familiares, educativas, laborales en un afuera mas vivible.

A partir de **estas prácticas se podría pensar que las mismas deconstruyen la categoría de paciente**, ya que aparecen prescindiendo de la enfermedad junto a los recortes y simplificaciones que esta categoría impone, configurando al padecimiento relacionado con entramados familiares, sociales, culturales, de salud, educación inscriptos en trayectorias e historias vitales. Sin embargo **estas mismas prácticas al mismo tiempo y en el mismo lugar –en los contextos del sistema y los subsistemas dominantes- refuerzan la misma estructura manicomial** que las contiene.

¹⁴⁷ Cocciaglia, Natalia. Ateneo Clínico “Revelaciones”. Psicología. CABA. 2008, pág. 6. (6)

¹⁴⁸ Barrio y Lipperheide, Rosario. Ateneo Clínico “Dicen que charlando se fortalece el corazón”. Psicología. CABA. 2010 pág. 5. (9)

¹⁴⁹ Lacarta, Gabriela L. Ateneo Clínico. Médico. CABA. 2006, pág. 7. (56)

Hablar de hospital psiquiátrico es hablar de prácticas sociales complejas que se entran y esparcen como prácticas líquidas, en tanto formas de abarcar, expandirse, imbricarse, escurrirse. Bauman sostiene que los líquidos son una especificidad de los fluidos. "Los fluidos se desplazan con facilidad, "fluyen", "se derraman", "se desbordan" "salpican", "se vierten", "se filtran", "gotean", "inundan", "rocían", "chorrean", derraman", "se desbordan", "manan", "exudan" a diferencia de los sólidos, no es posible detenerlos fácilmente"¹⁵⁰. Es visualizarlas con diferentes profundidades, densidades, concentraciones... Es entenderlas también como prácticas sociales capilares y reticulares, que se inscriben en forma silenciosa, insonorizada y que se reproducen y son reproducidas por los diferentes actores en forma cotidiana. Foucault sostiene "...pienso en la mecánica del poder, pienso en su forma capilar de existencia, en el punto en el que el poder encuentra el núcleo mismo de los individuos, alcanza su cuerpo, se inserta en sus gestos, sus actitudes, sus discursos, su aprendizaje, su vida cotidiana"¹⁵¹. En este sentido considero que las prácticas se cristalizan conformando naturalizaciones y reproducciones del hospital psiquiátrico.

Recordemos que el hospital psiquiátrico desarrolla diferentes mecanismos que tienden a su reproducción; la Nominación en tanto Simplificaciones, Neutralizaciones, Reproducciones, Tipificaciones. La regeneración de prácticas IN-capacitantes – Dis-capacitantes Des-habilitadores Acreditadores y Acreditantes y RE-habilitantes. (IN - DiS – Des - RE – IN).

Estos mecanismos son reforzados por otras instancias; entre ellas leyes como el Código Civil (1871)¹⁵², responsable de incapacitaciones, inhabilitaciones discapacitantes. Procesos de control – saber – poder que tienden a naturalizar determinados órdenes vigentes generando legitimaciones de estas configuraciones.

El mero **transitar esta estructura genera la reproducción** de diferentes prácticas, acciones, intervenciones más o menos perceptibles en tanto prácticas manicomiales. El encierro, el aislamiento, las nominaciones, los discursos configuran prácticas que reproducimos con el mero estar, en la institución. En el encuentro con el otro, en las entrevistas de admisión, en los espacios grupales; el encierro, el aislamiento los atraviesa dejando su impronta.

Pienso que en el hospital psiquiátrico sostenemos prácticas sociales que tienden a poner en cuestión, a visibilizar, a sonarizar otros impactos, otras incidencias, otras vivencias. Pero **esas mismas prácticas que cuestionan, que generan otras vivencias, otras sensaciones son licuadas por el mismo sistema para garantizar su propia subsistencia y las reproducciones de prácticas sociales des-subjetivantes funcionales a esa garantía.**

Entiendo que la residencia¹⁵³ posibilita en función a su estructura, capacitación, disponibilidad en tiempos en el hospital, rotaciones en otras instituciones, espacios de reflexión, formación, análisis; **revisión de concepciones, discursos y prácticas sociales.** Y en este sentido **proponer otros conceptos, discursos y prácticas sociales que generen en las personas alivio a su padecimiento y potencien proyecciones vitales.**

Entiendo así que prácticas sociales tales como la construcción de vínculos, el acompañamiento, conocer al otro, desarrollar estrategias a partir del equipo de salud fortalecen a las personas en función a que puedan sostener diferentes procesos. (laborales, educativos, vinculares, de salud) previniendo re-internaciones. Estas anticipaciones se basan en la posibilidad de incidir en los mecanismos de reproducción del sistema manicomial con miras a generar alivio y potenciando a las personas. Estas prácticas sociales van configurando disputas a prácticas manicomiales, que suenan desarticuladas, aisladas pero que sostienen melodías subterráneas reproductoras de sufrimientos.

Esto no quita visualizar que desde la misma residencia reproducimos prácticas relacionadas con adherencias, castigos, certificaciones, inhabilitaciones, propias del sistema manicomial donde se insertan. Esto da cuenta de ciertas disputas en la configuración de prácticas sociales entendiendo a la residencia como prácticas sociales en el hospital psiquiátrico atravesadas por las mismas cuestiones que el mismo genera.

¹⁵⁰ Bauman, Zygmunt. Modernidad Líquida. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A. 2002, pág. 8.

¹⁵¹ Foucault, Michel. Microfísica del Poder. Madrid. La Piqueta Editorial. 1992, pág. 97.

¹⁵² Hoy Código Civil y Comercial de la Nación – 2015. ANEXO al final de este trabajo.

¹⁵³ La residencia en Salud en el hospital psiquiátrico se conforma por dos licenciados en trabajo social, tres psicólogos, tres médicos, una terapeuta ocupacional por año. La residencia de Trabajo Social y Terapia Ocupacional tiene una extensión de tres años y la de Psicopatología cuatro, con sus respectivos jefes de residentes por especialidad. La carga horaria es de ocho horas diarias y guardias semanales de 24 hs. (Psicopatología). Se cuenta con espacios de capacitación, supervisión, ateneos. Se realizan rotaciones por diferentes dispositivos al interior como por fuera del hospital psiquiátrico.

Con miras a realizar avances en las relaciones conceptos – discursos – prácticas sociales es necesario destacar que estas relaciones están insonorizadas y ocultas entre diferentes mecanismos que activa la lógica manicomial.

Las relaciones conceptos – discursos – prácticas sociales están atravesadas por luchas, disputas entre diferentes agentes en el campo del hospital psiquiátrico. Los conceptos discursos y prácticas sociales son instancias y cuestiones complejas, diferentes y hasta opuestas; estas características se extienden a las relaciones que se entran entre las mismas.

En un primer momento considero que desde la residencia se reproducen conceptos discursos y prácticas sociales dominantes que se instituyen a partir de diferentes mecanismos. Es la reproducción de producciones de otro internalizándolas y haciéndolas propias. Hablar de reproducir es hablar de una instancia en la que el hacer no se conecta con el pensar sino que se encuentran escindidos. Esta escisión conlleva a reproducir significado y significante de palabras, discursos en los cuales se encuentran inmersos estos términos y prácticas a partir de las cuales los mismos se expresan confundidos y superpuestos.

Considero que podríamos hablar de conceptos como paciente, discursos vinculados con la enfermedad y prácticas que se encriptan en el marco de tratamientos individuales, adherencias, castigos. En estas relaciones se sostienen coherencias y articulaciones dominantes.

Asimismo, considero que ciertas reproducciones son formas de cooptar residentes por esas lógicas dominantes; expresándose las mismas en forma parcial ya que estas reproducciones son de ciertos conceptos, ciertos discursos y ciertas prácticas, que conviven con otras nociones, discursos y prácticas sociales orientadas por y hacia subjetivaciones y propias historizaciones vitales.

Hablar de reproducción de parcialidades por la residencia da lugar a entender que aparte de estas reproducciones se conceptualiza en el marco de otros discursos y otras prácticas sociales. Esto potenciado por la inscripción de procesos de formación, capacitación, supervisión; como así también por saberes previos de la residencia y prácticas habituales de carácter histórico.

La reproducción de conceptos que se distancian de discursos y prácticas sociales, es otra forma de relación observable en los escritos de los residentes. De esta forma se reproduce el significante y significado, escindido de discursos y prácticas sociales ya que estos términos no contienen ni son expresión de estos discursos y prácticas sociales. Es la reproducción del término paciente inmerso en discursos que dan cuenta de procesos de salud y prácticas de acompañamiento. Es hablar de personas, sujetos, seres humanos inmersos en discursos de peligrosidad, riesgo y prácticas centradas en la protocolización, tipificación y evaluación. Los conceptos son reproducciones escindidas, desactivadas; pero reproducciones escindidas que al fin continúan reproduciendo significados y significantes.

Es vital destacar la configuración de nociones, discursos y prácticas sociales inscriptas en relaciones de coherencia y articulación. Conceptos como persona, seres humanos y su inmersión en discursos relacionados con la subjetividad, las potencialidades, el padecimiento entramándose prácticas sociales de acompañamiento. Nociones, discursos y prácticas sociales que ponen en cuestión paciente, enfermedad, tratamiento; el mismo orden manicomial.

LAS COSAS Y LOS NOMBRES

CAMPOS Y FUENTES DE LEGITIMIDADES

Derecho, derechos, derechos humanos, derecho a la salud, derecho universal, palabras que surgen en el proceso de análisis de ateneos delineando algunas especificaciones en torno a sus significados e implicancias.

Derecho, según el Diccionario Kapelusz significa: “facultad natural del hombre para hacer legítimamente lo que conduce a los fines de su vida... Que se lleva a cabo de acuerdo con las normas legales”. Bokser (2002) plantea que derecho da cuenta de un sentido objetivo y un sentido subjetivo. Hablar del sentido objetivo es hablar del derecho escrito, de normas jurídicas, de jurisprudencia. La Convención Internacional de los Derechos del Niño; el Código Civil Argentino(1871)¹⁵⁵; la Ley Nacional de Salud Mental número 26.657. Se trata de normas legales que han sido aprobadas, sancionadas; con diferente magnitud y envergadura pero que igualmente son prácticas sociales discursivas que a la vez validan y producen prácticas de diferente índole.

La Convención sobre los Derechos del Niño, inscripta en la Constitución Nacional, entiende “por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad...”¹⁵⁶. El Código Civil (1871) define a personas (menores de edad) como “Todos los entes que presentasen signos característicos de humanidad, sin distinción de cualidades o accidentes, son personas de existencia visible” (Art. 51). Ambas normativas legales generan y validan conceptos, discursos y prácticas; sin embargo estas legalidades no siempre dan cuenta de legitimidades. Considero que legitimidad se relaciona con conceptos, discursos y prácticas sociales justas, que dan cuenta de realidades singulares, comunitarias, educativas, familiares, entramando acciones que se inscriben en las justicias. En cambio el Código Civil (1871) genera y regenera conceptos, discursos y prácticas sociales in-habilitantes, validando y legitimando lógicas institucionales reproductoras y regeneradoras de inhumanidades y des-subjetivaciones.

Por otro parte, el derecho en sentido subjetivo, no hace mas que hablar de personas a quienes se aplican normas, legislaciones, leyes; que en muchas ocasiones atentan contra sus proyecciones vitales.

El llamado derecho objetivo configura categorías tales como “sujeto de derecho”, “sujeto de derechos”; “sujeto de la aplicación del derecho”, por momentos, una cosificación de las personas en tanto blanco de categorizaciones, prácticas, intervenciones. Prácticas que podrían llegar a oírse como favorecedoras de algunos aspectos o facetas de las personas; pero que atentan contra la posibilidad de participación y decisión. Prácticas ilegítimas¹⁵⁷.

Es llamativo observar como la Ley Nacional de Salud Mental en los artículos 42 y 43 limita y regula inhabilitaciones e incapacidades que surgen del Código Civil (1871). Legislación que modifica a otra legislación pero desconociendo otras normativas tales como el Pacto de San José de Costa Rica, el cual expresa en su preámbulo “solo puede realizarse el ideal del ser humano libre, exento del temor y de la miseria, si se crean condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, tanto como sus derechos civiles y políticos”. Hablar de crear condiciones exige garantizar diferentes instancias que posibiliten el desarrollo de las personas. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales consigna “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y para su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia” (Artículo 11.1). De esta forma entiendo que los Estados Partes generan, regeneran y reproducen praxis en tanto leyes y otras normas del “Derecho”, instituyéndolas, cristalizándolas y naturalizándolas. Esas leyes y esas otras normas podrían originar discursos y conceptos y otras prácticas sociales que desconocen y desoyen reconocimientos de derechos humanos. De allí que podamos hablar de legitimidades e ilegítimidades. Prácticas legítimas o ilegítimas.

Hablar de derecho conlleva a preguntarse ¿de qué derecho y de qué derechos estamos hablando?; ¿derechos individuales?; ¿derechos naturales?; ¿derechos subjetivos?; ¿derechos de ciudadanía?

¹⁵⁴ Verso o conjunto de versos que sirven de introducción a una composición o que se repiten total o parcialmente después de cada estrofa. Diccionario Kapelusz de la Lengua Española.

¹⁵⁵ Hoy Código Civil y Comercial de la Nación 2015.

¹⁵⁶ Convención sobre los Derechos del Niño. (1989)

¹⁵⁷ El Código Civil y Comercial de la Nación 2015 habla de “persona humana” y de “personas menores de edad” y de “otras personas incapaces”... Aún cuando esas prácticas sociales discursivas se considerasen legítimas ellas podrían continuar dando lugar a otras prácticas sociales legítimas o ilegítimas. Juegan allí, precisamente, las relaciones que se entablen y se produzcan y se reproduzcan entre prácticas sociales, discursos, conceptos.

“Que es la vida cotidiana, con la plena vigencia de sus derechos lo que de veras permite la recuperación del sufriente al promover una vida humana plena”¹⁵⁸

“La garantía legal de los derechos fundamentales de los internos era insuficiente y la estructura asilar funciona como factor de cronificación de la mayoría de los casos”¹⁵⁹

“Los derechos (sociales, políticos y económicos) que antaño le daban contenido se han ido desdibujando”¹⁶⁰

“Construir (reconstruir) acceso real a los derechos de ciudadanía, el ejercicio progresivo de los mismos, la posibilidad de verlos reconocidos y de actuarlos, la capacidad de practicarlos”¹⁶¹

La palabra derechos, en tanto sustantivo es afectada por procesos de adjetivación y de preposiciones. Son derechos individuales, derechos naturales, derechos subjetivos. Adjetivos que modifican a derechos en tanto sustantivo. Tanto individuales, naturales, subjetivos, configuran restricciones y limitaciones a derechos que dependen de estas adjetivaciones. Estas restricciones habilitan y des-habilitan; conceden y deniegan; acreditan y des-acreditan.

Asimismo, los procesos de preposiciones, en tanto derechos “de” ciudadanía, hablan de derechos incorporando el “de” en tanto preposición que determina relaciones, dependencias y pertenencias de un sustantivo a un adjetivo; dependencias de derechos a la condición de ciudadanía.

Tanto las adjetivaciones como las preposiciones van limitando, reduciendo y marcando características, cualidades que estarían afectando a esta facultad natural del hombre de hacer legítimamente.

Asimismo, estos conceptos generan lógicas dicotómicas y dicotomizantes relacionadas con el derecho a...y la obligación de..., reproduciendo otras dicotomías derechos – obligaciones; parte – contraparte; exposición para merecer; merecer para acceder.

Las restricciones y dicotomías que estos procesos generan configuran **inhabilitaciones determinantes del sujeto de derechos, insonorizando seres humanos titulares legítimos de derechos humanos.**

Si el derecho en términos de Bokser (2002) es la aplicación subjetiva del derecho objetivo al sujeto de derechos; y si los derechos hablan de restricciones, recortes a la facultad legítima de hacer instaurando contrapartes en tanto obligaciones; **¿donde se encuentran las subjetividades, proyecciones vitales, el desarrollo de la personalidad? ¿Dónde se ubican las personas, seres humanos, sus deseos, sus aspiraciones, anhelos, sonoridades?**

“No se si es multi, inter o transdisciplina, pero estoy segura de que lo importante es constituir un espacio discursivo común, un marco común, un espacio de creación, intervención e inversión en constante movimiento, que pueda expresarse como modo cotidiano de trabajo desde los dispositivos de rehabilitación en si mismos. Algo así como que el trabajo en equipo sea lo natural del hacer, lo cotidiano de la experiencia.”

“Uno de los entrenamientos que opera en mi desde que pasé a formar parte activa de un programa de rehabilitación, es la incorporación de un lenguaje diferente aplicado al quehacer profesional cotidiano”¹⁶².

LA NOCIÓN DE DERECHOS HUMANOS instaura fuertes avances en el encuentro con las subjetividades, las potencialidades, los proyectos, las personas, los seres humanos. El diccionario Kapelusz define noción como “conocimiento o idea que se tiene de una cosa”, trascendiendo nominaciones tales como palabras, que el mismo diccionario Kapelusz define como “Sonido o conjunto de sonidos articulados, o letras que los representan, que constituyen la menor unidad sintáctica con significado, porque -a diferencia del morfema- desempeñan una función en la oración (simón.: término, vocablo, voz)”. En este sentido hablar de la noción de derechos humanos es hablar de conocimientos, ideas, pensamientos, prácticas. Es Pensar, entender y hacer en ciertas claves y sonoridades.

“La noción de inclusión implica el esfuerzo colectivo por establecer lazos sociales que se tramen en redes relacionales sólidas”¹⁶³

“La Salud Mental entendida como un proceso determinado históricamente y culturalmente en la sociedad es una noción bien conocida por todos nosotros, trabajadores de la salud mental, y nos dice que los lugares por donde circulamos habitualmente (el mundo que habitamos y construimos en forma permanente) dan cuenta del lugar donde se producen los verdaderos fenómenos de enfermar y curar”¹⁶⁴

¹⁵⁸ Cohen, Hugo; Natella, Graciela. Trabajar en Salud Mental. La desmanicomialización en Río Negro. Bs. As. Lugar Editorial. 1995. En Martínez, Marina. Ateneo hospitalario. Trabajo Social. CABA. 2007, pág. 9. (5)

¹⁵⁹ Peluffo, Ignacio. Ateneo hospitalario. Médico. “Dos Décadas sin manicomio”. CABA. 2010, pág. 6. (47)

¹⁶⁰ Alba, Patricio. Ateneo hospitalario. Médico. CABA. 2008, pág. 6. (19)

¹⁶¹ Rotelli, F. Rehabilitar la Rehabilitación. 1993 (Mimeo). En García Ariceta, Verónica. Ateneo hospitalario. “Programa Cultural para la Inclusión Comunitaria”. CABA. 2013, pág. 5. (28)

¹⁶² Di María, Ana Clara. Ateneo hospitalario. Trabajo Social. CABA. 2009, pág. 7. (1)

¹⁶³ García Ariceta, Verónica. Ateneo Hospitalario “Programa Cultural para la Inclusión Comunitaria”. Terapia Ocupacional. CABA. 2013, pág. 3 (28)

El Valor de la Vida Humana

Entiendo que “La noción de derechos humanos se corresponde con la afirmación de la dignidad de la persona frente al Estado...”¹⁶⁵ Asimismo, en esta línea de pensamiento considero que “Los derechos humanos no son sino la consecuencia del reconocimiento del **valor intangible de la condición humana**” (Quesada, pp. 343). El Preámbulo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos consigna: “Considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta, su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el **valor de la persona humana...**” y el Preámbulo de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre afirma “Todos los hombres nacen libres e iguales en dignidad y derechos”. Los derechos humanos reconocen el valor de la vida humana, la riqueza de su condición, lo esencial de su cuidado, protección y desarrollo. Los Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos destacan este valor configurando principios, derechos, garantías que instituyen responsabilidades en el desarrollo de condiciones que propicien el desenvolvimiento de la vida humana.

Atributo de la Persona Humana

Avanzando en esencias, sonoridades e implicancias de derechos humanos Nikken (2008) sostiene que son derechos universales que corresponden a todo habitante de la tierra. “Todo ser humano, por el hecho de serlo, es titular de derechos fundamentales que la sociedad no puede arrebatarse lícitamente.”¹⁶⁶ Esto da cuenta del reconocimiento de las personas como titulares de derechos humanos en tanto atributo de su condición humana. Es entender según la corriente de pensamiento sustentadora de derechos naturales que toda persona es un ser humano y que esta condición de ser humano conlleva el reconocimiento de derechos que le son inherentes a la misma. Sin embargo decir derechos naturales es distinto que decir derechos humanos. La Convención Americana de Derechos Humanos o Pacto San José de Costa Rica consigna “Reconociendo que los derechos del hombre no nacen del hecho de ser nacional de determinado Estado sino que tiene como fundamento los atributos de la persona humana, razón por la cual justifican su protección internacional...”. En tal sentido Nikken expresa que “los derechos humanos están por encima del Estado y su soberanía”. Y continúa sosteniendo que “estos derechos no dependen de su reconocimiento por el Estado ni son consecuencias suyas”. De esta forma entiendo que los derechos humanos corresponden y son inherentes a los seres humanos. Que trascienden fronteras, límites, estados y naciones; que van más allá del reconocimiento de un estado u otro y que en ocasiones son fundamento para limitar acciones arbitrarias de los Estados Partes.

Asimismo, se plantea que “El concepto de derechos humanos, entra en el marco del derecho constitucional y del derecho internacional; y sus propósitos son defender por medios institucionalizados los derechos de los seres humanos, contra los abusos de poder cometidos por el órgano del Estado, al propio tiempo de promover el establecimiento de condiciones de vida humanas y el desarrollo multidimensional de la personalidad de cada ser humano” (Bokser 2002). Continuando con las distinciones previamente anunciadas, **los derechos humanos pueden ser colectivos, individuales, sociales, culturales.**¹⁶⁷ Van mas allá de los atributos de la persona humana que refieren los derechos naturales.

A partir de estas ideas se visibiliza a los Estados Partes, sus implicancias, sus responsabilidades, inscribiendo a los derechos humanos como forma de limitar avasallamientos por parte del mismo Estado. Esta visibilización también da cuenta de la corresponsabilidad de los Estados Parte en la generación de condiciones que posibiliten el crecimiento y desarrollo de cada ser humano. Es la garantía de la vivencia, goce y disfrute de derechos humanos para el desarrollo de las personas y la defensa de tales derechos ante avasallamientos, amenazas y violaciones.

Profundizando, en términos de goce, vivencia y disfrute de derechos humanos, el Preámbulo de la Convención Americana de Derechos Humanos o Pacto de San José de Costa Rica (1969) consigna que “solo puede realizarse el ser humano libre, exento del temor y de la miseria, si se crean condiciones que permitan a cada uno gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales tanto como los derechos civiles y políticos”. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre destaca “...que las instituciones jurídicas y políticas rectoras de

¹⁶⁴ Di María, Ana Clara. Ateneo hospitalario. Trabajo Social. CABA. 2009. pág. 1. (1)

¹⁶⁵ Bokser, Mirta. Legalidades Ilegítimas. Derechos Humanos y Prácticas Sociales. CABA. Colihue. 2002.

¹⁶⁶ Nikken, Pedro. El Concepto de Derechos Humanos. En Manual de Derechos Humanos. Selección de Materiales. Centro de Estudios de Derechos Humanos. Universidad Central de de Venezuela.2008.

¹⁶⁷ Los derechos humanos comienzan a ser normativas escritas en el año 1948 después de la Segunda Guerra Mundial y surgen a partir de los “actos de barbarie ultrajante” para la conciencia de la humanidad. (Declaración Universal de Derechos Humanos).

la vida en sociedad, tienen como fin principal la protección de los derechos esenciales del hombre y la **creación de circunstancias que le permitan progresar espiritualmente y alcanzar la felicidad**". Hablar de condiciones, circunstancias que posibiliten progresar, desarrollarse y alcanzar la felicidad es inscribir estas aspiraciones en realidades humanas, en realidades de carne y hueso, en sus diversas facetas y dimensiones. Estas ideas me llevan a algunas incertidumbres y algunas certezas.

¿Cuáles son las realidades de las personas y cómo desde las prácticas en un hospital psiquiátrico se llegan a configurar estas aspiraciones? ¿De qué forma las instituciones tienden a lograr estas condiciones, circunstancias? ¿Las instituciones tienden a lograr estas condiciones? ¿Está en sus fundamentos u objetivos o misiones?

Asimismo, hablar de Estados Partes, es hablar de áreas gubernamentales del Estado, a cargo de funcionarios en sus diferentes roles; con obligaciones, responsabilidades insoslayables, intransferibles, indelegables, inamovibles. Los Estados Partes reconocen los derechos fundamentales del hombre; la dignidad y el valor de la persona humana. Según el Diccionario de la Real Academia Española reconocer significa: considerar, advertir o contemplar. En las relaciones internacionales, aceptar un nuevo estado de cosas. Este nuevo estado de cosas en la relación del Estado y las cosas genera una obligación insoslayable en relación a la vivencia y disfrute de derechos humanos de las personas. Y en este sentido son los Estados Partes y no otros, quienes se han comprometido a adoptar "medidas" que respondan a los derechos reconocidos en los Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos. Según la Convención sobre los Derechos del Niño, son los Estados Partes y no otros, quienes se comprometen a adoptar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger los derechos del niño...¹⁶⁸ Hablar de Estados Parte¹⁶⁹ es hablar de acciones en tanto programas, proyectos, planes, políticas públicas, legislaciones, jurisprudencia, presupuestos a partir del reconocimiento de derechos humanos y a partir del reconocimiento del valor de la vida humana.

¿Se Incorporan en las agendas públicas gubernamentales temas y cuestiones que son incumbencias en materia de salud mental? ¿Se desarrollan proyectos, programas, planes en el campo de la salud mental que tiendan al goce disfrute de derechos humanos? ¿Se aplican los presupuestos en función a estas iniciativas? ¿Faltan recursos? ¿Están distribuidos de otras formas y maneras? ¿Por qué se reproducen prácticas en hospitales psiquiátricos que atentan y avasallan derechos humanos de personas que sufren padecimientos de salud mental? ¿Por qué los Estados Partes continúan ejecutando melodías que desoyen normas jurídicas legítimas?

En este estado de cosas, considero firmemente la posibilidad de incorporar la noción de derechos humanos en tanto **Campos y Fuentes de Legitimidades**. Los Campos y las Fuentes de Legitimidades superan y trascienden los derechos individuales, derechos naturales, derechos subjetivos, derechos del ciudadano, haciendo referencia a Derechos Humanos y (co) responsabilidades legítimas. Esas "las fuentes de legitimidad son articulaciones lingüísticas de praxis humanas que vienen (y van) a fundamentar –filosóficamente hablando- una teoría ética de la verdad...una forma a-metodológica de conocer y comprender acerca de los seres humanos y sus saberes" (Bokser 2002). Es la configuración de melodías¹⁷⁰, armonías¹⁷¹ y ritmos¹⁷² desde donde sonorizar, observar, distinguir, analizar, proponer, proyectar.

Más allá de "paradigmas" se trata en términos de Argumedo de **matrices de pensamiento**, "formas de reelaboración y sistematización conceptual de determinados modos de percibir el mundo, de idearios y aspiraciones que tienen raigambre en procesos históricos y experiencias políticas de amplios contingentes de población y se alimentan de sustratos culturales que exceden los marcos estrictamente científicos e intelectuales"¹⁷³. Hablar en términos de matrices de pensamiento, posibilita relaciones teóricas – prácticas, prácticas – teóricas que conllevan la generación de conceptos, discursos y prácticas sociales articuladas, coherentes, fluidas; retroalimentándose en forma permanente, en devenires históricos. En este sentido Argumedo sostiene que "la definición de las matrices de pensamiento nos permite detectar las líneas de continuidad o ruptura de los valores, conceptos, enunciados y propuestas pertenecientes a las principales corrientes ideológicas en las ciencias sociales y en el debate político en

¹⁶⁸ Ver artículo 19 de la Convención de los Derechos del Niño (1989).

¹⁶⁹ Cuando decimos Estados Parte, hablamos de áreas gubernamentales y áreas no gubernamentales. Cuando decimos responsabilidades indelegables hablamos de áreas gubernamentales de los Estados. Cuando decimos disfrute y ejercicio de derechos humanos hablamos de prevención de las amenazas y violaciones que demandarán protecciones de tales derechos.

¹⁷⁰ Se da el nombre de Melodía, a la combinación sucesiva de sonidos. Williams, Alberto. Teoría de la Música. Buenos Aires. Gurina Y. Cía. Editores.

¹⁷¹ Se da el nombre de Armonía, a la combinación simultánea de sonidos. Williams, Alberto. Teoría de la Música. Buenos Aires. Gurina Y. Cía. Editores.

¹⁷² Se da el nombre de Ritmo, a las relaciones de duración y acentuación de los sonidos. Williams, Alberto. Teoría de la Música. Buenos Aires. Gurina Y. Cía. Editores.

¹⁷³ Argumedo, Alcira. Los Silencios y las Voces en América Latina. Notas sobre el pensamiento popular. Bs. As. Colihue. 2004, pág. 81.

nuestro tiempo". De esta forma podríamos hablar de relaciones teóricas – prácticas, prácticas – teóricas que van nutriéndose de diferentes contextos históricos y realidades culturales.

Estas articulaciones posibilitan la generación de nociones abiertas, móviles, en construcción y desarrollo, que se acercan a realidades humanas, a sus vivencias, experiencias. De esta forma se pueden superar cristalizaciones de categorías monolíticas, univocas que se alejan de conexiones con praxis humanas encerrando, limitando y asfixiando realidades.

Las relaciones conceptos – discursos – prácticas sociales en el marco de Derechos Humanos, posibilitan avanzar en el conocimiento de los seres humanos, de sus saberes, de sus diversas facetas, aristas, nutriendo pensamientos, ideas que fundamenten y entramen prácticas sociales que tiendan al desarrollo de las personas.

En este sentido los Campos y Fuentes de Legitimidades proponen teorías y prácticas – prácticas y teorías en términos de ciencias sociales. Bokser plantea que son normatividades inspiradas en... a la vez que generadoras de nuevos lenguajes teórico – prácticos que (re)visionan, (re)formulan, trascienden los patrimonios exclusivos, sectarios, monopólicos, hegemónicos u omnipotentes de abogados, legisladores o jueces.... Como también de médicos, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, economistas, politólogos, educadores. Estas implicancias dan cuenta de búsquedas, configuraciones de nociones y praxis que aporten -desde diferentes instancias, campos, profesiones- acciones de complejidad, profundidad y amplitud en torno a la singularidad de cada ser humano.

Se interpelan, resquebrajan, ponen en jaque nominaciones y prácticas. "Los instrumentos de derechos humanos son bases fundantes (instituyentes), sustentadoras y proyectivas de conceptualizaciones y nociones del ser de los seres humanos, del ser de las condiciones humanas del ser de las relaciones humanas"¹⁷⁴. En esta línea de pensamiento -y tal como ya se ha referido en otra parte de este trabajo- René Cassin sostiene y define que "La Ciencia de los Derechos Humanos es una rama especial de las ciencias sociales cuyo objeto es el estudio de las relaciones humanas a la luz de la dignidad humana, así como la determinación de los derechos y facultades que son necesarios como conjunto para el pleno desarrollo de la personalidad de cada ser humano"¹⁷⁵. Hablar de relaciones humanas da cuenta de la valorización y significación de la vida humana. Es reconocer el valor único e irrepetible de la vida humana y sus variadas formas y modos de expresión. Somos los seres humanos expresándonos en tanto lazos, vínculos, contactos, lenguajes, acciones, gestos, y cómo estas formas de expresión se manifiestan e inciden en el otro.

Pensar estas relaciones a la luz de la dignidad humana habla de pensarlas en términos de relaciones inter-subjetivas donde los legítimos derechos de las personas abarcan incluso el derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica (Artículo 3 Pacto de San José de Costa Rica).

Están en juego aquí la formación y los cambios y el desarrollo de la personalidad de personas individuales y colectivas. Por un lado los reconocimientos de derechos humanos sin discriminación alguna. Por otro lado, paralela / simultáneamente / o de otros modos y en otros tiempos, las evasiones de responsabilidades que oprimen y ahogan y suprimen hasta estrangular y silenciar realidades que protagonizan / involucran seres humanos. Decir derechos humanos y corresponsabilidades es entender que el desarrollo de las personas es y está atravesado por condicionamientos y determinantes sociales y económicos y políticos y educativos y vinculares y éticos...Decir amenazas y-o violaciones de derechos humanos / evasiones y-o desconocimientos de responsabilidades es entender que se consuman silenciamientos y hasta podrían lograrse desapariciones de escenas y realidades. Decir silenciar y decir desaparecer es entender y registrar la ausencia de las presencias o la presencia de las ausencias de realidades comunitarias y educativas y familiares y hospitalarias y subjetivas...donde existen seres humanos que son actores y actoras por acción u omisión. Hablar de silenciamientos y desapariciones y de ausencias es un no ser estando ni un estar siendo.

CONSIDERO DE VITAL IMPORTANCIA LA RELACIÓN ENTRE LA NOCIÓN DE DERECHOS HUMANOS Y SERES HUMANOS INSCRIPTAS EN DISCURSOS ENRAIZADOS EN LOS CAMPOS Y FUENTES DE LEGITIMIDADES CON PRÁCTICAS SOCIALES, ESPECÍFICAMENTE EN SALUD MENTAL.

Seres Humanos

Una monja preguntaba: ¿Hola niño como te llamas?

İñaki, contestó el niño.

No, tú te llamas Ignacito.

(Historia familiar, en País Vasco en época del proceso militar franquista)

Hablar de seres humanos, es hablar de nombres, en tanto formas de visualizar y visualizarse, de reconocer y ser reconocido, configurando un eje estructurante de múltiples construcciones identitarias.

¹⁷⁴ Bokser, Mirta. Seres Humanos Personas (Su) Personalidad Jurídica. (Viceversa y Recíprocamente). Buenos Aires. Colihue. 2009, pág. 161.

¹⁷⁵ Podríamos preguntarnos si cabe hablar de una "ciencia de los derechos humanos". Tal vez quepa que hablemos de derechos humanos como un campo social de estudios o un campo de estudios sociales. Notas para seguir pensando.

Los nombres se relacionan con trayectorias, historias, recorridos. Estos itinerarios se inscriben en proyectos, deseos, anhelos como así también en crisis vitales, dolor, padecimiento, hechos traumáticos que inciden, condicionan, afectan, sostienen, viabilizan y hasta llegan a aplastar proyecciones vitales.

Hablar de recorridos, itinerarios es poder entenderlos en la configuración de diferentes entramados territoriales, barriales, vinculables, relacionales. Es reconocer las trayectorias vitales de las personas configuradas por y configurantes de estas tramas. También es comprender y visualizar condiciones estructurales vinculadas con vivienda, educación, salud, relaciones familiares y las experiencias y vivencias singulares de las personas. Es visualizar cómo las trayectorias vitales se relacionan con condiciones estructurales y cómo esas condiciones estructurales son vivenciadas por las personas. Estas relaciones se inscriben, son vivenciadas, apropiadas por las personas, configurándose en tanto personas únicas.

Si consideramos la salud a partir del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural,

Si consideramos el preámbulo de la Convención sobre los Derechos del Niño en el cual se consigna que "...en particular los niños, deben recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad";

Si Consideramos el artículo 9 de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 donde consigna "el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, barrial basado en los principios de la atención primaria de salud".

Si Consideramos que "La OPS¹⁷⁶ sostiene que la renovación de la APS¹⁷⁷ debe ser parte de los desarrollos de los sistemas de salud, ya que se considera la estrategia mas adecuada para mejorar sostenida y equitativamente la salud de los pueblos de las Américas. Como definición, un sistema de salud basado en la APS es una estrategia de organización integral cuya meta principal es alcanzar el derecho universal a la salud con la mayor equidad y solidaridad y que se basa en los principios de la APS, como el compromiso de dar respuesta a las necesidades de salud de la población, la orientación a la calidad, la responsabilidad y la rendición de cuentas de los gobiernos, la justicia social, la sostenibilidad, la participación y la intersectorialidad"¹⁷⁸

La experiencia de trabajar junto a los jóvenes en los emprendimientos me permitió comprobar el poder "sanador" de la pertenencia comunitaria, de la recuperación de los lazos solidarios, la libertad, la autonomía. Comprobar que la interacción social es el camino para la dignificación de la persona, que si pretendemos favorecer la salud, y particularmente la salud mental no podemos hacerlo sino trabajando en el afuera, en y con el contexto en que se encuentran los sujetos" ¹⁷⁹

La ruptura del modelo asilar nos conduce a un pensamiento abierto y participativo de la comunidad. Y la resultante de aquella ruptura es la noción de red, que proviene de la idea de desmanicomialización: el sujeto sufriente puede ser asistido en espacios terapéuticos delimitados, distribuidos en un territorio. Y los pacientes pueden entrar y salir de cualquier punto de la red¹⁸⁰, sea un ambulatorio, centro de crisis, sala de psicopatología, hospital de día, centro diurno o lugar de rehabilitación. Se rompe así el centralismo del manicomio. No solo deja de ser una institución total, también deja de ser el centro y eje de la atención psiquiátrica – psicológica" ¹⁸¹

"Durante mi estadía en Andalucía, quedaba claro que los objetivos principales y rectores de la reforma se habían llevado a cabo en su mayoría. Desmanicomialización progresiva (no quedan mas hospitales psiquiátricos) y orientación comunitaria, articulación entre los servicios sociales y sanitarios y unificación de los programas en una unidad única de gestión" ¹⁸²

Entiendo que:

Hablar de seres humanos en términos de Campos y Fuentes de Legitimidades es hablar de personas que nacen, viven, crecen en contextos culturales, sociales, económicos, familiares que los afectan y modifican y que a la vez a partir de sus acciones inciden en los mismos.

Es considerar y entender a la **salud mental inscripta en entramados familiares, comunitarios**. Es reconocer cotidianidades y relaciones singulares de las personas en estos entramados. Es comprender que el crecimiento, desarrollo de las personas se da en ciertas configuraciones y no otras y que la salud mental se inscribe en estas instancias.

Hablar de seres humanos en términos de Campos y Fuentes de Legitimidades es hablar de historias, de saberes, sentidos a partir de diversas experiencias. Estas matrices de pensamiento demandan el

¹⁷⁶ Organización Panamericana de la Salud.

¹⁷⁷ Atención Primaria de Salud

¹⁷⁸ Renovación de la atención primaria de la salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).2007.

¹⁷⁹ Martínez, Marina. Ateneo hospitalario. Trabajo Social. CABA. 2007. pag.9. (5)

¹⁸⁰ Aún cuando cupiese considerar al hablar de "red" las proporciones entre nudos y agujeros.

¹⁸¹ Aloia, Damián. Ateneo hospitalario. Médico. "La Red". CABA. 2008, pág. 7. (16)

¹⁸² Peluffo, Ignacio. Ateneo hospitalario "Dos Décadas sin manicomio". CABA. 2010. pág. 9. (47)

encuentro con los saberes en tanto aprendizajes previos que se conectan con experiencias y vivencias significativas en la historia vital de las personas.

Narrativas, Experiencias, Sentidos.

Reconocer los entramados comunitarios habilita experiencias y sentidos de las personas. Para ello es necesario acceder a los relatos de los sujetos, quienes a partir de sus experiencias pueden darle sentido. Entiendo a "...la experiencia como una instancia particular de la vida, de la cultura y de la tradición en que se inserta". Y en este sentido "Solo cuando situamos el nervioso en el cuadro temporal de la vida es que podemos realmente comprenderlo, captarlo en cuanto parte de un movimiento que implica un redescubrimiento de sus sentidos en el curso de la propia experiencia."¹⁸³ "Nervos, nervoso o doença de nervos es un diagnóstico folk para una amplia gama de molestias"¹⁸⁴ En este trabajo lo tomaré como padecimientos. Es poder visualizar la salud mental inscripta en la trayectoria vital de las personas, relacionada de diversas formas y maneras con hechos, acontecimientos, momentos, instancias por las que atraviesan las personas. Los padecimientos (nervoso) remiten a un modo de enraizamiento en un mundo ya dado en que un pasado de abandono, violencia, dificultad para criar a los hijos con los medios necesarios pesan de una cierta manera. "No es una traducción subjetiva de condiciones objetivas, sino una forma cultural de estar envuelto y ser afectado por ellas, de organizarlas en cuanto situaciones y de sentir las en la piel"¹⁸⁵. Entiendo que hablar de padecimientos es concebirlos en una temporalidad e historicidad en la que adquieren sentidos y cobran fuerza. Afectan de diferente forma y manera a las personas en el atravesamiento de diferentes experiencias en un contexto cultural. Considero a la cultura como un horizonte de sentido siempre presupuesto a toda experiencia. Considero que los padecimientos tienen fuertes relaciones con condiciones estructurales, económicas, sociales, culturales, laborales, educativas, familiares sin desconocer cuestiones biológicas.

Considero vital reconocer los padecimientos en entramados comunitarios y relacionados con condiciones estructurales pero a partir de las experiencias, vivencias y sentidos que las personas les asignan. Conocer el sentido que las personas le adjudican a los padecimientos en un contexto cultural posibilita comprender las prácticas que desarrollan.

Relaciones de Familia – Relaciones Familiares¹⁸⁶

Las prácticas sociales en ámbitos comunitarios en el marco de campos y fuentes de legitimidades viabilizan la incorporación de **relaciones de familia y relaciones familiares**. En términos de Bokser relaciones de familia como lazos de consanguinidad y convivencia y relaciones familiares en tanto referentes afectivos, vínculos, referentes significativos.

Es hablar de entramados de relaciones, quienes conocen la historia de las personas, las trayectorias educativas, laborales, vinculares. Son quienes conocen síntomas, momentos de crisis, descompensación como formas y maneras de contener y acompañar a sus familiares. De esta forma se multiplican los conocimientos en torno al transcurrir de las personas por diferentes espacios. Las relaciones de familia y las relaciones familiares pueden comprender implicancias de la salud mental, darle sentido a los síntomas.

En la medida en que se reconocen sus saberes en torno a sus experiencias de acompañar a un familiar que sufre padecimientos de salud mental.

En la medida en que pueden acompañar a sus familiares junto a equipos interdisciplinarios que se sostienen en el tiempo.

En la medida en que se pueden desarrollar estrategias de trabajo en las que se incorporan a los familiares.

Se multiplican conocimientos, reconociendo diferentes saberes y posibilitando entamar acompañamientos armónicos.

Se multiplican apoyos por parte de diferentes referentes, familiares pudiendo asumir acciones en tanto responsabilidades compartidas. Visualizar síntomas, buscar alternativas para reducirlos, desarrollar acciones que posibiliten anticiparse a crisis, acompañar en instancias laborales, educativas, en la toma de medicación.

Se vitalizan redes significativas de las personas.

Se reduce la incertidumbre, el desgaste, las situaciones de exposición, de tensión y dolor de los familiares.

¹⁸³ Rabelo, Miriam Cristian; Souza, María Iara. Vida vivida, vivida contada: una reflexión sobre la experiencia del nervioso en la trayectoria de mujeres de clase trabajadora en Salvador. XXIV Encuentro Anual de APOCS GT 11 "Persona Cuerpo y Dolencia". (Mimeo), pág. 1.

¹⁸⁴ Scheper Hughes, Nancy. La Muerte Sin Llanto. Violencia y Vida Cotidiana en Brasil. Brasil. Ariel, pág. 173

¹⁸⁵ Idem

¹⁸⁶ Ver artículo 8 de la Convención de los Derechos del Niño. Ver artículo 7 del decreto 415/2006 reglamentario de la ley nacional 26.061 de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

Las familias vivencian procesos de **empoderamiento**, siendo reconocidas como entramado significativo, como parte de acompañamientos, tomando decisiones y desarrollando acciones. El empoderamiento es el poder hacer, hacer pudiendo con apoyos, acompañamientos en el marco de nutrir la autonomía de las personas.

Equipos Interdisciplinarios

La ley Nacional de Salud Mental 26.657 en el artículo 8 consigna: "Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes". Considero vital la constitución de equipos interdisciplinarios que puedan acompañar desde instancias comunitarias a las personas que sufren padecimientos de salud mental. Que puedan unificar estrategias y proyectos de trabajo con las personas desde diferentes dimensiones. Hablar de proyectos de trabajo da cuenta de la posibilidad de describir la realidad singular de las personas, sus atravesamientos, sus posibilidades, sus fortalezas, dificultades y configurar objetivos de trabajo a corto, mediano y largo plazo. Es la posibilidad de utilizar diferentes herramientas en instancias comunitarias.

En las casas...

Una vez externados, los pacientes son visitados en sus domicilios por personal del equipo. Las visitas se realizan en forma periódica...Se brinda tratamiento psicoterapéutico y psiquiátrico individual en el hospital" En las visitas domiciliarias: Se trabaja y acompaña en todo lo que necesiten, tanto en lo referente a la organización doméstica...como en acercar herramientas..., se les ofrece un andamiaje a fin de recuperar ciertas capacidades y competencias"¹⁸⁷

"Internaciones breves en centros de salud...seguimiento ambulatorio....asistencia individual...visitas domiciliarias....cooperativas de trabajo...empleo supervisado...actividades grupales...comités de participación constituido por familiares de usuarios, usuarios y operadores..."¹⁸⁸

Considero importante el desarrollo de múltiples acciones en tanto herramientas que posibilitan acompañamientos. Es hablar de visitas domiciliarias, encuentros con familiares, trabajo articulado con instancias laborales, educativas. Esto incide en el entramado familiar el cual incorpora otros referentes, entre ellos el equipo de salud, referentes de otras áreas, viéndose reforzadas desde diferentes instancias.

"Tanto la integración de la atención y los distintos cambios asistenciales anteriormente mencionados hicieron posible grandes avances en Andalucía: un acercamiento de la salud mental a la población, el reconocimiento de los derechos de los pacientes, reducción del estigma social, mejoría de la calidad de vida y evolución clínica"¹⁸⁹

Estos saberes construidos, redes de relaciones, prácticas de los equipos de salud en la comunidad inciden fuertemente en que las personas puedan sostener diferentes procesos ya sea vinculados con su salud mental, con su incorporación en espacios laborales, educativos. Es el transcurrir por diferentes procesos con apoyos desde diferentes referentes. Las personas vivencian procesos de empoderamiento ya que pueden comprender impactos del padecimiento; tomar iniciativas y decisiones en torno a su salud mental que posibilitarían superarlo, mejorando su "calidad de vida".¹⁹⁰

Las prácticas sociales que implican el acompañamiento de personas y sus relaciones de familia y relaciones familiares; que incorporan los sentidos y experiencias de las personas viabilizan la construcción de **vínculos estables y fortalecedores**. En este sentido es necesario visualizar que la construcción de vínculos en entramados comunitarios implica el desarrollo de vínculos con las personas que sufren padecimientos de salud mental, con sus relaciones de familia y relaciones familiares. Estas configuraciones de relaciones son las que en ciertos aspectos sostienen a las personas en instancias comunitarias. Considero que es necesario continuar ampliando hacia diferentes sectores y ámbitos las implicancias de estas relaciones vinculadas con la salud mental.

Estrategias Socio Sanitarias

"Creo no equivocarme al pensar en que el punto de partida para el abordaje interdisciplinario fue el reconocimiento de que la situación de M. y su familia era compleja y que estaba determinada por la confluencia de múltiples factores"¹⁹¹

¹⁸⁷ Álvarez, Florencia. Ateneo Hospitalario. Trabajo Social. CABA. 2008, pág. 7. (23)

¹⁸⁸ Sturla, Soledad. Ateneo Hospitalario "Ultimo ateneo. Más allá de los muros". CABA. 2009, pág. 8. (16)

¹⁸⁹ Peluffo, Ignacio. Ateneo Hospitalario "Dos décadas sin manicomio". Médico. CABA. 2010, pág. 9. (47)

¹⁹⁰ De algún modo estamos hablando así de participaciones activas de los sujetos y decir "participación" es hablar de un derecho humano político.

¹⁹¹ Di María, Ana Clara. Ateneo Hospitalario. Trabajo Social. CABA. 2008, pág. 8. (51)

“...las estrategias a implementarse con cada persona considerada “en tratamiento” se confeccionarán conforme a un abordaje integral de la problemática de cada quien teniendo en cuenta diversas situaciones que no se reducen únicamente a la dimensión psicopatológica”¹⁹²

“Creo que pude transmitir solo una pequeña parte de esta experiencia que elijo vivir en esta rotación. A partir de ella pude ver en hechos concretos la gran importancia de construir puentes en lo que respecta a la salud mental, intentar no perder de vista lo complejo e importante que es no olvidarnos de la dimensión social, laboral, familia, vivienda, que influyen directamente en el cuadro psicopatológico estrictamente hablando”¹⁹³

René Cassin (uno de los principales redactores de la Declaración Universal de Derechos Humanos) incorpora al pleno desarrollo de la personalidad como un nuevo eje estructurante para visualizar el desarrollo de las relaciones humanas a la luz de la dignidad, que da cuenta de garantizar el goce y vivencia de derechos humanos para el desarrollo de los proyectos vitales de las personas. En este sentido la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948), en el artículo 11, titulado Derecho a la preservación de la salud y al bienestar consigna: “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”. Con igual criterio el artículo 12: 1.- del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) consigna “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Los Estados Partes tienen la obligación de respetar los derechos; el deber de adoptar disposiciones de Derecho Interno para hacer efectivos estos derechos como así también incorporar recursos que se inscriban en tanto acciones de diferente índole.

Hablar de prácticas en salud mental desde la comunidad requiere, demanda, exige abordajes integrales, estrategias socio sanitarias, abarcar diferentes dimensiones (laboral, familiar, vivienda, social). En términos de Bokser **integración armónica de respuestas**, en tanto medidas legislativas, políticas sociales, presupuestos, recursos, programas desde diferentes ámbitos e incumbencias que entramen estrategias singulares. En este sentido considero que “No se cura al sufriente mental solamente con drogas o sesiones psicoterapéuticas. Si son múltiples y variados los elementos que contribuyen a desencadenar una crisis, igualmente múltiples y variados son los recursos que lleven a solucionarla”¹⁹⁴ Es entender que los seres humanos son diversos, se encuentran atravesados por múltiples cuestiones. Y en este sentido pensar que las alternativas son unívocas y unificadas es simplificar complejidades. “...el recurso terapéutico aislado no tiene sentido, carece de valor. El sentido se adquiere de la interrelación de cada uno de los recursos entre sí, constituidos en la estrategia terapéutica (...) queda claro que las estrategias deben ser socio-sanitarias y comunitarias y deben garantizar continuidad en los cuidados”¹⁹⁵ Pensar desde complejidades demanda hacer desde las mismas complejidades y con diferentes acciones.

Si los Estados Partes unifican respuestas en salud mental basadas en prácticas desde hospital psiquiátrico, configurándose en la herramienta dominante. Si se desconocen prácticas comunitarias de salud mental. Si se desarrollan estrategias solamente desde salud. Los Estados Partes desconocen e incumplen su obligación que deviene del derecho a la preservación de la salud y al bienestar (Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre); desconocen y violan¹⁹⁶ el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales - 1966); desconocen e incumplen la atención preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario (Ley Nacional de Salud Mental nro. 26657). Violan sistemáticamente derechos humanos. En este sentido el Pacto de San José de Costa Rica consigna en el artículo 5 2.-“Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”. Estos desconocimientos e incumplimientos instauran tratos crueles, inhumanos y degradantes. Al no desarrollar acciones desde la prevención las personas vivencian diferentes hechos dolorosos de suma exposición que en muchas ocasiones se configuran como hechos traumáticos generando sufrimiento y daños de diferente índole y magnitud. Que las personas no accedan a tratamientos en espacios comunitarios; que las internaciones se extiendan por “cuestiones sociales”, que se multipliquen las re-internaciones en forma exponencial. Que las personas atraviesen innumerables tratamientos, planes de medicación, profesionales con estrategias, criterios escindidos y fragmentados; que las familias no obtengan alternativas y múltiples abordajes para sus familiares, configuran tratos crueles, inhumanos y degradantes. Los Estados Partes son autores principales o cómplices de sufrimientos, dolor y traumas de diferente magnitud.

¹⁹² Olivera, Alfredo. La Colifata y el día mundial de la salud mental. 2009. En Domínguez, María Silvina. Ateneo Hospitalario “Derribando Muros”. Médico. CABA. 2010, pág. 2. (55)

¹⁹³ Domínguez, María Silvina. Ateneo Hospitalario “Derribando Muros”. Médico. CABA. 2010, pág. 14. (55)

¹⁹⁴ Cohen, Hugo. Natella, Graciela. Trabajar en Salud Mental. La desmanicomialización en Río Negro. Lugar Editorial. Bs. As. 1995.

¹⁹⁵ Cohen, Hugo. Conferencia “Principios de la salud mental comunitaria”. 2001. (Mimeo).

¹⁹⁶ Decir incumplimiento es hablar de obligaciones – de deberes – de mandatos...En campos y fuentes de legitimidades hablamos de corresponsabilidades en términos de respuestas que los derechos demandan...

Potencia, Capacidad, Potencialidad.

El Pacto de San José de Costa Rica consigna: "...Persona es todo ser humano" (Artículo 1 punto 2). Hablar de ser humano es hablar de personas en crecimiento, desarrollo, con capacidades, potencialidades, sentimientos, deseos como así también con dificultades, debilidades, aristas que complejizan proyecciones vitales.

En torno a realizar algunos avances en este sentido tomaré algunos ateneos donde se plasman diferentes "rotaciones" de residentes por experiencias de reforma psiquiátrica en Andalucía y Cádiz (España); Trieste (Italia); Colonia Montes de Oca (Provincia de Buenos Aires) y por espacios tales como Emprendimientos Sociales, Radio La Colifata, Taller de Fútbol, Programa Cultural para Inclusión Comunitaria, Emprendimiento La Huella, centro de salud, hospital general (CABA).

"La pregunta con la que me encuentro es si desde mi práctica hay otros modos de intervenir para que el paciente pueda tener una vida mas saludable, con mayor contacto con otros, pudiendo repensar en lo que le gusta o gustaba hacer y en la construcción de nuevos proyectos".¹⁹⁷

"En cuanto a la intervención, se deja de pensar en la incapacidad, en el déficit, en lo que la persona no puede hacer, para pensar en capacidades que hay que promover, en lo que cada integrante pueda aportar al emprendimiento, trabajando con las personas y no para las personas".¹⁹⁸

"En nuestros escasos dos encuentros dedicamos mucho tiempo en hablar de su interés por la música y por su carrera".¹⁹⁹

"Una de las finalidades de los emprendimientos es la de reactivar las capacidades ya existentes y desarrollar las potencias en un proceso solidario de mutuo sostén".²⁰⁰

"...en el campo de la rehabilitación y reinserción social, entonces nuestros esfuerzos deben estar dirigidos a la promoción de procesos de articulación de los deseos, inquietudes, intereses y necesidades de aquella personas con las que trabajamos en lo cotidiano"²⁰¹

A partir de estos trozos seleccionados de ateneos surgen ejes estructurantes que configuran, caracterizan y definen diferentes espacios.

Considero vital nociones como **potencia**, según el diccionario Kapelusz "cualidad de potente o poderoso. (Sinónimos: fuerza, poder, poderío, potencial)". **Capacidades**, según el mismo diccionario "cualidad o circunstancia de ser capaz..." y **Potencialidades** "cualidad de potencial; potencial: Se aplica a lo que existe en potencia". Estas nociones encarnan lo que está, con lo que se cuenta, lo que se puede y lo que se podría y lo que se es. Son expresiones de ser y poder. Expresiones de poder en diferentes conjugaciones y escalas. Pude, puedo, podría, podré....Es la conexión con ser capaz, es reconocer la capacidad como estructurante del ser. Ser capaz, Poder ser, Ser pudiendo.

Asimismo, potencia, capacidad, potencialidad viabiliza conexiones con intereses, motivaciones, inquietudes. Es la vivencia de experiencias motivadas por estas inquietudes las que posibilitan sentir alegría, placer, frustración, decepción, incidiendo en diferentes y múltiples proyecciones vitales. Sensaciones, recuerdos, saberes, habilidades, miedos; registros que dejan huellas.

Es reconocer potencia, capacidad, potencialidad; es reconocer recorridos, vivencias, experiencias y sus inscripciones en la singularidad de las personas. Ejes estructurantes desde donde se parte en múltiples experiencias y espacios relacionados con salud mental.

Espacio – Lugar

"Desde el Dispositivo Radiofónico Grupal se intentará construir un espacio en donde lo que sea dicho pueda tener un sentido y también se trabajará para deconstruir el campo de las representaciones sociales imaginarias. Se tratan de abordar dos diferentes campos, el primero con respecto a lo clínico y el segundo de tipo social, particularmente la estigmatización de la locura"²⁰²

"Se va imponiendo, de a poco, la idea de escribir sobre mi rotación libre en HACER LUGAR, Fundación para la Asistencia, Investigación y Docencia en autismo y psicosis infantil"²⁰³

¹⁹⁷ Domínguez, Silvina. Ateneo hospitalario. "¿Rehabilitación? ¿Reinserción Social? En la búsqueda de un tratamiento integra". Médico. CABA. 2011, pág. 1. (54).

¹⁹⁸ Maiani, Aldana. Ateneo hospitalario. "Una alternativa posible". Terapia Ocupacional. CABA. 2010, pág. 6. (11)

¹⁹⁹ Marzorati, María Cecilia. Ateneo clínico. CABA. Psicología. 2008, pág. 8. (50)

²⁰⁰ Martínez, Marina. Ateneo hospitalario. Trabajo Social. CABA. 2007, pág. 5. (5)

²⁰¹ Di María, Ana Clara. Ateneo hospitalario. Trabajo Social. CABA. 2009, pág. 5. (1)

²⁰² Domínguez, María Silvina. Ateneo Hospitalario "Derribando Muros". Médico. CABA. 2010, pág. 6. (55)

²⁰³ Rondán, María. Ateneo Clínico. Psicología. CABA. 2006, pág. 1. (39)

“Crear un espacio de trabajo que posibilite la capacitación en diversas técnicas de estampado textil, investigación de materiales no convencionales, mantenimiento de proveedores, diseño y desarrollo de productos estampados y la comercialización de los mismos”.²⁰⁴

“..a partir de la construcción continua de un espacio en que se establezcan dinámicas de interrelaciones flexibles, donde poder expresar libremente los valores, creencias y significados, atribuidos y vividos o acerca de la percepción de las condiciones tanto materiales como simbólicas”²⁰⁵.

Hablar de espacio, es hablar de configuraciones que posibilitan lugares, sentidos, relaciones, producciones. Es entender estas configuraciones como viabilizadoras del transcurrir de las personas posibilitando encuentros consigo mismo y con el otro. Estas configuraciones se basan en diferentes concepciones, discursos y prácticas sociales a partir de los cuales se estructuran y brindan andamiajes para la producción, el hacer, el placer.

“Mencionaré brevemente las etapas o momentos de un taller. Un primer momento de vivencia, donde se implementarán técnicas disparadoras.....Una segunda etapa de reflexión, en la que se repiensa lo vivenciado....La tercera etapa es la conceptualización, durante la que se realiza la síntesis de los pensamientos y conceptos generados. Finalmente, un momento de evaluación, en la que el grupo explicita lo vivido, se recibe una devolución de las vivencias”²⁰⁶

“Se propone un trabajo en un dispositivo que soporte la inespecificidad de ese sujeto: el dispositivo soporte”²⁰⁷.

Los espacios cuentan con coordenadas, claves, en tanto lugares, días, horarios, tiempos, momentos que posibilitan el transcurrir de las personas. Brindan algunos parámetros, certezas, mientras que en el mismo espacio las personas produzcan, propicien, construyan cosas inesperadas. Son claves que a la vez posibilitan el acontecer de lo imprevisible. Pero también son claves que marcan límites, cortes, inicios, finalizaciones, ciclos, posibilitando generar sostén, posibilitando ubicar dificultades, acompañamientos y proyecciones.

“¿Quién es el sujeto que decide? ¿Por qué decide permanecer al margen?”²⁰⁸

“Mujeres al Sívori se propone como dispositivo abierto a la comunidad; sin embargo continúa recibiendo en su mayoría a usuarias de la red de salud mental de la ciudad y conurbano bonaerense”
Concebir a las personas como sujetos sociales en ejercicio de la ciudadanía implica reconocer cada una de las particularidades que le distinguen y habilitar posibilidades singulares que devengan...”²⁰⁹

Surgen formas de conceptualizar a las personas, en tanto sujeto, participantes, usuario, sujeto social, persona, miradas ancladas en la potencia, las capacidades. Conceptos que se enmarcan en discursos que parten desde Los Puedo y que se expresan a partir de prácticas que toman diferentes actividades, metodologías, en las cuales lo grupal cuenta con una fuerte resonancia.

“Se utilizan los medios de comunicación para generar procesos de construcción de espacios de salud, articulando tres niveles, el espacio comunitario, clínico y comunicacional”²¹⁰

“La dimensión de humor y la del respeto por la singularidad de cada niño y su modalidad particular de goce y de producción atraviesan cada uno de los tratamientos”²¹¹

“Dentro de los objetivos del taller se encuentran: Propiciar un espacio de reflexión, promover recursos que faciliten el intercambio padre – hijo, promover modalidades de expresión más saludables para prevenir los conflictos asociados con violencia y abordar problemáticas ligadas a los adolescentes (sexualidad, sida, adicciones, trastornos de alimentación, etc.)”²¹²

Es el juego, el empleo, la radio, el humor, la reflexión en tanto prácticas a partir de diferentes áreas que posibilitan la participación de las personas desarrollando aprendizajes, apropiándose de saberes, permitiendo descubrir habilidades en función a motivaciones e intereses. Es haber jugado al fútbol con amigos y conocer algo del juego; es haber compartido una experiencia laboral en algún espacio y tener vivencias sobre el desarrollo de una actividad laboral; es haber tocado la guitarra en algún momento y reconocer esta experiencia de conexión con la composición y la música. Son las motivaciones por aprender música, jugar al fútbol, pintar, cocinar.

²⁰⁴ García Ariceta, Verónica. Ateneo Hospitalario. "Programa Cultural para la Inclusión Comunitaria". Terapia Ocupacional. CABA. 2013, pág. 6 (28)

²⁰⁵ Idem, pág. 5

²⁰⁶ Peluffo, Ignacio. Ateneo. Médico. CABA. 2009, pág. 1. (61)

²⁰⁷ Rondán, María. Ateneo Clínico. Psicología. CABA. 2006, pág. 3. (39)

²⁰⁸ Idem, pág. 3.

²⁰⁹ García Ariceta, Verónica. Ateneo Hospitalario. "Programa Cultural para la Inclusión Comunitaria". Terapia Ocupacional. CABA. 2013, pág. 5 (28)

²¹⁰ Domínguez, María Silvina. Ateneo Hospitalario "Derribando Muros". Médico. CABA. 2010, pág. 7. (55)

²¹¹ Rondán, María. Ateneo Clínico. Psicología. CABA. 2006, pág. 4. (39)

²¹² Peluffo, Ignacio. Ateneo Hospitalario. Médico. CABA. 2009, pág. 3. (61)

En este sentido considero que tanto el juego, como el arte, la radio, la reflexión generan motivaciones y viabilizan la participación (compartir actividades con otros, tomar el micrófono, reflexionar sobre diferentes temas, realizar las compras, tocar un instrumento, elegir una canción). Es la participación en espacios que se nutren de diferentes áreas, ámbitos; posibilitando la conexión con el disfrute, el goce, el placer, las equivocaciones.

“Al incluirse en un emprendimiento deberá interactuar con otros, compartir un espacio, tomar decisiones, afrontar riesgos, comprometerse con la tarea, con el grupo, ser solidario, responsables, etc.”²¹³

“El juego nos permite reordenar nuestras capacidades y nuestra identidad misma para poder usarlas en formas imprevistas”.²¹⁴

“Objetivo 3 - Fomentar que las personas puedan construir y sostener vínculos solidarios, respetuosos y de cuidado dentro y fuera del hospital”.²¹⁵

La participación en los diferentes espacios propicia que las personas asuman responsabilidades, tomen decisiones, construyan relaciones, busquen alternativas para los abordajes y las superaciones de sus conflictos, cuestiones que inciden indefectiblemente en diferentes áreas y facetas de su vida. Si las personas pueden sostener un espacio grupal, comprender límites y reglas, realizar aportes, asumir compromisos esto incide en su participación en otros espacios y momentos. Con lo cual la posibilidad de conectarse con el arte, el juego, el empleo posibilitan otros conocimientos, aprendizajes, vivencias. En ocasiones como cuestiones explicitadas hasta el punto de llegar a configurarse como un objetivo y en otras oportunidades como cuestiones que genera el mismo participar.

De esta forma los diferentes espacios son un fin en si mismo, porque posibilitan la conexión con diferentes aspectos pero entiendo que también son usinas, bases rítmicas y melódicas de otros aprendizajes que fortalecen a las personas. Asumir determinadas responsabilidades en un emprendimiento incide en una responsabilidad de sostener un espacio terapéutico o desarrollar una actividad laboral. Organizar materiales para la elaboración de diferentes productos incide en organizar su habitación, sus actividades cotidianas. Pienso que los espacios configuran apoyos en tanto posibilidad de motorizar otros recorridos. Volver a la escuela, mejorar relaciones con el grupo familiar, incorporarse en espacio laboral, participar de una radio barrial.

“Quedaba claro que cada taller tenía que tener: objetivos claros, una metodología, materiales, un coordinador, un observador, una evaluación”²¹⁶

“Un taller, además de sus participantes, se compone de un coordinador y de uno o más observadores.”²¹⁷

“Los operadores acompañan permanentemente el funcionamiento de cada emprendimiento. Se intenta lograr que haya un profesional rentado asignado a cada uno de los cuatro que funcionan en la actualidad. Las relaciones que se establecen son de horizontalidad. En este acompañar, hacen especial hincapié en que los jóvenes sean cada vez más protagonistas y responsables en el funcionamiento de las empresas”²¹⁸

“Con cada nene, trabajan dos terapeutas y también hay en la sesión algunos pasantes”.²¹⁹

Es necesario destacar que otro de los ejes estructurantes son los espacios grupales, en modalidad de taller con acompañamientos por parte de diferentes personas (operadores, profesionales, terapeutas, coordinadores). Personas que viabilizan la tarea, posibilitando generar condiciones para el desarrollo del taller.

“La palabra “taller” tiene su antecedente en el vocablo francés “atelier” que significa lugar donde se fabrica, lugar donde se produce”²²⁰. Asimismo se relaciona con la posibilidad de realizar diferentes tareas con otros, encarando procesos de aprendizaje entendiendo a los mismos como instancias que posibilitan aportar saberes, compartir conocimientos y experiencias. “Aquí, el grupo es el que asume el proceso de conocimiento, con su carácter cooperativo. Se puede decir que el grupo vive un proceso colectivo de aprendizaje que tiende a la comprensión global de la realidad”.²²¹ Considero que el proceso de aprendizaje que viabiliza el taller, se relaciona con la posibilidad de superar posiciones de transmisión de conocimientos proponiendo la instancia de compartir saberes a partir de los cuales poder producir. El término implica un resultado un producto emanado de una tarea

²¹³ Maiani, Aldana. Ateneo hospitalario. “Una alternativa posible”. Terapia Ocupacional. CABA. 2010, pág. 6. (11)

²¹⁴ Huellas Asociación Civil. Proyecto Institucional.

²¹⁵ Seoane Suárez, Jose Luis. Proyecto “Taller de Fútbol”. CABA. 2013, pág. 6.

²¹⁶ Peluffo, Ignacio. Ateneo Hospitalario. Médico. CABA. 2009, pág. 6. (61)

²¹⁷ Idem, pág. 4. (61)

²¹⁸ Martínez, Marina. Ateneo. Trabajo Social. CABA. 2007, pág. 5. (5)

²¹⁹ Rondán, María. Ateneo Clínico. Psicología. CABA. 2006, pág. 4. (39)

²²⁰ Rivello, Beatriz. Teoría y Práctica de Instrumentos Básicos en Trabajo Social.

²²¹ García, Dora. El grupo, métodos y técnicas participativas. 2da. Ed. 2001.

comunitaria".²²² En tal sentido considero que el espacio posibilita la realización de un partido de fútbol, la elaboración de productos alimenticios, la reflexión sobre ejes temáticos de interés, la realización de estampas en remeras. Es la posibilidad de construcción conjunta. El otro es indispensable para jugar, para dialogar, para elaborar, para ser y hacer; ser haciendo, hacer siendo.

Asimismo, la conexión con el hacer viabiliza que las personas puedan protagonizar procesos e iniciativas en los espacios. Que un joven pueda proponer innovaciones en la elaboración de productos; que una persona pueda hacer un asado en un festejo en el marco del taller de fútbol; que algunos jóvenes puedan hacer poesías y leerlas en el taller de radio. Estas acciones van conectando a las personas con sus saberes, experiencias, capacidades, intereses pero también van posibilitando la pertenencia y apropiación del espacio.

En otra clave, el taller posibilita el encuentro con el otro, conocer al otro en el hacer y en el pensar, ir generando procesos de aprendizaje que posibiliten la creación, la responsabilidad, la organización, el conflicto, la búsqueda de alternativas. El encuentro con el otro genera lazos, relaciones, vínculos, posibilitando a partir de diferentes espacios su constitución en tanto referente afectivo. Entiendo REFERENTE AFECTIVO como una necesidad psicosocial básica fundamental para el desarrollo integral de la personalidad, es esta una de las formas más significativas de expresión del amor. Ser tenido en cuenta, ser escuchado, tener alguien con quien dialogar, sentir que alguien se preocupa por uno, es sentirse querido y a través de esto construir un "nosotros" frente a los "otros" en un clima de solidaridad. El afecto, la contención, el amor, el límite influye en el desarrollo integral del niño en los diversos aspectos de su vida.

Hablar de constituirse como referente afectivo posibilita incorporar vínculos en tanto relaciones familiares de las personas. Entramados que brindan sostén y apoyo e inciden en el transcurrir grupal como en la cotidianidad de las personas. Vínculos que se construyen en el espacio, que lo trascienden y lo desbordan, extendiéndose en otros escenarios. Sonoridades que retumban, se escuchan y sienten más allá de un lugar. Sonoridades que se nutren de más instrumentos, que resuenan aquí y allá.

En este sentido considero que "el vínculo va permitiendo acceder a las vivencias, experiencias, historias, trayectorias, vida cotidiana, de niñas, niños y jóvenes. En torno a la singularidad de cada niña, niño y joven, se va desentramando su complejidad mediante la historización de su trayectoria vital. De esta forma y en función a los tiempos, inquietudes, propuestas de niñas, niños y jóvenes se va accediendo a sus referentes familiares, barriales, a instancias educativas, de salud pudiendo visualizar las múltiples vinculaciones, relaciones, determinaciones, incidencias con su trayectoria vital."²²³ Es en este proceso donde se reconocen a niñas, niños y jóvenes como seres históricos, con trayectorias vitales singulares y diversas, con recorridos particulares, con un entramado vincular y múltiples saberes, haceres, con experiencias y vivencias únicas.

Específicamente, en relación al Trabajo Social es en este proceso donde se reconoce la incidencia de lo político, lo económico y lo social y sus múltiples, complejas, variables, diversas incidencias en las trayectorias vitales de niñas, niños y jóvenes. "El Asistente Social actúa en el campo social a partir de aspectos particulares de la situación de vida de las clases trabajadoras, relativos a salud, habitación educación, relaciones familiares, infraestructura urbana, etc. Es a partir de esas expresiones concretas de las relaciones sociales en el cotidiano de la vida de los individuos y grupos, que el profesional hace efectiva su intervención. Estando su actividad referida al cotidiano, en cuanto producto histórico y en cuanto vivencia de los sujetos, él es aquí aprendido como manifestación de la propia historia, en el cual los agentes la producen y reproducen, haciéndose y rehaciéndose en ese proceso".²²⁴ Pensar y hacer en estos términos corroe reduccionismos que intentan focalizar vinculaciones de niñas, niños y jóvenes a la calle, a la locura. **NIÑAS, NIÑOS Y JÓVENES SON RECONOCIDOS COMO SERES, COMO PERSONAS, COMO SUJETOS.**

En primera instancia reconociendo su historia, trayectoria, experiencias y en el mismo proceso acompañando sus proyectos, ideas, pensamientos. De esta forma se subjetiviza, se empodera, surge el poder hacer, construyendo diversos arraigos, vínculos, relaciones que posibilitan a niñas, niños y jóvenes nutrir su proyección vital.

"Retomando lo trabajado con M., mi actuación profesional tuvo y tiene como eje direccionar la transferencia de autonomía al sujeto, pasando a ser el "profesional actuante" un agente o acompañante de procesos, no una "salvadora", "redentora" o "experta".²²⁵

La posibilidad de que las personas puedan desarrollarse en diferentes facetas viabiliza ser protagonista de su proyecto vital, es tomar decisiones, evaluar posibilidades, desarrollar acciones, corresponsabilizándose con otros

²²² Idem.

²²³ Huellas Asociación Civil. Proyecto Institucional.

²²⁴ Iamamoto, Marilda V. Servicio Social y División del Trabajo. Brasil. Cortéz Editora. 2001, pág. 132.

²²⁵ Tonón, Graciela. Las técnicas de actuación profesional del Trabajo Social. Buenos Aires. Espacio Editorial, pág. 21. En Di María, Ana C. Ateneo Hospitalario. Trabajo Social. CABA. 2008, pág. 9. (51)

en tanto apoyos en su transcurrir. Es ser partícipe, es configurarse artífice de sus propias melodías, percutor de sus proyectos vivenciando procesos donde nutre e incrementa su autonomía.

Entiendo que estos diferentes espacios configuran entrecruzamientos de teorías – prácticas sociales; prácticas sociales - teorías, permitiendo la construcción de una metodología en función a las trayectorias vitales de jóvenes. Acuerdo con Vélez Restrepo quien entiende que “La metodología regula y orienta la actividad científica proponiendo orientaciones y procedimientos que aseguren la realización de acciones, en correspondencia con los supuestos establecidos en las matrices teóricas que las rigen”²²⁶ Considero que los diferentes espacios van construyendo su metodología de trabajo en el campo de la salud mental a través de múltiples formas de expresión. Espacios, estrategias, talleres, crónicas, formas particulares que procuran, viabilizan, permiten realizar acompañamientos de personas que padecen sufrimiento psíquico.

“En relación a este proceso solidario de mutuo sostén es oportuno mencionar aquí la riqueza que tiene el entrecruzamiento que se da diariamente entre los jóvenes que provienen del ámbito de “salud mental y aquellos que llegan “de la comunidad”. De hecho, en lo cotidiano, esta distinción se esfuma y en el espacio de los emprendimientos sólo se trata de jóvenes ejerciendo su derecho al trabajo” ²²⁷

La construcción de vínculos, el conocer al otro a partir del encuentro, el compartir formas de expresión, la posibilidad de que los espacios posibiliten participaciones de familiares, amigos, vecinos incide fuertemente en las representaciones sociales en torno a la locura.

Imaginarios, Representaciones Sociales

“Creo necesario el trabajo en doble vía, ayudando a los pacientes con las dificultades concretas con las que se encuentran frente a situación de la vida cotidiana, e intentar que se modifique algo del pensamiento sobre la locura en los no diagnosticados de la sociedad toda”²²⁸.

Las prácticas sociales que se inscriben en entramados comunitarios ancladas en Campos y Fuentes de Legitimidades proponen conceptos y discursos que posibilitan deconstruir representaciones sociales en torno a la locura, a la peligrosidad y al encierro como única y unívoca forma de intervención. Entiendo que “...la noción de representación social nos sitúa en el punto donde se intersectan lo psicológico y lo social. Antes que nada concierne a la manera cómo nosotros, sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano”²²⁹. Si ante instancias de crisis en salud mental que vivencian las personas las propuestas son internaciones no habiéndose trabajado en instancias anticipatorias. Si ante complejidades en las expresiones de los padecimientos las explicaciones son “está loco”, “lo desconozco”, “hay que internarlo”. Si el regreso a la comunidad luego de una internación regenera estigmatizaciones, podríamos formularnos entre otras preguntas:

¿QUÉ OTRAS EXPERIENCIAS, ACCIONES, INFORMACIÓN PODRÍAN CREAR DISTINCIONES Y APORTAR OTRAS MIRADAS, APRENDIZAJES EN TORNO A LA SALUD MENTAL EN LA COTIDIANEIDAD DE LAS PERSONAS?

Con miras a encontrar otras sonoridades en torno a representaciones sociales considero que “Este conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la comunicación y la comunicación social”²³⁰. Conceptos, discursos y prácticas sociales inscriptos en los Campos y Fuentes de Legitimidades con anclajes comunitarios posibilitan la instauración de nociones, discursos y acciones que sonorizan y generan otras miradas, vivencias creando distinciones en función a la locura y el encierro.

La construcción de vínculos, la configuración de redes, el desarrollo de diferentes acompañamientos, las acciones socio sanitarias; partir de los pueblitos de las personas, conllevan a incidir en la construcción de representaciones sociales. Generan miradas según las cuales la salud mental se inscribe en la cotidianeidad de las personas reconociendo formas de acompañamiento que nacen desde estas instancias. Posibilitan visualizar que los seres humanos que sufren padecimientos de salud mental son personas, vecinos, compañeros de escuela, amigos, familiares. Personas con las que dialogamos, compartimos y que es posible desarrollar acompañamientos anclados en la comunidad que inciden favorablemente en las trayectorias de las personas.

²²⁶ Vélez Restrepo, Olga Lucía. “Reconfigurando el Trabajo Social... Perspectivas y Tendencias Contemporáneas”. Buenos Aires. Espacio Editorial 2003. pp. 57.

²²⁷ Martínez, Marina. Ateneo. Trabajo Social. CABA. 2007, pág. 5. (5)

²²⁸ Domínguez, Ma. Silvina. Ateneo Clínico “¿Rehabilitación? ¿Reinserción social? En la búsqueda de un Tratamiento Integral. Médico. CABA. 2011, pág. 16 (54).

²²⁹ Jodelet, Denise. La representación social: fenómenos, concepto y teoría en Pensamiento y Vida Social, pág. 473.

²³⁰ Idem.

Asimismo con miras a agudizar la escucha en torno a las representaciones sociales acuerdo que “De este modo, este conocimiento es, en muchos aspectos, un conocimiento socialmente elaborado y compartido”²³¹. En este sentido hablar de conocimiento socialmente elaborado, da cuenta de luchas, disputas por definir estos conocimientos que legitiman formas y modelos de atención.

De esta forma el encierro y la locura son términos y acciones dominantes en el conocimiento socialmente elaborado y compartido, cristalizando conceptos, discursos y prácticas sociales. En la medida que las prácticas sociales comunitarias puedan desarrollarse en diferentes ámbitos las mismas podrán disputar la construcción de representaciones sociales en torno a la salud mental.

Las diferentes experiencias de revisión, de reforma, los espacios de emprendimientos, juego, reflexión, música, ciertas concepciones y prácticas desde la residencia van resquebrajando anquilosadas representaciones sociales cristalizadas en instituciones que las reproducen, aquí y ahora el hospital psiquiátrico.

Las representaciones sociales configuran imaginarios sociales, en tanto “...referencias específicas en el vasto mundo simbólico que produce toda colectividad y a través del cual ella se percibe, se divide y elabora sus finalidades (Mauss)”²³². De esta manera el imaginario es una de las fuerzas reguladoras de la vida colectiva... los imaginarios sociales no indican solamente a los individuos su pertenencia a una misma sociedad, sino que también definen, más o menos precisamente, los medios inteligibles de sus relaciones con ésta, con sus divisiones internas, con sus instituciones, etcétera (Gauchet, 1977). De esta manera el imaginario social es igualmente una pieza efectiva y eficaz del dispositivo de la vida cotidiana, y en especial del ejercicio de poder.²³³ En este sentido los imaginarios son parte de la legitimación del poder en una sociedad configurando instituciones sociales y políticas que instituyen marcos, límites de funcionamiento. Al tratarse de un esquema de interpretaciones pero también de valoración, el dispositivo imaginario provoca la adhesión a un sistema de valores e interviene eficazmente en el proceso de su interiorización por los individuos, moldea conductas, cautiva las energías y llegado el caso, conduce a los individuos a una acción común²³⁴. Entender en estos términos es comprender las influencias de las representaciones sociales y los imaginarios sociales en los pensamientos y acciones de las personas como así también de los pensamientos y acciones en una sociedad. Sociedad que genera sus propias instituciones para regular, contener, castigar. **¿Es la perpetuidad del hospital psiquiátrico?**

Las representaciones sociales en torno a la locura generan imaginarios que se expresan, instauran, instituyen a través de instituciones dando lugar a impactos, heridas, sufrimiento, estigma.

“El estigma de estas dolencias ha sido una constante en la historia. El desconocimiento por parte de la población general de los trastornos mentales favorece la aparición de mitos y tabúes y dice lo siguiente “Se suele creer que la frontera entre la salud y la enfermedad está definida con claridad, y es frecuente la idea de que una vez atravesada no hay regreso posible “la persona enloqueció”. Estas nociones equivocadas influyen en quienes rodean a la persona afectada: le tienen miedo, piensan que nunca va a volver a estar bien o simplemente no saben como tratarla (Lagomarsino 2006)”²³⁵

“Tanto la integración de la atención y los distintos cambios asistenciales anteriormente mencionados hicieron posible grandes avances en Andalucía: Un acercamiento de la salud mental a la población, el reconocimiento de derechos de los pacientes, reducción del estigma social, mejoría en la calidad de vida y evolución clínica”²³⁶

“El estigma no se rompe con la mera voluntad, ni saliendo a reclamar para que las cosas sean de otra manera. Lo interesante es que este proceso se da a través del feed-back con la comunidad”²³⁷

Las representaciones sociales, en tanto ideas, percepciones del otro conllevan a categorizar, en función a determinados atributos, características. De esta forma se deja de concebir al otro como una totalidad y se lo reduce a cierto atributo o característica. “Un atributo de esa naturaleza es un estigma, en especial cuando él produce en los demás, a modo de efecto, un descrédito amplio; a veces recibe también el nombre de defecto, falla o desventaja”²³⁸. De diferentes modos, las mismas repeticiones, transposiciones²³⁹ de mismas melodías en diferentes tonalidades. El estigma marca una diferencia en torno a cierto atributo que genera una división tajante, normal – anormal, sano – enfermo, categorizaciones dicotómicas. Compartimientos estancos, categorías rígidas, unificadoras. “Creemos, por definición, desde luego, que la persona que tiene un estigma no es totalmente humana” “Construimos una teoría del estigma, una ideología para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro que representa esta persona...”²⁴⁰ Las implicancias de las representaciones sociales, en la construcción de miradas, acciones, expectativas generan

²³¹ Ídem.

²³² En Baczo, Bronislaw. Los imaginarios sociales: imaginación social, imaginarios sociales. Nueva Visión, pág. 28.

²³³ Baczo, Bronislaw. Los imaginarios sociales: imaginación social, imaginarios sociales. Nueva Visión, pág. 30.

²³⁴ Ídem, pág. 30.

²³⁵ Ídem, pág. 9.

²³⁶ Peluffo, Ignacio. Ateneo Hospitalario “Dos décadas sin manicomio”. Médico. CABA. 2010, pág. 9. (47)

²³⁷ Domínguez, María Silvina. Ateneo Hospitalario “Derribando Muros”. Médico. CABA. 2010, pág. 7. (55)

²³⁸ Goffman, Erving. Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires. Amorrortu. 2001.

²³⁹ Pasaje de una melodía de una tonalidad a otra, teniendo en cuenta las alteraciones correspondientes a cada escala.

²⁴⁰ Conferencia del Dr. Benedetto Saraceno, organizada por la Comisión de Acción Social y Salud Pública de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación. Edificio Anexo del Congreso de la Nación, 25 de agosto de 2009.

impactos en el otro. “El 99 por ciento de las personas que tienen un problema de salud mental tienen algún grado de estigma. El enfermo mental es estúpido, es peligroso, nunca se recuperará, es un enfermo crónico sin posibilidad de mejora”.²⁴¹ ¿Qué lugar le queda al otro en estos no lugares, en estas configuraciones y cosificaciones obturantes del Ser? Nuevas transposiciones, mismas miradas, mismas nociones, mismos discursos en otra tonalidad, pero las mismas melodías. “Así, pues, se puede decir que el enfermo mental, colocado en una institución cuya finalidad terapéutica resulta ambigua por su obstinación en no querer ver más que un cuerpo enfermo, se ve abocado a hacer de esta institución su propio cuerpo, asimilando la imagen de sí mismo que ésta le impone”²⁴². El sujeto empieza a vivir y construirse en torno a este padecimiento por el cual es nominado, buscando explicaciones de lo que le pasa en torno a su bipolaridad, esquizofrenia,.... “Se trata, pues, de una comunidad completamente antiterapéutica por su obstinación en ser sólo un enorme receptáculo lleno de una cantidad de cuerpos que no pueden vivirse, para hacerles vivir a su manera, en la esquizofrenia, la psicosis maniaco depresiva o el histerismo: definitivamente cosificados...”²⁴³ En este sentido hablar de estas posiciones asumidas y asignadas, unívocas, unificantes, configuran identidad. Martínez Reguera afirma “es más tolerable ser rechazado por lo que se “hace” que por lo que se “es”, y más tolerable ser lo que se es, aunque sea “malo” que no ser “nadie”. “La vida por naturaleza es afirmación de sí. Cualquier cosa le es tolerable menos su simple y llana negación. La insignificancia, la inutilidad, es lo único que le resulta intolerable.”²⁴⁴ De esta forma categorizaciones como “paciente”, “incapaz”, “inhabilitado”, “enfermo mental” conforman nominaciones de no ser alguien. Por lo tanto la incógnita de una búsqueda posible de ser alguien. “Desdichadamente, en el “ser malo”, “ser delincuente” como dicen los mayores hay un ciego intento de afirmación de sí, una búsqueda de identidad a partir de los estigmas que se le imponen como posibilidad única. Y en este sentido el delito se convierte en éxito, en hallazgo de significación”²⁴⁵. Asimismo, considero que “El problema aparece cuando las personas asumen integralmente esa identidad (que puede ser auto - atribuida o alter-atribuida – por otros) como si fuera la única”²⁴⁶. En este sentido Renato Ortiz sostiene que la identidad es fruto de una construcción simbólica que los contiene como marcos referenciales o sea que se construye en relación a un referente y que por lo tanto no tiene mucho sentido la búsqueda de una identidad, sería más correcto pensarla en la interrelación con otras identidades, construidas según otros puntos de vista, “relación entre quien es identificado y quien identifica” (Stahl, 1981:339).

Por otro lado, el autor sostiene que al decir que es una construcción simbólica, se está afirmando que es un producto de la historia de los hombres, con lo cual permite indagar acerca de los artifices de esta construcción, los diferentes grupos sociales que la sostiene, los intereses que oculta, las relaciones sociales que prescribe. El debate sobre la identidad se encuentra, pues, permanentemente penetrado por intereses conflictivos, es una construcción cultural e ideológica, una selección, un ordenamiento de determinados recuerdos, lo que implica construir una memoria específica expresión de luchas e intereses.

Considero esclarecedor la concepción de identidad planteada por Maura Penna²⁴⁷ quien sostiene que se entrecruzan diferentes elementos a efectos de conformar la identidad. Entre dichos elementos se puede encontrar: la naturalidad, que está dado objetivamente por el lugar de nacimiento; vivencia: experiencia vivida en el espacio regional, y tal como lo expresa (Bezerra de Menezes, 1987:188) “ser de cierto lugar no expresa vínculo de propiedad sino una red de relaciones”. Por otra parte es necesario tener en cuenta a la cultura, tomando al sujeto como inserto social y culturalmente y como autor de diversas prácticas culturales, con lo cual descartamos los referentes del psicoanálisis relativos al inconsciente y su funcionamiento más relacionado con la identidad individual. Tomando estos puntos los mismos conforman a la identidad como algo dado, o sea derivado de algún hecho observable ante lo cual M. Penna toma como cuarto componente la auto-atribución, el cual se basa en si el individuo se reconoce como tal, identificándose con un grupo y diferenciándose de otros.

Existen dos direcciones en términos de clasificaciones de identidad: la **auto-atribución** y la **alter-atribución**. La primera se concibe y sostiene desde y hacia el interior del grupo y se basa en el auto-reconocimiento, donde el criterio es la vivencia. En la alter-atribución las acciones, hábitos, bienes de cada uno (grupo – individuo) son objeto de representaciones mentales de los otros. Estas dos direcciones, establecidas por M. Penna se relacionan directamente con el proceso de construcción identitaria esgrimido por Vila donde sostiene que es de doble carácter, **cómo yo percibo a los otros** y **como yo creo que los otros me perciben a mí**. Ambos autores dan cuenta de un mismo proceso, de donde se desprende que existe una construcción permanente del Otro-Nosotros lo cual implica la precariedad y maleabilidad de las identidades.

²⁴¹ Idem.

²⁴² Basaglia, Franco. La Institución de la Violencia, en La institución negada. Editorial Barral. 1972, págs. 129 – 169.

²⁴³ Basaglia, Franco. La Institución de la Violencia, en La institución negada. Editorial Barral. 1972, págs. 129 – 169.

²⁴⁴ Martínez Reguera, Enrique. Cachorros de Nadie. Madrid. Popular S.A., 1988, pp. 144.

²⁴⁵ Idem.

²⁴⁶ Di María, Ana Clara. Ateneo. Rotación por Sistema Integrado de Rehabilitación y Reinserción (SIRR). Inédito. 22 septiembre 2009.

²⁴⁷ Penna, Maura. Lo que hace ser nordestito. Brasil. Ed. Cortéz. 1992.

Bokser plantea “En términos de identidades humanas, las vivencias y las experiencias van configurando naturalidades y estas naturalidades van siendo co-constructoras de una multiplicidad de vivencias y experiencias...”²⁴⁸

“La empresa social...La persona junto con otras, en conjunto con otras, desarrollará capacidades productivas. Haciendo un recorrido de paciente a socio, a emprendedor. Y así, irá construyendo una identidad laboral que modifique la representación social y el estigma de la enfermedad mental...”²⁴⁹Actúa sobre las representaciones sociales de la comunidad al ubicar al “loco” como alguien que es capaz de crear, producir y trabajar como todos los “normales”²⁵⁰

Del enfermo, el loco, alguien en quien no se puede confiar, ha pasado a ser alguien capaz de crear, producir y trabajar como todos los “normales”.

“En muchos casos se da además, una modificación del lugar que los jóvenes tienen asignados en su familia y en su comunidad”²⁵¹.

“En este sentido, el trabajo supone un factor de integración, normalización, esto permite que el paciente, que presenta una enfermedad crónica adquiera un rol de trabajador, por sobre el rol de enfermo psiquiátrico”²⁵².

Considero que en la medida que las personas puedan construir identidades que aporten en la construcción subjetiva, esto incide en las proyecciones, itinerarios, acciones. Potenciando posibilidades, generando potencias e incidiendo en su transcurrir. Diferentes espacios aportan en estas construcciones, cuando hablan de la posibilidad de propiciar el rol de trabajador o cuando a partir del juego se procura la construcción de personas que disfrutan, participan, discuten, se pelean, gritan, se abrazan, corren intentando deconstruir y disputar la noción y construcción identitaria de “paciente”. Algunas otras notas, melodías para continuar pensando y haciendo...

²⁴⁸ Bokser, Mirta. Comentarios a la Presentación del Lic. Jose Luis Seoane Suárez... Desafíos de la convocatoria a una institución hospitalaria. Sujetos y Subjetividad. Una lectura en, desde y hacia el campo de Derechos Humanos. 2007. Inédito.

²⁴⁹ Maiani, Aldana. Ateneo hospitalario. Una alternativa posible. Terapia Ocupacional. CABA. 2010, pág. 5. (11)

²⁵⁰ Cohen, H; Natella, G. Trabajar en Salud Mental. La desmanicomialización en Río Negro. Lugar Editorial. Bs. As. 1995, pág. 84. En Maiani, Aldana. Ateneo hospitalario. “Una alternativa posible”. Terapia Ocupacional. CABA. 2010, pág. 5. (11)

²⁵¹ Arias, Roxana, Comas, Corina. Ateneo Hospitalario “La Clínica de lo Social”. Trabajo Social. CABA. 2000, pág. 7. (53)

²⁵² D. Díaz, S. Chacón. Proceso de inserción laboral de personas con esquizofrenia: Análisis desde una institución de apoyo. Revista de psicología de la universidad de Chile. 2006. En Domínguez, Ma. Silvina. Ateneo Clínico “¿Rehabilitación? ¿Reinserción social? En la búsqueda de un Tratamiento Integral. Médico. CABA. 2011, pág. 14. (54)

NOTAS, MELODÍAS, ARMONÍAS Y DISONANCIAS.

REFLEXIONES, CONSIDERACIONES.
TRABAJO SOCIAL, SALUD MENTAL, CAMPOS Y FUENTES DE LEGITIMIDADES.

En este momento de la escritura me animo a realizar algunos aportes, consideraciones a partir del transcurrir por los diferentes capítulos de esta producción, con expectativas e ilusiones que puedan enriquecer el pensar y hacer del Trabajo Social en Salud Mental. Como así también puedan aportar aproximaciones, incertidumbres, preguntas, inquietudes...

Trabajo social, Teorías, Prácticas. Lo Político. Lo Metodológico.

Los Campos y Fuentes de Legitimidades en tanto Matrices de Pensamiento, ofrecen diferentes principios, nociones, conceptualizaciones, reconocimientos en torno a los seres humanos, sus vivencias, experiencias, entramados, que posibilitan fundamentar y construir prácticas sociales acordes²⁵⁴, una confluencia armónica de prácticas institucionales, profesionales, comunitarias...

El reconocimiento de que todas las Personas son Seres Humanos. Con debilidades, falencias, capacidades, potencialidades. Es el valor intangible de la condición humana; la dignidad y la libertad de la persona. Es la noción, el concepto, el discurso, las prácticas de derechos humanos como inherentes a la condición humana. Los derechos humanos como forma de limitar los poderes del Estado así como también concebir y afirmar la responsabilidad indelegable de los poderes estatales de crear circunstancias que permitan progresar espiritual y materialmente hasta alcanzar la felicidad. Es entender que el desarrollo de las personas es y está atravesado por condicionamientos y determinantes económicos, laborales, educativos, vinculares... en contextos comunitarios inscriptos en relaciones de familia y relaciones familiares, por nombrar algunos...

En este sentido los Campos y Fuentes de Legitimidades configuran sinfonías desde las cuales escuchar, conceptualizar, hacer en diferentes espacios y áreas del ejercicio profesional del **Trabajo Social en Salud Mental**. Netto expresa que “el Trabajo Social si quiere enfrentar exitosamente los retos contemporáneos requiere de densidad teórica, competencia interventiva, operativa, competencia técnica y competencia política”²⁵⁵. **Las articulaciones teorías – prácticas; prácticas – teorías, nutren posicionamientos políticos en Trabajo Social** como así también posibilitan la construcción de metodologías acordes.

Hablar de construcción de vínculos; de acompañamientos; de recuperar historias vitales, entramados vinculares y comunitarios; visitas domiciliarias; espacios grupales en el marco de la integración armónica de respuestas es hablar de herramientas inscriptas en metodologías que contienen nociones, discursos; andamiajes de diferentes prácticas sociales. Es hablar de cómo nociones como salud, seres humanos, potencialidades son ejes estructurantes de prácticas y cómo estas prácticas generan y nutren nociones.

Considero que las relaciones conceptos, discursos, prácticas sociales, van configurando posicionamientos críticos del Trabajo Social, posibilitando realizar distinciones en torno a las demandas del Trabajo Social por la clase capitalista. Desde estas posiciones el Trabajo Social es considerado como “...una de las “tecnologías” puestas al servicio de la reproducción de la fuerza de trabajo, del control social y de la difusión de la ideología dominante entre las clases trabajadoras”²⁵⁶. Asimismo, es considerado como “un instrumento auxiliar y subsidiario, al lado de otros de mayor eficacia política y amplitud, en la concretización de esos requisitos básicos para la continuidad de la organización social vigente”.²⁵⁷ Considero que el Trabajo Social desarrolla acciones relacionadas con el control social, la dominación pero por otra parte viabiliza, genera, incide en las condiciones de vida de las personas a partir de instaurar acciones en diferentes áreas tales como salud, educación, empleo, familia. Esto posibilita concebir a la

²⁵³ Final de una obra narrativa o dramática; parte en la que se resuelve su trama. Diccionario Kapeulz de la Lengua Española.

²⁵⁴ Acorde: Conjunto de tres o mas sonidos, combinados armónicamente, que suenan en forma simultánea. Diccionario Kapelusz de la Lengua Española.

²⁵⁵ Netto, José Paulo. Reflexiones en torno a la “cuestión social”. En “Nuevos escenarios y práctica profesional. Una mirada crítica desde el Trabajo Social”. Espacio Editorial. Buenos Aires. 2002.

²⁵⁶ Yamamoto, Marilda V. Servicio Social y División del Trabajo. Cortéz Editora. Brasil. 2001, pág. 138.

²⁵⁷ Idem, pág. 121.

profesión entramada en pentagramas donde lo esperado y las posibilidades en torno a lo esperado pueden diversificarse en acciones que incluyan partituras a modo de nutrir proyectos vitales de las personas.

Es necesario distinguir estas sonoridades de pensar solamente en la reducción de la conflictividad social producto de las relaciones capital - trabajo en las sociedades modernas capitalistas. El Trabajo Social anclado en relaciones entre conceptos, discursos y prácticas sociales inscriptas en matrices de pensamiento de campos y fuentes de legitimidades posibilita diferentes análisis, visualizaciones, acciones subjetivantes en relación a las personas.

En el plano de **análisis**, a partir del Trabajo Social es posible tomar contacto con diferentes hechos, que aparecen desconectados, desarticulados tanto como nominaciones, conceptos, inhabilitaciones, certificaciones. En este sentido "El asistente social, debido a su inserción socio-institucional particular se pone en contacto con varios niveles de la realidad que aparecen en el plano de la singularidad, en forma de hechos/problemas aislados de diversas formas: individuales, familiares, grupales y/o comunitarios"²⁵⁸. Hablar de singularidad en este marco es hablar de la apariencia, de los hechos como explicativos de sí mismos con relaciones insonoras u ocultas (ausencia de protagonismos de las personas) en sonoridades complejas. Trascender esta instancia oculta o cautiva, fenomenológica posibilita conocer esas complejidades que contienen y le dan sentido a estos hechos. (Insonoridades constituidas en sonoridades complejas).

Nominaciones como "paciente" y su relación con otros diferentes conceptos, discursos, prácticas sociales posibilita **sonorizar mecanismos de poder subterráneos**, obras maquiavélicas, aceitadas; engranajes reproductores; que cristalizan lógicas cosificantes, tipificaciones en tanto adjetivaciones y preposiciones; dicotomías, simplificaciones; neutralizaciones en esos mecanismos, de andamiajes institucionales. **Analizar** tales dispositivos estos **mecanismos** (dispositivos de poder), visualizando formas de captación, acciones que desarrollan, formas y maneras en que se extienden, artimañas que engendran para reproducirse en el tiempo posibilita sonorizar lógicas subterráneas y silenciadas que inciden en la reproducción de conceptos, discursos y prácticas sociales. In-capacitaciones, Des-habilitaciones, Re-habilitaciones, Inserciones. Acreditar – Certificar – Acceder a Beneficios – Acreditar lo Certificado. Es sonorizar lo imperceptible, lo reticular, lo naturalizado, analizarlo para reconocer las implicancias del Trabajo Social en la reproducción, conciencia, disputa de los mismos.

Considero vital **hacer distinciones entre la reproducción en forma sistemática de conceptos, discursos y prácticas sociales** en un hospital psiquiátrico **y un desvendar – sonorizar estas reproducciones, su origen, su relación con determinantes** como así también sus implicancias en las lógicas de una institución de salud mental.

Desvendar y sonorizar posibilita tener conciencia crítica de la labor profesional inmersa en complejidades institucionales. Es visualizar estos mecanismos y dispositivos, su funcionamiento, posibilidades, limitaciones, reproducciones, disputas en y desde el Trabajo Social.

Asimismo, desvendar y sonorizar posibilita visualizar que las políticas y programas sociales implementados a través del hospital psiquiátrico en tanto institución, implican por un lado regulación legal, disciplinamiento, entre sus formas, las relaciones conceptos, discursos, prácticas sociales y por otro lado mecanismos de búsquedas de consenso y reconocimiento de la población. En este sentido la política social desarrolla diversos mecanismos que entran dominación, consenso, legalidad, legitimación.

Considero importante destacar que pudiendo optar por ciertas teorías, prácticas; el mismo **Trabajo Social "Reproduce también, por la misma actividad, intereses contrapuestos que viven en tensión..."** Participa tanto de los mecanismos de dominación y explotación como también, al mismo tiempo y por la misma actividad, da respuesta a las necesidades de sobrevivencia de las clases trabajadoras y de la reproducción del antagonismo de esos intereses sociales..."²⁵⁹ En este sentido el Trabajo Social que pretende o afirma inscribirse en campos y fuentes de legitimidades reproduce sin embargo, relaciones sociales antagónicas y necesarias a la vez, para garantizar la sustentabilidad de estas lógicas, en el marco de sistemas capitalistas.

Específicamente, en el hospital psiquiátrico en el solo transitar por sus mecanismos, dispositivos, recursos (relaciones entre recursos humanos, provisión de medicamentos, prácticas de privación de movimiento, recepción o no de visitas, otorgamiento de libertad los fines de semana), el **Trabajo Social desarrolla y despliega y hasta reproduce** imperceptiblemente acciones, discursos, conceptos, gestos, miradas, prácticas, posiciones que los fortalecen, anquilosan...entre ellos el encierro y el aislamiento.

²⁵⁸ Nobre Pontes, Reinaldo. Mediación: categoría fundamental para el trabajo del asistente social en Servicio Social Crítico. Brasil. Cortéz Editora. 2003. pág. 213.

²⁵⁹ Yamamoto, Marilda V. Servicio Social y División del Trabajo. Cortéz Editora. Brasil. 2001, pág. 89.

Sin embargo, es fundamental **distinguir entre la mera reproducción en forma sistemática** de naturalizaciones y cristalizaciones de mecanismos relacionados con la locura u **optar por ciertos posicionamientos teóricos, políticos, ideológicos** inmersos en esos mecanismos. Aunque igualmente reproduzcamos de diferentes formas y maneras porciones, trozos, engranajes, notas, melodías, compases, de los mismos mecanismos, dispositivos y recursos, son diferentes las miradas, los análisis, la conciencia crítica en torno a los mismos; y también las posibilidades de desarrollar acciones en estas partituras (que recordemos, que cautivan otras subterráneamente). **Conocer y estar en contacto** hoy con totalidades, complejidades, funcionamientos de lógicas institucionales (por ejemplo un hospital psiquiátrico) lleva a desarrollar acciones, prácticas en torno a dádivas del Estado, que puedan fortalecer, y de hecho fortalecen diferentes formas y modos de sobrevivencias y subsistencias de las personas. Incluso su muerte.

Entiendo que estas relaciones entre pensar hacer disputan de diferentes formas los mecanismos devoradores de subjetividades que engendra hoy un hospital psiquiátrico. En este sentido lamamoto expresa que “Lo nuevo está en apropiarse teórica y prácticamente y por lo tanto políticamente – de las posibilidades reales y efectivas, presentadas en coyunturas nacionales particulares....apropiarse de esas posibilidades traduciéndolas en respuestas profesionales creativas y críticas...”.²⁶⁰ Pienso que conocer los mecanismos, dispositivos, recursos del hospital psiquiátrico posibilita lecturas que aportan coyunturas a partir de las cuales entramar proyectos, programas, espacios que **podrían disputar de diferentes formas y maneras constructivas**.

En un intento de dar la nota, considero fundamental la posibilidad de **interpelar y cuestionar al hospital psiquiátrico actual desde diferentes disciplinas, organizaciones, medios familiares, espacios** a través del capital simbólico, económico, cultural, en términos de Bourdieu.

En este sentido considero al **juego como una arista, sonoridad** que posibilita realizar aportes desde otras miradas al Trabajo Social, fortaleciendo concepciones y prácticas sociales en entramados de salud mental. El juego posibilita así, apropiarse de saberes, vivencias, experiencias. Generar habilidades, potencias en espacios grupales. Son espacios que de estas características posibilitan realizar debates en términos de pensar el qué hacer y saber lo que pensamos (noción de elucidación de Castoriadis) en el micromundo de un hospital psiquiátrico.

Las meras acciones individuales, aisladas terminan configurando al trabajador social en comportamientos ligados al fatalismo o al mesianismo utópico, en términos de lamamoto. En relación a la visión desde el fatalismo, se visualiza al Trabajo Social atrapado en redes de poder, como monolítico y sin que nada se pueda hacer. “El mesianismo se traduce en una visión “heroica”, ingenua de las posibilidades revolucionarias de la práctica profesional a partir de una visión mágica de la transformación social”²⁶¹ Estas posiciones llevan a desarrollar experiencias aisladas, endogámicas, enquistadas en lógicas institucionales, que argumentando desde la oposición y la crítica reproducen en realidad las mismas lógicas que intentan quebrar. Tales eufemismos (palabras y argumentos que se usan omitiendo sus auténticos significados)²⁶², reducen posibilidades de disputar con otras experiencias, espacios, disciplinas, actores, prácticas; es decir, capitales de micromundos de hospitales psiquiátricos. Por otra parte, más que frecuentemente ciertas experiencias innovadoras intentadas –con miras a interpelar funcionalidades repetitivas- se extinguen cuando su coordinador no continúa sosteniéndolas ni logran incorporarse a los micromundos de hospitales psiquiátricos.

Es así que las observaciones, descripciones y análisis de los contenidos y dimensiones de los submundos que constituyen un hospital psiquiátrico –en tanto agente, con diferentes capitales en el universo de la salud mental, inscripto como tal en políticas públicas dominantes en materia de salud de seres humanos- son fundamentales para visualizarlos y configurarlos desde diferentes experiencias, disciplinas, áreas que trasciendan al hospital psiquiátrico en términos de contextos sociales, políticos, económicos, culturales, éticos, ecológicos, solo por nombrar algunos.

Es hablar también así de confluencias –disidencias, acuerdos- de ejercicios de poderes y relaciones de poderes en áreas gubernamentales y no gubernamentales de salud, empleo, juego, recreación, deportes....

Los **espacios de ateneos son otras formas visibilizar y viabilizar conexiones** teórico – prácticas que posibilitan (o posibilitarían) generar prácticas sociales orientadas a nutrir proyecciones vitales.

En el contexto de este trabajo la **teoría y práctica de la música** es tenida en cuenta como **actividad subjetivizante** que retroalimenta visualizaciones y viabilizaciones que pueden dar lugar (y de hecho frecuentemente dan lugar) a una realización de conexiones con las realidades de las personas y su participación activa.

²⁶⁰ lamamoto, Marilda V. Servicio Social y División del Trabajo. Cortéz Editora. Brasil. 2001, pág. 99.

²⁶¹ [idem, pág. 186

²⁶² Por ejemplo: afirmar que se trabaja en el marco de los derechos humanos cuando el primer recurso es solicitar la “intervención judicial”...o afirmar que se trabaja “interdisciplinariamente” cuando ciertos profesionales de ciertas disciplinas se reúnen cada equis tiempo.

Entiendo que los campos y fuentes de legitimidades –nutriendo conceptos, discursos y prácticas sociales– producen y reproducen ciertos acercamientos a **realidades de personas que padecen, sufren afectaciones a su salud mental**. Esos campos y fuentes de legitimidades proponen rescatar experiencias, vivencias, sentimientos, emociones y pensamientos de esas personas en las búsquedas de acciones y recursos interiores y exteriores que intenten (y logren, tal vez) reducir sus sufrimientos y padecimientos fortaleciendo sus **protagonismos y proyecciones vitales**.

Capítulo V

ESTROFA

LOS NOMBRES, EL ESPACIO, EL JUEGO.

EL JUEGO COMO SENTIDO DE VIDA Y DE DISPUTA.

TALLER DE FUTBOL

LA ALEGRÍA DE HACER UN GOL,
UNA GAMBETA,
UN TAQUITO,
UN CAÑO,
UNA GRAN JUGADA.

LA ALEGRÍA DEL ABRAZO,
DEL GRITO QUE SALE DEL ALMA,
DEL ALIENTO DE UN COMPAÑERO,
DE LAS GANAS DE JUGAR.

LA ALEGRÍA DE QUE LA PELOTA RUEDE,
DE QUE LA IMAGINACIÓN NOS ELEVE
Y LOS SUEÑOS EN UNA CANCHA
SE HAGAN REALIDAD.

LA ALEGRÍA DEL QUE VIENE,
DEL QUE SE VA,
DE LO COMPARTIDO,
DE LO VIVIDO,
DE LA MEMORIA DE HABER SENTIDO
ALEGRÍA AL JUGAR.

LA ALEGRÍA DE SEGUIR GAMBETEANDO,
AMAGANDO,
HACIENDO JUGADAS EN LA VIDA
QUE NOS HACEN SENTIR
LA LIBERTAD.

Jose Luis Seoane Suárez

En sintonía con esta producción, encontramos tonalidades y acordes donde el pensar y los quehaceres intentan relacionarse, entramarse. Considero propicio realizar algunas observaciones y descripciones del espacio de **Taller de Fútbol**²⁶³, en tanto acción propositiva y constructiva desde el Trabajo Social en Salud Mental en un hospital psiquiátrico.

²⁶³ Espacio coordinado a partir de mi transcurrir en la Residencia de Trabajo Social y extendiéndose en el marco de haber accedido por concurso a cargo de planta en un hospital de emergencias psiquiátricas. (2007 – 2014).

Procurando poner en valor la experiencia del taller, he realizado un ateneo denominado "Taller de Fútbol Ambulante", vinculado con este espacio (Diciembre 2007); como así también he presentado un trabajo con el nombre de "El Juego como Sentido de Vida y de Disputa" en las XV Jornadas de Residentes de Salud Mental del Área Metropolitana, con miras a compartir las ideas, avances, vivencias que fueron surgiendo. (Noviembre 2007).

En el marco de la residencia en salud de servicio social en este hospital he podido realizar una rotación por cuatro meses en el taller de fútbol que coordina el equipo de Talleres Protegidos de Rehabilitación y Reinserción del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires; esto posibilitó compartir tiempos, aunar criterios; enriqueciendo sendas experiencias. Desde este espacio participamos en el Encuentro Cultural y Deportivo "Patás Arriba", evento organizado en torno a desarrollar formas de integración social (Noviembre 2008); de las jornadas deportivas en el Club Flandria (Jauregui 2008) y en la Colonia Nacional "Dr. Manuel A. Montes de Oca" (Torres, 2008).

Como cierre de esta experiencia de trabajo conjunta realizamos un corto cinematográfico del taller que pudo ser presentado en el 7mo Congreso Internacional, Salud Mental y Derechos Humanos, organizado por la Asociación Madres de Plaza de Mayo. (Diciembre 2008)

A partir de los intercambios realizados en la rotación hemos participado con un equipo de fútbol surgido del taller en dos encuentros deportivos organizados por "Talleres Protegidos de Rehabilitación y Reinserción" del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en el predio del club Barracas Central (2009/2010).

El origen de esta experiencia recupera la labor desarrollada por enfermeros en este hospital quienes organizaban partidos de fútbol, en tanto actividad grupal, en la que participaban personas que se encontraban internadas. La incorporación de esta actividad generaba bienestar, alegría, motivación e incidía en la reducción de “refuerzos”²⁶⁴ de medicación. Partimos de estas ideas y vivencias configurando un espacio con características propias y singulares.

En el taller de fútbol participan jóvenes, mujeres y hombres que sufren algún padecimiento en relación a su salud mental y transcurren por diferentes instancias y modalidades de atención y vinculación en el hospital psiquiátrico (internación, hospital de día, consultorios externos, guardia); familiares, amigos y coordinadores.

Hemos intentado construir un ámbito que viabilice la participación a partir del juego, reconociendo la singularidad de cada sujeto y desarrollando acciones que posibiliten nutrir las proyecciones vitales de las personas, específicamente procurando aportar herramientas, aprendizajes, vivencias, experiencias que incidan en su salud mental.

Entiendo que “**Juego**” es distinto de “partida” o “pasatiempos”. Considero al juego como viabilizador del hacer, expresar, descubrir, encontrarse, emocionarse, reírse, generando capacidad de abrazo. El “Juego es el espíritu de exploración en **libertad**, hacer y ser por puro placer”.²⁶⁵ “...implica emocionarse, quedar expuesto, ganar o perder, a veces sentirse torpe, estar entregado al grupo, no a la defensiva, etcétera”.²⁶⁶ “El juego es una actitud, un espíritu, una forma de hacer las cosas”.²⁶⁷ Desde esta perspectiva pienso que el juego permite la participación y se relaciona con formas de **hacer, crear, decir, vincularse** con el otro; de construir en forma conjunta; de aportar, colaborar, equivocarse, comprender, quedar en ridículo, configurando una de las múltiples formas de encontrarse con el **SER**, individual y grupal.

El juego necesita un ámbito propicio en torno a que pueda desarrollarse. “Esto conlleva a entender la participación desde la presencia, la realización, el deseo, lo instrumental. A la integración, como modalidad de relación con el otro, par o adulto. La aceptación de pautas en relación a la construcción del propio cuerpo. Y al juego como marco de contención del jugar”²⁶⁸. Winnicott plantea que es preciso considerar los juegos y su organización como parte de un intento de precaverse contra los aspectos aterradores del jugar. Cuando los niños juegan tiene que haber personas responsables cerca...”. En este sentido hemos ido construyendo diferentes momentos, tiempos, lugares, maneras que brindan oportunidades para algunas certezas, algunos errores, límites, sentidos y significaciones en el espacio.

- Implementamos el taller los días viernes en el horario de nueve a trece treinta a horas. Nos encontramos en la entrada o en el Servicio social del hospital y con algunos jóvenes, recorremos los servicios motivando y generando condiciones para que las personas puedan incorporarse al espacio. Desde el encuentro con las personas describiendo el taller; el dialogo con profesionales de los “equipos tratantes” y enfermeros con quienes acordamos:

- personas que pueden participar.
- especificidades del momento que las personas se encuentran atravesando en función a su salud mental.
- Acompañamientos necesarios para viabilizar la participación de las personas.
- Acciones acordes.

Hasta el dialogo telefónico días previos al taller en torno a motivar y apoyar.

Durante el período 2010 – 2011 realizamos partidos con diferentes equipos de fútbol, cuestión que fue permitiendo la consolidación de un equipo competitivo. Asimismo, he podido realizar un corto que posibilita visualizar el espacio de taller, dando cuenta de las vivencias y experiencias de los jóvenes que participan, habiendo sido presentado en las Jornadas de este Hospital de Emergencias Psiquiátricas “Torcuato de Alvear” realizadas del 16 al 18 de noviembre de 2011. (www.youtube.com / Taller de fútbol del Hospital Torcuato Alvear I Buenos Aires).

He presentado un trabajo describiendo esta experiencia en el V Encuentro Internacional de Trabajo Social en la Universidad de Buenos Aires, habiendo sido incorporado en Trabajos Seleccionados. V Encuentro Internacional de Políticas Públicas y Trabajo Social: debates en torno a la construcción de la institucionalidad / Marcela Banegas... (et.al.); coordinado por Ana Arias, Bárbara García, Godoy, Romina Manes. 1era. Edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, 2014. E-book. ISBN 978-987-28642-6-2.

El 17 de agosto de 2013 he participado del panel “Campos de legitimidades y prácticas en salud mental” desarrollado en Taller Nivel IV de la Carrera de Trabajo Social, dando cuenta de los procesos subjetivantes del juego en la salud mental. Decido cerrar el espacio, con dolor y decepción por diferentes contextos institucionales que inhibieron y coartaron hasta asfixiar la experiencia.

²⁶⁴ Dosis de medicación que se suman al plan farmacológico de las personas en momentos muy específicos.

²⁶⁵ Nachmanovich, Stephen. Free Play. La improvisación en la vida y en el arte. Ed. Planeta. 1991, pág. 58.

²⁶⁶ Pescetti, Luis María. Manual de Animación y juegos musicales. Ed. Guadalupe, pág. 31.

²⁶⁷ Nachmanovich, Stephen. Free Play. La improvisación en la vida y en el arte. Ed. Planeta. 1991, pág. 58.

²⁶⁸ Huellas Asoc. Civil, Proyecto “Caminando Juntos”. CABA, 2001.

- El taller está conformado por diferentes momentos: **Pre calentamiento**: realización de ejercicios de entrada en calor y preparación para el desarrollo de una actividad deportiva. **Presentación**: espacio de dialogo que posibilita conocernos y compartir opiniones sobre temas convocantes²⁶⁹ (conflictos, propuestas, proyectos). **Conformación de equipos**: con técnica pan y queso. **Partido de fútbol**, compuesto por dos periodos de cuarenta minutos con un tiempo intermedio para descansar, tomar agua, dialogar. **Cierre**: espacio de dialogo sobre actividades a realizar el fin de semana. Trabajamos cuestiones e inquietudes que surgen en el espacio.

- Construimos algunos **acuerdos** que permiten el desarrollo del juego y el transcurrir de las personas por el espacio. El ingreso y la salida al predio la realizamos juntos. Tratarnos bien. Cuidar al otro. Poner bien el cuerpo. Aceptar y viabilizar la participación de todas las personas que juegan. Reconocer y aceptar capacidades, limitaciones, posibilidades.

- Intentamos generar condiciones que posibiliten que los jóvenes puedan sostener su participación en los diferentes momentos. **Iniciar desde los intereses, motivaciones y posibilidades** de las personas. Si un joven puede participar de un momento del espacio; si puede pegarle a la pelota desde su área; atajar; observar el partido desde afuera; el comienzo es desde ahí. Brindándole apoyo, confianza, acompañando sus tiempos se intenta que pueda otras cosas como jugar, parar la pelota y pasarla; encargarse de ir a buscar a sus compañeros; traer los materiales.

Asimismo, considero que **el mismo grupo va aportando y brindándole apoyo y sostén** a las personas en su transcurrir por el espacio, motivando su participación, promoviendo la integración, aceptando las diferencias. De esta forma procuramos que las personas puedan sostener el taller, que se pueda jugar en equipo; que puedan ir construyéndose responsabilidades en un ir venir de lo singular y lo grupal. Es construir estrategias que tiendan a motivar, acompañar, destacar habilidades y potenciarlas en el contexto de un espacio compartido.

- Desde la coordinación participamos activamente en los conflictos que se manifiestan en el taller, procurando realizar análisis, consideraciones y tomar decisiones conjuntas con el grupo.

Las personas, la palabra, los roles, los tiempos, los lugares, los espacios, los momentos, los acuerdos, el grupo posibilitan configuraciones marco en tanto **andamiajes generadores de condiciones que viabilizan la participación**.

En la misma sintonía, Winnicott (1971) expresa que es bueno recordar siempre que el juego es por sí mismo una terapia. **Conseguir que los chicos jueguen es ya una psicoterapia** de aplicación inmediata y universal, e incluye el establecimiento de una actitud social positiva respecto del juego. En tal sentido "Creemos que el juego brinda la posibilidad de expresarse, de ponerse en acción, de desarrollar la creatividad, aceptar diferencias y asociarse en los intereses comunes"²⁷⁰. El juego genera motivación, posibilitando a las personas levantarse de la cama; realizar jugadas increíbles, pensar formas de bajar una pelota de un árbol; comprender algo de lo que le pasa al otro, compartir vivencias, pensamientos, sentimientos.

El juego permite generar aportes, Eze propuso realizar salpicado como ejercicio de pre calentamiento; Juan aportó algunos ejercicios de elongación; Mati traía agua para refrescarse. Los mismos jóvenes en alguna ocasión pudieron coordinar el espacio por su propia cuenta.

De esta y otras formas procuramos **construir sentidos en el espacio** donde el otro pueda **ser aceptado, comprendido y acompañado**; donde pueda **expresarse y hacer**; donde pueda **construir lazos**, donde sea reconocido; donde el **grupo pueda dar soporte y apoyo**; cuestiones enmarcadas en el **juego en tanto propiciador y generador de una multiplicidad de conductas y no otras**.

Un día se colgó la pelota.

Patadón de Ezequiel, casi insolente hacia la pelota, que algo desinflada y como castigo ante tal atrevimiento se mete en la copa de uno de esos árboles con muchas ramas y huecos donde una pelota pueda colgarse. Todas las miradas observando lo que pasaba y esperando los tiempos que uno mas o menos calcula para que pueda bajar, pero no. Pasado el tiempo no cayó. Partido suspendido hasta nuevo aviso.

²⁶⁹ En un momento fue el trabajo sobre el cuidado de la salud, generando que los jóvenes puedan realizarse un chequeo clínico para obtener certificado de apto médico para realizar actividad deportiva. Se viabilizaron contactos con hospitales en función a que los jóvenes puedan realizarse estos estudios.

²⁷⁰ Huellas Asoc. Civil. Proyecto "Caminando Juntos". CABA. 2001.

Todos debajo del árbol mirando la pelota con las manos en la cintura. Bajar la pelota, acto casi imposible, había quedado atrapada por varias ramas y bastante alto como para llegar así no más.

Y fueron diversas las estrategias. Mati con una rama larga, trataba de llegar, saltaba, trataba, pero Mati era muy bajito con lo cual la misión se convertía en más que imposible. Todos pensamos, ya está Emiliano, más de un metro ochenta y pico, pero tampoco llegaba. Después casi la teníamos, Mati a caballo de Emiliano, nos acercábamos pero la pelota no se mosqueaba.

Eze ya casi aburrido se empezó a subir al árbol, Juan Manuel le hizo piecito para llegar y Eze llegó, cabeza y cuerpo para un lado, piernas para el otro y no podía ni subir ni bajar, mientras se buscaban otras alternativas. Por fuerza y tesón Ezequiel se subió y le pasaron la rama, pero desde donde estaba no veía la pelota, y con una rama todos le decíamos, "Para acá, más abajo, dale, dale, ponele ganas, ya casi está".

También Mati a cococho de Emiliano continuaban intentando. Ya eran dos ramas danzando alrededor de la pelota en forma endemoniada. Como si la pelota tuviera algo que la hacía intocable.

Por otro lado otros pibes buscaban otras posibilidades, entre las cuales se barajaba: bajarla a cascotazos, tirar ramas como flechas, mover el árbol, soplar todos juntos, que

Eze se suba y de ser necesario que se sacrifique por todos.

En una de esas encuentran una varilla más larga que las ramas, pero tan pesada que pasársela a Eze era imposible. Eze se subió mas arriba y seguía dale que dale pero nada. Ahí surge una nueva opción, metieron la rama en la barrilla que era hueca y dos pibes la pusieron de pie. Esta llegaba y sobraba, había que tener puntería y pulso.

Eze miraba, Emiliano lo miró a Mati y se bajó de a cococho, esperando que esta fuera la gran opción. Y de aquí para allá, y de allá para acá, en una de esas la tocaron, estaba atrapada entre las ramas, pesada y dura de mover. Los pibes le pusieron este invento varilla – rama al costado de la pelota y muy despacito la fueron corriendo hasta que el gran invento se safó. La pelota se había movido, pero seguía atrapada. La operación se vuelve a repetir y girando, girando, como haciéndose rogar y recordándole que era necesario tratarla bien, con cuidado, acariciándola, volvió a rodar en la canchita.

Ah...Eze seguía colgado del árbol. También hubo múltiples opciones para que bajara; bajarlo a piedrazos, dejarlo arriba para que mirara como tratar a la pelota, mirar como intentaba bajar y contener la risa hasta verlo caer. Pero entre varios le hicimos piecito para que pudiera bajar de a poco. Se dio vuelta, puso uno de los pies en el hueco de dos manos que estaban pegadas el tronco del árbol para que tuviera donde apoyarse y el otro pie en las manos de Juan. Y casi haciéndolo deslizar lo bajamos. Desde ese día la relación de Eze con la pelota fue otra.

Jose Luis Seoane Suárez

EL JUEGO, LA SALUD, LOS VÍNCULOS.

Los diferentes padecimientos de salud mental afectan fuertemente la cotidianeidad de las personas, pero esto no quita la posibilidad de visualizar habilidades, capacidades a partir de las cuales trabajar. En la medida en que las personas puedan desarrollar capacidades de ser partícipes a través del juego esto incidirá en las posibilidades de retomar las actividades de su vida cotidiana. Winnicott (1971) expresa que "el juego es un elemento que está asociado a la salud, entendida como adaptación activa al medio, en el cual el niño se encuentra en una perspectiva integradora y tiene capacidad para transformar la realidad, transformándose a la vez él mismo". Poder vincularse, tomar decisiones, asumir responsabilidades, realizar acciones tiene fuerte implicancia en las múltiples formas en que las personas puedan vivir su vida cotidiana. El "... reinterpretar la realidad y producir algo nuevo, evita que permanezcamos rígidos. **El juego nos permite reordenar nuestras capacidades y nuestra identidad misma para poder usarlas en formas imprevistas**"²⁷¹. "Jugar es liberarnos de las restricciones arbitrarias y expandir nuestro campo de acción. Nuestro juego estimula la riqueza de respuesta y de flexibilidad de adaptación. Este es el valor evolutivo del juego, el hecho de que nos hace flexibles"²⁷². De esta manera las personas pueden generar formas de interactuar a través del juego que lo nutran en su transcurrir en su cotidianeidad. "Un ser que juega es mas fácilmente adaptable a los contextos y las condiciones cambiantes. El juego como improvisación libre agudiza nuestra capacidad de enfrentar un mundo en cambio"²⁷³ Que Eze, Mati, Emiliano, puedan conectarse con el juego; participar en el encuentro; realizar jugadas; preocuparse por sus compañeros. Que puedan responsabilizarse de algunas acciones tales como barrer la cancha, preparar los materiales, crear una jugada o buscar formas de hacer un gol incide fuertemente en el desarrollo de capacidades vinculadas con poder transformar la realidad.

²⁷¹ Nachmanovich, Stephen. Free Play. La improvisación en la vida y en el arte. Ed. Planeta. 1991, pág. 58.

²⁷² Idem.

²⁷³ Idem.

Implicándose, accionando, poniendo el cuerpo; cuestiones y aspectos que incidirán en las posibilidades de resolver, pensar, hacer, de SER en su cotidianidad.

El juego viabiliza la construcción de **vínculos**, entendiéndose como un proceso, que incluye a un Sujeto, un objeto y la interacción entre ambos, siendo ésta última, el elemento central de todo vínculo. Según Pichón Riviere (1956) se acuerda en que toda conducta implica un vínculo, toda acción en el mundo externo, es una relación de un sujeto con un objeto, ya sea este animado o inanimado. Toda relación con un objeto implica un vínculo humano, por lo tanto, toda conducta es siempre un vínculo humano. Pichón Riviere intenta demostrar a través del concepto de vínculo, que la hostilidad y el amor emergen de la relación con el otro y cumplen con la necesidad del sujeto a partir de su gratificación y su frustración. Asimismo, se acuerda con Pichón Riviere en que el sujeto es emergente de un sistema vincular, a partir del interjuego entre necesidad y satisfacción, entre causas internas y externas que operan en la constitución del sujeto en términos de dialéctica entre el sujeto y la trama vincular en que las necesidades cumplen su destino vincular gratificándose o frustrándose.

De esta forma visualizo desde el espacio la posibilidad de que las personas puedan construir vínculos, nutriendo entramados relacionales significativos que brinden sostén y apoyo. El conocerse, pasando de ser “aquel”, a ser Tony, Rodri, Mati enmarcan procesos de reconocer y conocer al otro, permitiendo compartir ideas, miedos, fracasos, pensamientos, historias, proyectos. La construcción de vínculos va permitiendo un acercamiento con las personas en función a sus tiempos, sus deseos, sus necesidades. El juego va permitiendo la creación de estos vínculos, fortaleciéndolos y propiciando un acercamiento al otro desde lo que el otro ES. “La gente, mientras juega, se olvida de si misma y de su entorno; y ése es el punto. Entonces se muestran de una manera tan abierta como no lo hubieran hecho si directamente les hubiéramos preguntado, o alguna cosa parecida.”²⁷⁴ De esta forma los vínculos construidos a través del juego permiten conocer al otro, desde sus miedos, sus deseos, sus sentimientos, conformando el espacio un ámbito donde poder dialogar, escuchar, comprender, pedir ayuda, enojarse, discutir, pelearse, aceptar equivocaciones, compartir.

Algunas expresiones de algunos jóvenes “Ayer me sentí mal, me quise tirar por la ventana pero me agarraron y zafé”; “No sabes como consumía, vendía de todo para conseguir merca”; “Yo estoy acá porque no quería salir de mi habitación, me costaba estar con otras personas”; “Mirá que Mati se escapó, vino uno le ofreció falopa y se fueron” “Mirá a Javi que está mal, está besando el piso” “Jonathan está re duro no puede ni correr”, “el sábado salimos con Jonathan y Chaca, fuimos a bailar”.

Considero que la **construcción de vínculos**, configurarse como **referentes significativos**, sostener un **espacio de escucha y apertura**, que contiene y aloja lo que se comparte **viabiliza la palabra**. Que Miguel pueda comentar lo que siente; que Esteban pueda contar porqué está internado; que Eze pueda decir lo que está viviendo; que Johny pueda decir que le hace bien participar en el espacio. Esto posibilita encontrarse con lo que le pasa al otro, conocer sus vivencias, experiencias y **poder desarrollar formas de acompañar**. En función a lo que quiere; a sus tiempos y a las aperturas que se vayan construyendo, **formas de acompañar singulares y subjetivantes e intersubjetivas**.

- En el Espacio

Desarrollamos formas singulares de acompañar a cada persona, teniendo en cuenta su forma de vincularse, de participar, su juego... En el momento de Presentación realizamos aportes, comentarios, intercambios, observaciones del transcurrir individual de las personas que es enriquecido por los participantes.

Llevamos a la práctica estrategias de trabajo en los diferentes momentos del espacio, en forma individual y grupal. Entre ellas habilitar a quienes se les dificulta participar; ubicar a los jóvenes en el espacio; jugar en equipo; profundizar la escucha del otro. Analizar cuestiones, propiciar e implementar propuestas.

- En el Hospital

Articulamos acciones con los equipos de salud de los jóvenes en función a dialogar sobre su participación y formas de acompañar, desarrollando estrategias acordes en función al momento que las personas se encuentran atravesando.

Articulamos acciones con coordinadores de otros espacios por los que transitan las personas (talleres, escuela.).

²⁷⁴ Pescetti, Luis María. Manual de Animación y juegos musicales. Ed. Guadalupe pág. 32.

Mantenemos comunicación fluida con los diferentes servicios del hospital. (Guardia, Internación, Hospital de Día, Adolescencia, Consultorios Externos, Servicio Social, Ropería, Escuela).

- En la Comunidad

Viabilizamos la incorporación de jóvenes en otras instancias tanto laborales, terapéuticas, comunitarias, deportivas en función a sus motivaciones e intereses.

Generamos diálogos entramando una comunicación fluida con las familias de las personas. Esto posibilita un acercamiento al espacio, conocer realidades familiares, visualizar cómo generar acciones para que el grupo familiar pueda apoyar al joven en su participación en el taller.

Participamos en torneos organizados por instancias estatales de salud mental, sosteniendo las características y modalidades del espacio. Organizamos encuentros de fútbol con amigos, familiares, de los jóvenes que participan en función a compartir tiempos y espacios. Intentamos que el espacio posibilite que los familiares puedan visualizar a los jóvenes en un ámbito abierto a la participación y que tal espacio intente deconstruir representaciones sociales en torno a la locura.

- Registro – Evaluación - Planificación

Realizamos una crónica del taller donde se visualizan cuestiones vinculadas con lo grupal (convocatoria, participantes, desarrollo del juego, desarrollo de espacios de diálogo). Efectuamos análisis de la forma en que cada persona participó en el espacio (forma de vincularse, formas de jugar, relación con sus compañeros, ideas, propuestas, avances, dificultades); esto permite ir contemplando los avances de las personas; las cuestiones a fortalecer, formas de poder acompañarlo.

Estas consideraciones se trabajan junto a los “equipos tratantes” en torno a potenciar los tratamientos de las personas, desarrollando estrategias conjuntas.

Realizamos evaluaciones de proceso en forma trimestral del espacio de taller como así también de la forma en que las personas participaron en el espacio, que volcamos en fichas que se incorporan a las historias clínicas, formando parte de las estadísticas del hospital.

Participamos de Espacios de Planificación previos al taller y de Evaluación una vez finalizado.

Participamos en forma mensual de un espacio de co-visión.²⁷⁵

Realizamos el registro en las historias clínicas de la forma en que han participado los jóvenes.

EL JUEGO, ALGUNAS REFLEXIONES PARA CONTINUAR PENSANDO Y HACIENDO – HACIENDO Y PENSADO.

Considero que el taller de fútbol en tanto sonoridad relacionada con el juego, configura una propuesta que se entrama en teorías prácticas y prácticas teóricas, formas de pensar y hacer con diferentes contenidos y dimensiones desde el Trabajo Social en salud mental. .

A partir de esta sonoridad, **propiciamos la construcción de vínculos**, en tanto forma vital de encuentro, acercamiento con el otro, que permite acceder a sus ideas, pensamientos, sentires, proyectos y a partir de esto construir formas de acompañar en función a capacidades, potencialidades, deseos, proyectos. Estos entramados vinculares y acompañamientos se van entretrejiendo en función a melodías, armonías y ritmos de las personas.

Los entramados vinculares permiten acercar a las personas que sufren algún padecimiento en torno a su salud mental con la comunidad, construyendo formas de comprenderse, acompañarse, entenderse y de visualizar al otro como un otro, en tanto sujeto, en tanto persona incidiendo en la superación de estigmas y preconceptos, cuestión que se amplifica en los imaginarios sociales relacionados con la salud mental.

²⁷⁵ En términos de Bokser llamamos aquí “covisión” a un encuentro donde confluyen horizontalmente miradas de diversas disciplinas con algún o algunos profesionales con variadas y múltiples experiencias teórico-prácticas para estudiar y analizar “casos” que denominamos “situaciones problemáticas” con miras a ir identificando prácticas sociales de abordaje y posibles superaciones de sus conflictivas.

El encuentro y la búsqueda de los PUEDO de las personas que participan, son parte fundamental en sostener el taller de fútbol y diferentes espacios grupales, los cuales se nutren y retroalimentan con / y de sus participantes, interpretes principales de estas obras.

Participar en espacios grupales permite que el juego, las actividades, las tareas generen un encuentro que acepta, comprende y parte de las diferencias, necesarias y vitales en marcos de riqueza en la diversidad.

Es vital identificar capacidades, habilidades, deseos, que faciliten y propicien empezar a visualizar al otro desde su multidimensionalidad; es la posibilidad de construir protagonismos que tienden indefectiblemente a incrementar procesos de autonomía. Que Juan pueda elegir donde vivir, qué comer, cómo vestirse después de estar años internado; que Diego pueda responsabilizarse en sostener horarios; que pueda realizar su trabajo tallando muñecos en goma espuma. Que Lucas pueda pensarse en una cancha de fútbol, construir jugadas en equipo, dialogar con sus compañeros, hacer una gambeta; habla de PODER elegir, de SER autónomos, de SER protagonistas; SER que se relaciona con PODER.

Estas lecturas parten de las potencias y capacidades teniendo en cuenta cómo se inscribe el sufrimiento y el padecimiento en la subjetividad; es decir subjetivizando el padecimiento y viabilizando a partir de la acción, el protagonismo, la participación, la responsabilidad en marcos de libertades.

Son vitales los entramados de lazos entre las diferentes experiencias tanto artísticas, laborales, lúdicas, deportivas con miras a incrementar el capital, sinfonías divergentes y convergentes, con múltiples sonoridades, instrumentos y participantes, de los diferentes agentes dentro del campo del hospital psiquiátrico.

El desarrollo de prácticas aisladas tiende a que las experiencias perezcan o se institucionalicen. Y para ello considero vital la construcción y sustentabilidad de espacios de diálogo, escucha, capacitación y formación donde se puedan ir formulando debates, desarrollando acciones en un ir y venir de la teoría a la práctica y de la práctica a la teoría con la participación de TODOS y esto incluye a las personas que padecen algún sufrimiento en torno a su salud mental.

En este sentido, durante 2014 hemos elaborado junto a diferentes talleristas, que desarrollan tareas en forma voluntaria en un hospital de emergencias psiquiátricas el proyecto denominado **“RE-CREARTE Espacios Transversales”**²⁷⁶, intentando conformar un colectivo de trabajo. El mismo tiene como objetivo general “Promover espacios grupales destinados a personas que transitan por los diferentes servicios del hospital con miras a desarrollar prácticas que nutran la subjetividad”. Esta propuesta abarca el desarrollo de diferentes Talleres, tales como Fútbol, Recreación, Música, Albañilería y Jardinería, enmarcados en estrategias integrales y articuladas de trabajo en el hospital.

Es vital pensar desde las personas, desde los jóvenes que atraviesan diferentes padecimientos en salud mental en función a generar diferentes quehaceres subjetivizantes, empoderantes, que apoyen itinerarios vitales y sus diversas expresiones en los variados contextos que atraviesan.

²⁷⁶ “RECREARTE – Espacios Transversales” proyecto elaborado en 2013 por equipo de trabajo de talleristas en un hospital de emergencias psiquiátricas, contemplando diferentes espacios y disciplinas.

BIBLIOGRAFÍA

PARTITURAS²⁷⁷

- Alazraqui, Jaime; Pérez Scunza, Daniel. "Disputas en el campo de la Salud Mental. Prácticas alternativas en el Hospital Psiquiátrico". Secretaría de Cultura Facultad de Psicología. Oficina de Publicaciones. Ciclo Básico Común. Universidad de Buenos Aires.
- Andrade, Larry (coordinador). Lo social: inquieto e (inquietante) objeto. Aportes para pensar e intervenir. Colección Sociedad, Cultura & Desarrollo. Buenos Aires. Miño y Dávila Editores. 2006.
- Argumedo, Alcira. Los Silencios y las voces en America Latina. Notas sobre el pensamiento nacional y popular. Ediciones del Pensamiento Nacional. Buenos Aires.
- Baczko, Bronislaw. Los imaginarios sociales: imaginación social, imaginarios sociales. Nueva Visión.
- Basaglia, Franco. La Institución de la Violencia, en La institución negada. Editorial Barral. 1972.
- Bassin, Didier. Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia, en Cuadernos de Antropología Social Nro. 17.
- Bauman, Zygmunt. Modernidad Líquida. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A. 2002.
- Bokser, Mirta F. "Derechos de Niñas, Niños y Jóvenes. Políticas de Gestión Territorial". Buenos Aires. Editorial Lumen – Humanitas. 2005.
- Bokser, Mirta, Legalidades Ilegítimas. Derechos Humanos y Prácticas Sociales. Buenos Aires. Ediciones Colihue. 2002.
- Bokser, Mirta. Comentarios a la Presentación del Lic. Jose Luis Seoane Suárez... Desafíos de la convocatoria a una institución hospitalaria. Sujetos y Subjetividad. Una lectura en, desde y hacia el campo de Derechos Humano. 2007. Inédito.
- Bokser, Mirta. Legalidades Ilegítimas. CABA. Ediciones Colihue. 2002..
- Bokser, Mirta. Seres Humanos Personas (Su) Personalidad Jurídica. (Viceversa y Recíprocamente). Buenos Aires. Colihue. 2009.
- Bourdieu, Pierre. Las razones prácticas sobre la teoría de la acción. Capítulo 3 "La ilusión biográfica". Barcelona. Editorial Anagrama. 1997.
- Bourdieu, Pierre y Wacquant, J.D. Respuestas por una Antropología Reflexiva. México.
- Cohen, H; Natella, G. Trabajar en Salud Mental. La desmanicomialización en Río Negro. Lugar Editorial. Bs. As. 1995.
- Cohen, Hugo. Conferencia "Principios de la salud mental comunitaria". 2001. (Mimeo).
- Convención sobre los Derechos del Niño. (1989)
- D. Díaz, S. Chacón. Proceso de inserción laboral de personas con esquizofrenia: Análisis desde una institución de apoyo. Revista de psicología
- Diccionario Kapelusz de la Lengua Española.
- Diccionario de La Real Academia Española.
- Foucault, Michel. Microfísica del Poder. Madrid. La Piqueta Editorial. 1992.
- Galende. E. Psicoanálisis y Salud Mental. Buenos Aires. Paidós. 1998.
- García, Dora. El grupo, métodos y técnicas participativas. 2da. Ed. 2001.
- Goffman, Erving. Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires. Amorrortu. 2001.
- Huellas Asoc. Civil. Proyecto "Caminando Juntos". CABA. 2001.
- Iamamoto, Marilda V. Servicio Social y División del Trabajo. Brasil. Cortéz Editora. 2001.
- Informe elaborado por el equipo del P.R.E.A. Luján. Pcia. de Bs. As. 2008.
- Jodelet, Denise. La representación social: fenómenos, concepto y teoría en Pensamiento y Vida Social.
- Leiderman, Eduardo A. Esquizofrenia. Guía de familiares y amigos. Material informativo.
- Ley 448. Salud Mental. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Martínez Reguera, Enrique. Chachorros de Nadie. Madrid. Popular S.A. 1988.
- Nachmanovich, Stephen. Free Play. La improvisación en la vida y en el arte. Ed. Planeta. 1991.
- Nobre Pontes, Reinaldo. Mediación: categoría fundamental para el trabajo del asistente social en Servicio Social Crítico. Brasil. Cortéz Editora.
- Pichon Rivière, E. Teoría del Vínculo. Buenos Aires. Ed. Nueva Visión. 1985.
- Olivera, Alfredo. La Colifata y el día mundial de la salud mental. 2009.
- Pasquale, Evaristo. Psiquiatría y Salud Mental. Trieste. Asterios Delithanassis Editore. 2000.
- Pellegrini, Jorge L. Cuando el manicomio ya no está.... San Luis. Editorial Payné. 2011.
- Penna, Maura. Lo que hace ser nordestito. Brasil. Ed. Cortéz. 1992.
- Pescetti, Luis María. Manual de Animación y juegos musicales. Ed. Guadalupe.
- Proyecto "RECREARTE – Espacios Transversales". 2013.

²⁷⁷ Texto completo de una obra musical; particularmente, el correspondiente a una composición para varias voces o instrumentos.

- Rabelo, Miriam Cristian; Souza, María Iara. Vida vivida, vivida contada: una reflexión sobre la experiencia del nervioso en la trayectoria de mujeres de clase trabajadora en Salvador. XXIV Encuentro Anual de APOCS GT 11 "Persona Cuerpo y Dolencia". (Mimeo).
- Renovación de la atención primaria de la salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).2007.
- Rivello, Beatriz. Teoría y Práctica de Instrumentos Básicos en Trabajo Social.
- Rotelli, F. Rehabilitar la Rehabilitación.1993 (Mimeo).
- Saidón y Troianowxki. Políticas en Salud Mental. Segunda parte: Modernidad: individuación y manicomios. Galende, Emiliano. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Saraceno, Benedetto. La liberación de los Pacientes Psiquiátricos. Editorial Pax. México. 2003.
- Scheper Hughes, Nancy. La Muerte Sin Llanto. Violencia y Vida Cotidiana en Brasil. Brasil. Ariel.
- Seoane Suárez, Jose Luis. Proyecto "Taller de Fútbol". CABA. 2013.
- Suárez Richards, Manuel. Introducción a la Psiquiatría. Buenos Aires. Polemos. 2006.
- Talcott Parsons. Definitions of Health an Illness in the Light of American Values and Social Structure and Personality. Nueva York: The Free Press of Flencoe.1964.
- Tonón, Graciela. Las técnicas de actuación profesional del Trabajo Social. Buenos Aires. Espacio Editorial. 2005.
- Vélez Restrepo, Olga Lucía. "Reconfigurando el Trabajo Social... Perspectivas y Tendencias Contemporáneas". Buenos Aires. Espacio Editorial. 2003.
- Williams, Alberto. Teoría de la Música. Gurina Y. Cía. Editores, Buenos Aires.
- Winnicott, D. W. Realidad y Juego. Editorial Gedisa S.A. Buenos Aires. 1990.

ATENEOS

- Alba, Patricio. Ateneo hospitalario. Médico. CABA. 2008.
- Alba, Patricio. Ateneo Hospitalario. Medico. CABA: 2007.
- Aloia, Damián. Ateneo Hospitalario "La Red". Médico. CABA. 2008.
- Álvarez, Florencia. Ateneo Hospitalario. Trabajo Social. CABA. 2008.
- Álvarez, Florencia. Ateneo Hospitalario "Un lugar en el mundo". Trabajo Social. CABA. 2007.
- Anónimo. Ateneo Hospitalario. Medico. CABA. 2009.
- Arias, Roxana, Comas, Corina. Ateneo Hospitalario "La Clínica de lo Social". Trabajo Social. CABA. 2000.
- Armella, María Verónica. Ateneo Hospitalario "TIEMPO. Si pudiera, volvería a empezar...". Terapia Ocupacional. CABA. 2010.
- Avalos, Corina. Fontanet, Fernando. Ateneo Universitario "¿Que veinte años no es nada?...".CABA. 2012.
- Bajarlia, Camila. Castro, Natalia. Ateneo Universitario "Intervención... ¿Problematización + Acción Transformadora"? Trabajo Social. CABA. 2011.
- Banfi Beovide, Victoria. Deluca, Lucía. Ateneo Universitario. "De adherencias, co-construcciones y otras yerbas".Trabajo Social. CABA. 2011.
- Barrio y Lipperheide, Rosario. Ateneo Clínico "Dicen que charlando se fortalece el corazón". Psicología. CABA. 2010.
- Bermúdez, Romina. Ateneo Hospitalario "E, una historia". Psicología. CABA. 2013.
- Bistuer, Jessica; Cocciaglia, Natalia; Marzorati, Ma. Cecilia; Alba, Patricio; Sturla, Soledad. Trabajo Curso Centralizado "Escenarios de la Salud Mental". CABA. 2006.
- Briglia, Julieta. Ateneo Hospitalario "Salir de la vida cotidiana para entrar en la vida real". Terapia Ocupacional. CABA. 2011.
- Califano, María Florencia. Ateneo Hospitalario "Remember my name...INFAME". Psicología. CABA. 2010.
- Catalano, Gabriela. Ateneo Hospitalario. Trabajo Social. CABA. 2007.
- Cocciaglia, Natalia. Ateneo Clínico "Revelaciones". Psicología. CABA. 2008.
- Chiappe, María Virginia. Ateneo Hospitalario. Medico. CABA. 2010.
- Di María, Ana Clara. Ateneo Hospitalario. Trabajo Social. CABA. 2008.
- Di María, Ana Clara. Ateneo hospitalario. Trabajo Social. CABA. 2009.
- Domínguez, Ma. Silvina. Ateneo Clínico "¿Rehabilitación? ¿Reinserción social? En la búsqueda de un Tratamiento Integral. Médico. CABA. 2011.
- Domínguez, Ma. Silvina. Ateneo Hospitalario "Derribando Muros". Médico. CABA. 2010.
- Domínguez, Ma. Silvina. Ateneo Hospitalario "Pérdidas". Médico. Médico. CABA. 2010.

- Galliani, Martín. Ateneo Clínico “¿Tristeza nao tem fim? Médico. CABA. 2010.
- García Ariceta, Verónica. Ateneo Hospitalario. “Programa Cultural para la Inclusión Comunitaria”. Terapia Ocupacional. CABA. 2013.
- Gigena, Darío Héctor. Ateneo Clínico “La abstinencia”. Psicología. CABA. 2005.
- González Mendy, Nadia. Ateneo Clínico. Psicología. CABA. 2008.
- Kreidler, Sebastián. Ateneo Hospitalario. “Angustia como telón de fondo”. Psicología. CABA. 2009.
- Lacarta, Gabriela L. Ateneo Clínico. Medica. CABA. 2006.
- Liste, Omar A. Ateneo Clínico. Médico. CABA. 2007.
- López, Gappa Cecilia. Ateneo Clínico. “Lucía y la Adherencia”. Medico. CABA. 2011.
- Maiani, Aldana. Ateneo “Una alternativa posible”. Terapia Ocupacional. CABA. 2010.
- Marifil, Lourdes. Ateneo Hospitalario. Trabajo Social. CABA. 2010.
- Martínez, Marina. Ateneo Hospitalario. Trabajo Social. CABA. 2007.
- Marzorati, María Cecilia. Ateneo Clínico. Psicología. CABA. 2008.
- Mucciacciaro, José D. Ateneo Hospitalario. Médico. CABA. 2010.
- Novillo, Carolina. Ateneo Hospitalario. Psicología. CABA. 2010.
- Pagno, Romina. Ateneo Clínico. “Jubetes”. Psicología. CABA. 2010.
- Peluffo, Ignacio. Ateneo hospitalario “Dos Décadas sin manicomio”. CABA. 2010.
- Peluffo, Ignacio. Ateneo Hospitalario. Médico. CABA. 2009.
- Picciano, Jimena L. Ateneo Clínico “Personalidades múltiples”. Psicología. CABA. 2009.
- Pirovani, María Carolina. Ateneo Clínico “Quitapenas”. Psicología. CABA. 2009.
- Rondán, María. Ateneo Clínico. Psicología. CABA. 2006.
- Sturla, Soledad. Ateneo Clínico “Sin salida”. Médico. CABA. 2007.
- Sturla, Soledad. Ateneo Clínico. “Ultimo ateneo Más allá de los Muros”. Médico. CABA. 2009.
- Sturla, Soledad. Ateneo Clínico. Médico. CABA. 2007.

ILUSTRACIÓN

- Ilustración de tapa: Mercedes Sarralde (Meche)

CORTO AUDIOVISUAL

Experiencia de Taller de Fútbol

- www.youtube.com / Taller de fútbol del Hospital Torcuato Alvear I Buenos Aires.

ANEXO

Código Civil y Comercial de la Nación con vigencia desde el 1° de Agosto de 2015. Algunos Artículos que ofrecen una vinculación con ciertos tramos del desarrollo de este trabajo de tesis.

Art. 1. Fuentes y aplicación.- Los casos que este Código rige deben ser resueltos según las leyes que resulten aplicables, conforme con la Constitución nacional y los tratados de derechos humanos en los que la República sea parte. A tal efecto, se tendrá en cuenta la finalidad de la norma. Los usos, prácticas y costumbres son vinculantes cuando las leyes o los interesados se refieren a ellos o en situaciones no regladas legalmente, siempre que no sean contrarios a derecho.

Art. 2. Interpretación.- La ley debe ser interpretada teniendo en cuenta sus palabras, sus finalidades, las leyes análogas, las disposiciones que surgen de los tratados sobre derechos humanos, los principios y los valores jurídicos, de modo coherente con todo el ordenamiento.

.....
Art. 17.- Derechos sobre el cuerpo humano.- Los derechos sobre el cuerpo humano o sus partes no tienen un valor comercial, sino afectivo, terapéutico, científico, humanitario o social y sólo puede ser disponible por su titular siempre que se respete alguno de esos valores y según lo dispongan las leyes especiales.

.....
Art. 22.- Capacidad de derecho.- Toda persona humana goza de la aptitud para ser titular de derechos y deberes jurídicos.

La ley puede privar o limitar esta capacidad respecto de hechos, simples actos, o actos jurídicos determinados.

Art. 23.- Capacidad de ejercicio.- Toda persona humana puede ejercer por sí misma sus derechos, excepto las limitaciones previstas en este Código y en una sentencia judicial.

Art. 24.- Personas incapaces de ejercicio.- Son incapaces de ejercicio:

- a) la persona por nacer
- b) la persona que no cuenta con la edad y grado de madurez suficiente, con el alcance dispuesto en la Sección 2da. De este Capítulo (artículo 26)
- c) la persona declarada incapaz por sentencia judicial, en la extensión dispuesta en esa decisión.

Art. 25.- Menor de edad y adolescente.- Menor de edad es la persona que no ha cumplido dieciocho años. Este Código denomina adolescente a la persona menor de edad que cumplió trece años.

Art. 26.- Ejercicio de los derechos por la persona menor de edad.- La persona menor de edad ejerce sus derechos a través de sus representantes legales.

No obstante, la que cuente con edad y grado de madurez suficiente puede ejercer por sí los actos que le son permitidos por el ordenamiento jurídico.

En situaciones de conflicto de intereses con sus representantes legales, puede intervenir con asistencia letrada.

La persona menor de edad tiene derecho a ser oída en todo proceso judicial que le concierne así como a participar en las decisiones sobre su persona.

Se presume que el adolescente entre trece y dieciséis años, tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física. Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud y está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico.

A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo.

.....
Restricciones a la capacidad

Art. 31.- Reglas generales. La restricción al ejercicio de la capacidad jurídica se rige por las siguientes reglas generales:

- a) la capacidad general de ejercicio de la persona humana se presume aún cuando se encuentre internada en un establecimiento asistencial
- b) las limitaciones a la capacidad son de carácter excepcional y se imponen siempre en beneficio de la persona
- c) la intervención estatal tiene siempre carácter interdisciplinario, tanto en el tratamiento como en el proceso judicial
- d) la persona tiene derecho a recibir información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión
- e) la persona tiene derecho a participar en el proceso judicial con asistencia letrada que debe ser proporcionada por el Estado si carece de medios
- f) deben priorizarse las alternativas terapéuticas menos restrictivas de los derechos y libertades.

Art. 32.- Persona con capacidad restringida y con incapacidad.- El Juez puede restringir la capacidad para determinados actos de una persona mayor de trece años que padece una adicción o una alteración mental permanente o prolongada, de suficiente gravedad, siempre que estime que del ejercicio de su plena capacidad puede resultar un daño a su persona o a sus bienes.

En relación con dichos actos, el juez debe designar el o los apoyos necesarios que prevé el art. 43, especificando las funciones con los ajustes razonables en función de las necesidades y circunstancias de la persona.

El o los apoyos designados deben promover la autonomía y favorecer las decisiones que respondan a las preferencias de la persona protegida.

Por excepción, cuando la persona se encuentre absolutamente imposibilitada de interaccionar con su entorno y expresar su voluntad por cualquier modo, medio o formato adecuado y el sistema de apoyos resulte ineficaz, el Juez puede declarar la incapacidad y designar curador.

Art. 33.- Legitimados.- Están legitimados para solicitar la declaración de incapacidad y de capacidad restringida:

- a) el propio interesado
- b) el cónyuge no separado de hecho y el conviviente mientras la convivencia no haya cesado
- c) los parientes dentro del cuarto grado; si fueran por afinidad, dentro del segundo grado
- d) el Ministerio Público

Art. 34.- Medidas Cautelares.- Durante el proceso, el Juez debe ordenar las medidas necesarias para garantizar los derechos personales y patrimoniales de la persona. En tal caso, la decisión debe determinar qué actos requieren la asistencia de uno o varios apoyos, y cuáles la representación de un curador. También puede designar redes de apoyo y personas que actúen con funciones específicas según el caso.

Art. 35.- Entrevista personal. El Juez debe garantizar la inmediatez con el interesado durante el proceso y entrevistarlo personalmente antes de dictar resolución alguna, asegurando la accesibilidad y los ajustes razonables del procedimiento de acuerdo a la situación de aquél. El Ministerio Público y, al menos, un letrado que preste asistencia al interesado, deben estar presente en las audiencias.

Art. 36.- Intervención del interesado en el proceso. Competencia.- La persona en cuyo interés se lleva adelante el proceso es parte y puede aportar todas las pruebas que hacen a su defensa.

Interpuesta la solicitud de declaración de incapacidad o de restricción de la capacidad ante el Juez correspondiente a su domicilio o del lugar de su internación, si la persona en cuyo interés se lleva adelante el proceso ha comparecido sin abogado, se le debe nombrar uno para que la represente y le preste asistencia letrada en el juicio. La persona que solicitó la declaración puede aportar toda clase de pruebas para acreditar los hechos invocados.

Art. 37.- Sentencia.- La sentencia se debe pronunciar sobre los siguientes aspectos vinculados a la persona en cuyo interés se sigue el proceso:

- a) diagnóstico y pronóstico
- b) época en que la situación se manifestó
- c) recursos personales, familiares, sociales existentes
- d) régimen para la protección, asistencia y promoción de la mayor autonomía posible.

Art. 38.- Alcances de la Sentencia.- La sentencia debe determinar la extensión y alcance de la restricción y especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible. Asimismo, debe designar una o más personas de apoyo o curadores de acuerdo a lo establecido en el art. 32 de este Código y señalar las condiciones de validez de los actos específicos sujetos a la restricción con indicación de la o las personas intervinientes y la modalidad de su actuación.

Art. 39.- Registración de la Sentencia.- La sentencia debe ser inscripta en el Registro de Estado Civil y Capacidad de las Personas y se debe dejar constancia al margen del acta de nacimiento.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el art. 45, los actos mencionados en este capítulo producen efectos contra terceros recién a partir de la fecha de inscripción en el Registro.

Desaparecidas las restricciones, se procede a la inmediata cancelación registral.

(el mencionado art. 45 se refiere a actos anteriores a la inscripción que dispone el art. Precedentemente transcripto)

Art. 40.- Revisión.- La revisión de la sentencia declarativa puede tener lugar en cualquier momento, a instancias del interesado. En el supuesto previsto en el art. 32, la sentencia debe ser revisada por el Juez en un plazo no superior a tres años, sobre la base de nuevos dictámenes interdisciplinarios y mediando la audiencia personal con el interesado.

Es deber del Ministerio Público fiscalizar el cumplimiento efectivo de la revisión judicial a que se refiere al párrafo primero e instar, en su caso, a que ésta se lleve a cabo si el Juez no la hubiere efectuado en el plazo allí establecido.

Art. 41.- Internación.- La internación sin consentimiento de una persona, tenga o no restringida su capacidad, procede sólo si se cumplen los recaudos previstos en la legislación especial y las reglas generales de esta sección. En particular:

a) debe estar fundada en una evaluación de un equipo interdisciplinario de acuerdo a lo dispuesto en art. 37 que señale los motivos que la justifican y la ausencia de una alternativa eficaz menos restrictiva de su libertad

b) sólo procede ante la existencia de un riesgo cierto e inminente de un daño de entidad para la persona protegida o para terceros

c) es considerada un recurso terapéutico de carácter restrictivo y por el tiempo más breve posible; debe ser supervisada periódicamente

d) debe garantizarse el debido proceso, el control judicial inmediato y el derecho de defensa mediante asistencia jurídica

e) la sentencia que aprueba la internación debe especificar su finalidad, duración y periodicidad de la revisión.

Toda persona con padecimientos mentales, se encuentre o no internada, goza de los derechos fundamentales y sus extensiones.

Art. 42.- Traslado dispuesto por autoridad pública. Evaluación e Internación.- La autoridad pública puede disponer el traslado de una persona cuyo estado no admita dilaciones y se encuentre en riesgo cierto e inminente de daño para sí o para terceros, a un centro de salud para su evaluación. En este caso, si fuese admitida la internación, debe cumplirse con los plazos y modalidades establecidos en la legislación especial. Las fuerzas de seguridad y servicios públicos de salud deben prestar auxilio inmediato.

Art. 43.- Sistemas de apoyo al ejercicio de la capacidad.- Se entiende por apoyo cualquier medida de carácter judicial o extrajudicial que facilite a la persona que lo necesite la toma de decisiones para dirigir su persona, administrar sus bienes y celebrar actos jurídicos en general.

Las medidas de apoyo tienen como función la de promover la autonomía y facilitar la comunicación, la comprensión y la manifestación de voluntad de la persona para el ejercicio de sus derechos.

El interesado puede proponer al Juez la designación de una o más personas de su confianza para que le presten apoyo. El Juez debe evaluar los alcances de la designación y procurar la protección de la persona respecto de eventuales conflictos de intereses o influencia indebida. La resolución debe establecer la condición y la calidad de las medidas de apoyo y, de ser necesario, ser inscrita en el Registro de Estado Civil y Capacidad de las Personas.

Cese de la incapacidad y de las restricciones a la capacidad

Art. 47.- Procedimiento para el cese.- El cese de la incapacidad o de la restricción a la capacidad debe decretarse por el juez que la declaró, previo examen de un equipo interdisciplinario integrado conforme a las pautas del art. 37 que dictamine sobre el restablecimiento de la persona.

Si el restablecimiento de la persona no es total, el Juez puede ampliar la nómina de actos que la persona puede realizar por sí o con la asistencia de su curador o apoyo.

Inhabilitados

Art. 48.- Pródigos.- Pueden ser inhabilitados quienes por la prodigalidad en la gestión de sus bienes expongan a su cónyuge, conviviente o a sus hijos menores de edad o con discapacidad a la pérdida del patrimonio.

A estos fines, se considera persona con discapacidad, a toda persona que padece una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implica desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral. La acción sólo corresponde al cónyuge, conviviente y a los ascendientes y descendientes.

Art. 49.- Efectos. La declaración de inhabilitación importa la designación de un apoyo, que debe asistir al inhabilitado en el otorgamiento de actos de disposición entre vivos y en los demás actos que el Juez fije en la sentencia.

Art. 50.- Cese de la inhabilitación. El cese de la inhabilitación se decreta por el Juez que la declaró, previo examen interdisciplinario que dictamine sobre el restablecimiento de la persona.

Si el restablecimiento no es total, el Juez puede ampliar la nómina de actos que la persona puede realizar por sí o con apoyo.

Derechos y Actos personalísimos

Art. 51.- Inviolabilidad de la persona humana.- La persona humana es inviolable y en cualquier circunstancia tiene derecho al reconocimiento y respeto de su dignidad.

Art. 52.- Afectaciones a la dignidad.- La persona humana lesionada en su intimidad personal o familiar, honra o reputación, imagen o identidad, o que de cualquier modo resulte menoscabada en su dignidad personal, puede reclamar la prevención y reparación de los daños sufridos, conforme a lo dispuesto en el Libro Tercero, Título V, Capítulo 1.

Representación y Asistencia

Tutela y Curatela

Representación y Asistencia

Art. 100.- Regla General.- Las personas incapaces ejercen por medio de sus representantes los derechos que no pueden ejercer por sí.

Art. 2614.- Domicilio de las personas menores de edad.- El domicilio de las personas menores de edad se encuentra en el país del domicilio de quienes ejercen la responsabilidad parental; si el ejercicio es plural y sus titulares se domicilian en Estados diferentes, las personas menores de edad se consideran domiciliadas donde tienen su residencia habitual. (...)

Art. 2615.- Domicilio de otras personas incapaces.- El domicilio de las personas sujetas a curatela u otro instituto equivalente de protección es el lugar de su residencia habitual.

