

(Anti) Heroes -Nueva Versión-

Estefi Vicens



Capítulo 1

(Anti)héroes.

¿Desmanicomializar sin clausura de lo manicomial?

Un ensayo sobre Salud mental y externaciones en Allen, Río Negro.

Capítulo 2

Precuela[1].

Al recorrer la historia occidental, vimos que han sido múltiples las prácticas médicas y jurídicas para abordar la locura, acompañadas de decretos, leyes y sosteniendo imaginarios sociales determinantes y correspondientes a modos de vivir, pensar y actuar de cada época. Pero quisimos saber qué pasó en nuestra América con la llamada desmanicomialización de Río Negro luego de 29 años de la sanción de la ley 2440.

Supimos por artículos y libros sobre la importancia de éste contexto. Históricamente resultó significativo para los cambios y transformaciones que fueron sucediendo en el abordaje a la locura, es innegable la característica de antecedente que cumple el contexto legal que aquí se indaga y por ello, la posibilidad de pensar contextos similares. Fuimos a conocer cuáles fueron las experiencias en los últimos tiempos, si cambiaron los imaginarios y significaciones en relación a la locura, desde qué prácticas se sostuvieron.

Nos preguntamos: ¿Es posible hablar de una nueva cultura de la Salud mental desmanicomializante como propone el objetivo del programa en el que se apoya dicha ley, que refiere a crear una nueva cultura de la Salud mental en contextos de desmanicomialización (Cohen, H. y Natella, G. 2009: 358)?.

Quisimos indagar las SIS[2] que emergen en las prácticas actuales de abordaje a la locura.

Observamos la salud de actores en el contexto de ley de desmanicomialización y reconocimos la producción de subjetividades como proceso de construcción de un tipo antropológico propio de ese momento histórico.

Pensamos en su lugar como Anti-heroes, alegórico de los personajes que cometen un deber ser y no pueden negarse a ello; en el hacer no logran ser héroes porque desde otros lugares su hacer incluye algún mal o provoca malestar. Sin embargo, no entran en el lugar de los villanos, pues con sobreadaptación y propio malestar, siguen en las líneas correspondidas a la responsabilidad ciudadana.

Para las personas que ocupan el lugar de anti-héroes, no hay poderes del más allá, ninguna condición divina como proponen los mitos del héroe que conocemos, sino que desde su condición primera: la humanidad, ser

personas civiles comunes, aunque en algún sentido distinguidas, se ven llamadas a la aventura: "La aventura es siempre y en todas partes un pasar más allá del velo de lo conocido a lo desconocido" (Campbell, J en Montero Rodríguez, Shirley 2012:121). Desde lo terrenal, distinto al héroe que actúa con poderes sobrenaturales, el lugar de anti-heroe puede ser destacado, la persona puede tener propias potencias en lo que desarrolla pero ante los obstáculos del contexto sucumbe en el pesar y sufrimiento.

Allen; ubicada a 25 kilómetros de Roca, 20 de Neuquén capital y 520 kilómetros de Viedma, la capital de la provincia. Cuenta con 25.000 habitantes, y su principal actividad económica es la producción frutícola y petrolera.

Nos interesó más precisamente el Hospital Área Programa Dr. Ernesto Accamé, fundado hace 90 años como hospital regional y haciendo zoom, el equipo de Salud mental se transformó en unidad de análisis, muestra, cuerpo hablante y protagonista de este trabajo.

Multiplicidad de documentos situaron a esa misma ciudad y al hospital Pedro Acamé como el origen de la llamada desmanicomialización en Río Negro. Allí fuimos a buscar nuestras entrevistas. Nos acercamos a mirar el proceso de externación de "pacientes crónicos", que estaba sucediendo cuando llegamos y desde hace 30 años. Nos sorprendió la desesperanza de un equipo de Salud mental, en el que bien podría haber estado trabajando yo o quien está leyendo, que en el encierro de posibilidades limitadas y empobrecidas, dejaron buena parte de su vocación en un deber ser que los apretó hasta la tristeza.

La fonética de la palabra desmanicomialización ya nos anticipó que se trataba de un proceso complejo, nos lo advirtieron las bocas de aquellas personas más y menos entendidas en el tema, en la difícil pronunciación del fenómeno. Lo que nos interesó ir a buscar a campo, está situado en un contexto que tiene este nombre y sobre el término Noemí Murekian (En Cohen H.; Natella, G.; 2013) dirá: "Si bien desmanicomialización expresa el absoluto e irrevocable cuestionamiento al hospital psiquiátrico (y el prefijo latino des que implica "inversión o negación, representa aquí desmontar, descentrar, desjerarquizar, desarmar el manicomio), su contenido implica el desarrollo de un sistema de atención integral y territorial que permita su sustitución definitiva" (Pp 113).

Encontramos al equipo de Salud mental del hospital de Allen atravesado por un proceso de desmanicomialización, desde distintos lugares, pero con el mismo nivel protagónico que a quienes acompañaron: los llamados pacientes con internación crónica.

[1] Neologismo utilizado para hablar de la tarea de contar hechos que preceden a los de otra obra siguiente.

[2] Abreviación designada para la categoría de Significaciones Imaginarias Sociales.

Capítulo 3

Locura/Sufrimiento mental.

En documentos fundamentales como Alma Atta (OMS/UNICEF; 1978) aparece el concepto conocido de salud: "...estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad..." (Pp1); también encontramos definiciones de enfermedad mental y su diferencia con locura descritas por Daniel Sans (2013), la primera referida al padecimiento, sufrimiento mental y la segunda referida a "la enfermedad mental mal tratada y/o destratada" (Pp34). Franco Rotelli (2014) gira el eje en referencia a las políticas de externación, cambia el objeto de enfermedad por el de existencia-sufrimiento; agonía, en relación al cuerpo social, para proponer que la desinstitucionalización se trate de un "proceso crítico-práctico" (pp54).

Franco Basaglia (2008) considera hablar de enfermedad solo a los fines objetivantes de diagnóstico, al pensar en abordajes habla de crisis vitales desde las que se ve la subjetividad. Entendimos que es esa subjetividad la que pone en crisis al médico y por esa tensión se configura una relación más libre, que será solo tendencialmente terapéutica, explica que no habrá certeza de curación porque el médico no tiene el poder de curar: "la psiquiatría es desde su nacimiento una técnica altamente represiva, que el estado siempre usó para oprimir a los enfermos pobres" (Basaglia, F. 2008:26).

Por ello, durante el proceso de investigación elegimos el término Locura para referir al sufrimiento (y no el término de enfermedad mental): "Es una condición humana. En nosotros la locura existe y está presente como lo está la razón. El problema es que la sociedad para decirse civil, debería aceptar tanto la razón como la locura. En cambio, esta sociedad acepta la locura como parte de la razón, y entonces la transforma en razón a través de una ciencia que se encarga de eliminarla" (Basaglia, F. 2008:48). La forma de volverse racional es dejar de ser loco para ser enfermo, esta transformación va a darse a través de tratamientos, prácticas en instituciones que se encarguen de personas enfermas; mientras la transformación de la locura quede fijada en ese tipo de prácticas no será posible otras acepciones para referirse a ella que la de enfermedad con prácticas opresivas que impliquen la pretensión de curar como dominación de alguien desde el lugar de poder.

Desde esta posición Guattarí (1972) se pregunta ¿qué es un enfermo? La responde diciendo que en principio es un/a ciudadano/a; las relaciones de ciudadanía "determinarán el tamiz de la normalidad oficial" (Pp63), pero además él refiere que alguien está enfermo/a cuando solo puede transferir sus significantes en el encuentro con un médico, perdiendo su condición de sujeto parlante al no poder hablar de acontecimientos que lo hagan

recobrase como sujeto, en la medida que sea el médico el que hable por él.

A partir de estos fundamentos nos preguntamos: ¿Cuáles son los significantes depositados en personas internadas o alojadas en áreas de salud mental de manera crónica?. ¿Qué afectación tiene externar estas personas por decreto, en equipos de Salud mental sin trabajo de acompañamiento? .

Capítulo 4

Subjetividad y subjetivación en las prácticas.

Para pensar en las prácticas nos preguntamos ¿Cuál es la subjetividad que las habita?

Es una subjetividad hablada y pensada, que también dialoga desde el registro, pensamiento y acción; está en las instituciones como producto de una confrontación constante entre lo instituido (lo que está allí, busca mantenerse) y lo instituyente (fuerzas de cambio); las leyes establecidas, instituidas, incluyen la posibilidad de lo distinto; la fuerza instituyente tiene sentido porque crea sentido (Castoriadis, C. en Cristiano, J. 2009).

Describe Guattari (En Barus-Michel, J.; Enríquez, E.; Levi, A.; 2009) subjetividades parte del Grupo Objeto, que sabiéndolo o no, responden a las disposiciones de una ley; también están quienes pueden crear y recrear nuevas formas prácticas desde "energías transversales como Grupo Sujeto" (Pp. 373). Para Félix Guattari (1972) cuando una ley referente a un conjunto se convierte en intencional y explícita, genera cambios en el campo que le es exterior y en tanto los sujetos a quienes se dirige no sepan de qué se trata, ni sobre las determinaciones que toman los demás sobre ellos, se convierten en "inconscientes potenciales" (Pp59); si no logran entrar en existencia significativa estarán a un paso para quedar insertados en los circuitos preestablecidos de la serialidad.

Enrique Carpintero (2014) nos habla de Corposubjetividad; la subjetividad se constituye desde diferentes cuerpos: orgánico, erógeno, pulsional, social, político, imaginario, simbólico. Cuerpos, según Spinoza, en tanto capacidad de afectar y ser afectados: "Cuerpos que a lo largo de la vida componen espacios cuyos anudamientos dan cuenta de los procesos de subjetivación" (Carpintero, E. 2014:30). Subjetividad definida desde huellas mnémicas; las prácticas, van dejando huellas que se irán modificando por mecanismos de inscripción y, a través de la plasticidad neuronal, constituyen realidad interna consciente o inconsciente. Desde las prácticas, las huellas asocian, inscriben, se modifican, desaparecen y determinan la persona en su relación con el mundo externo. La subjetividad estará en procesos de subjetivación constantes, que la determinaran por un momento, en una cultura donde se dan sus múltiples anudamientos.

Es en las prácticas donde encontramos a los cuerpos en la cultura y determinada subjetividad en un momento histórico: "cuerpo como el espacio que constituye la subjetividad del sujeto. Por ello, el cuerpo como metáfora de la subjetividad se dejará aprehender al transformar el espacio

real en una extensión del espacio psíquico" (Carpintero, E. 2014: 30).

Foucault (Foucault en Castro, E. 2011), no refiere a sustancia sino a forma y en este sentido describe a una no identidad; por ello propone como regla para estudiar la subjetividad delimitarla lo más que se pueda para interrogarla en su condición histórica (genealogía) y en esta historia, es posible ver los modos de subjetivación: "desarrolla una historia de las prácticas en la que el sujeto aparece, no como instancia de fundación, sino como efecto de una constitución" (...) (...) "subjetivación como modos en que el sujeto aparece como objeto de una determinada relación de conocimiento y de poder" (pp377)

Castoriadis (2008) piensa la condición del sujeto diferenciando las subjetividades autónomas, reflexivas y deliberantes como estado posible en lo social: "una subjetividad reflexiva, o sea, de un sujeto capaz de cuestionar las significaciones imaginarias de la sociedad en la que vive e, incluso, sus instituciones..." (Pp184). Distinta a la heterónoma como legislación o la regulación por otro. Esta última como dominación externa que bloquea la libertad, proponiendo el sometimiento de la subjetividad, desubjetivándolo en su condición humana. Al hablar de un subjetividad histórico-social indeterminada, dirá de las subjetividades pensadas en un recorte de tiempo como una determinación solo por un momento, que se acerque a un tipo antropológico con características referidas a la autonomía o heteronomía y responda a instituciones y SIS del momento (Cristiano, J. 2007: 107)

Si nos referimos a subjetivación como procesos en su mayoría colectivos, un conjunto de personas no constituye un Colectivo; "colectivizar no significa magnificar las interacciones más o menos simbólicas entre individuos atomizados y orgullosos de serlo, sino, al contrario, cooperar, actuar en conjunto sobre la base de un paradigma en común" (Lourau, R. 2001: 377). Castoriadis habla de colectivo anónimo, allí donde hay una pluralidad de seres humanos con energía colectiva para crear significaciones imaginarias sociales. Y en esta potencia creativa es donde como sujetos activos estarían en proceso de subjetivación (Cristiano, J. 2009).

Nos preguntamos por las significaciones imaginarias sociales (SIS) que los y las actores involucrados por la ley de desmanicomialización construyen a propósito de las prácticas; subjetividades, de acuerdo a lo definido, atravesadas por instituciones, que también las habitan, las construyen, las re-inventan, las destruyen.

Capítulo 5

Significaciones Imaginarias Sociales (SIS) en dispositivos y prácticas.

Fuimos al campo a buscar a actores social que nombran los textos legales en contexto de desmanicomialización, que conviven con significaciones en las prácticas y con lo imaginario como aquello "que distingue a la persona como ser social en la medida que le da su capacidad de crearse y recrearse" (Cristiano, J. 2009: 57).

SIS (Significaciones Imaginarias Sociales) definidas por Castoriadis como "creación de sentidos e imágenes que son su soporte, la sostienen, y se instituyen en y por el lenguaje. Son sociales porque existen en y por lo social" (Cristiano, J. 2009: 64). El autor habla de un cosmos de las significaciones sociales que "...tiene plasmaciones concretas, y que lo imaginario se proyecta sobre todo en un mundo de hechos, instituciones, actos y valores..." (Op Cit), reúne esas plasmaciones en tres dimensiones: representaciones, afectos e intenciones. La imaginación se plasma en visiones del mundo (representaciones) y en intenciones recurrentes y generales que dan totalidad al cosmos social, mostrando una "forma de percibir y vivir el mundo" (Cristiano, J. 2009: 32). Como tercera dimensión, los afectos definen estructura de sentimientos entre ellos: deseos, miedos y apetencias concretas. "El lugar de anclaje de las significaciones imaginarias, su fuente de dinamización y su medio de existencia es la psique humana" (Op. Cit); ésta como región ontológica del orden de la representación y cognición; constituida por flujos de significados, es materia prima con la que la sociedad se construye.

Si se trata de una sociedad reducida a las funciones estrictamente capitalistas, que incumple funciones esenciales, podrán encontrarse vacíos de sentido, avance de la insignificancia, retirada del colectivo a lo regresivo individual, con fuerzas de significaciones orientadas a lo normativo, disminución de creatividad. Hablamos de un cosmos de capitalismo moderno donde el tipo antropológico se acerca a la subjetividad "fabricada", pasiva, apática y privatizada y donde la única salida será retomar el proyecto de autonomía, despertando la efervescencia del espacio público, común colectivo donde crearse y recrearse (Cristiano, J. 2009: 107).

En este trabajo nos interesan las prácticas; y por ello los agentes sociales y los procesos de producción de las mismas; para Bourdieu esto incluye: estructuras sociales externas (Campos de posiciones sociales históricamente constituidos), lo social hecho cosa, plasmado en condiciones objetivas y estructuras sociales internalizadas (Habitus; sistemas de disposiciones incorporados), lo social hecho cuerpo,

incorporado al agente (Bourdieu, P. 1995:63).

Nos acercamos al equipo de Salud mental de Allen para observar cuáles eran los dispositivos en los que circulan imaginarios, sentidos, significados, afectos sobre la locura. Foucault define dispositivo como "la red que puede establecerse entre un conjunto heterogéneo de elementos que incluye discursos, instituciones, reglamentos, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas y morales. El concepto hace referencia a un esquema de representación o grille d'interprétation (cuya forma remite a una retícula o a una red) a través del cual es posible pensar fenómenos socio/ culturales (Moro Abadía, O. 2003:40).

Entendimos por prácticas "la racionalidad o la regularidad que organiza lo que los hombres hacen (sistemas de acción en la medida que están habitados por el pensamiento), que tienen un carácter sistemático (saber, poder, ética) y general (recurrente) y que por ello constituye una "experiencia" o un "pensamiento" (Foucault, M en Castro, E. 2011: 336).

Capítulo 6

Estudio de Caso Único.

Este es un Estudio de Caso Único, en relación a su relevancia en la adjudicación del nombre del fenómeno de la desmanicomialización a la experiencia de externación del hospital de Allen. Y porque no se han encontrado investigaciones específicas sobre su situación actual, es una situación poco conocida.

Desde esta investigación cualitativa, fuimos a buscar datos descriptivos de forma inductiva; lejos de generalizar al universo los hallazgos para crear reglas universales aplicables a otros contextos, quisimos pensar en la transferibilidad: ir del caso a otro caso con características similares.

El servicio de Salud mental del hospital de Allen, sus prácticas y significaciones.

Llegamos a la ciudad de Allen (situada en el Alto Valle Este de Río Negro), donde, como ya dijimos, se le da origen al término "desmanicomialización" refiriendo al acto de cierre del llamado Neuropsiquiátrico de esa ciudad y su reapertura como parte del Hospital General.

Buscamos a actores involucrados con las prácticas que describen los textos legales: el Servicio de Salud mental que pertenece a ésta institución del Hospital Área Programa Dr. Ernesto Accamé.

Quisimos que, desde el campo, estas personas nos orienten cómo seguir. Así que dejamos que cada una nos diga a quien más visitar (muestreo por bola de nieve).

Archivos (Oficios y Documentos Legales como Muestra)

Como emergente encontramos en el campo oficios y documentos legales (archivos), a los cuales accedimos una única vez, solo obtuvimos copia de aquellos que fueron señalados como representativos de ese momento por una persona entrevistada de la muestra. Decidimos fotografiar con el permiso de quien ofrece el material, solamente documentos descriptivos con formato de oficios y respuestas a los mismos como interacción entre el servicio de Salud mental y el juzgado de la ciudad vecina que tuvo

jurisprudencia en el caso: Roca.

Sucedo el encuentro azaroso con una de las Psicólogas del equipo: Ángela. Fue el 20 de mayo del 2016, no solo el primer día de aproximación concreta al campo sino el primer día en el que el equipo comienza un proceso de externación concreto de los pacientes crónicos que vivían allí hace más de 30 años. Este hecho significativo dio posibilidad de un seguimiento de dicho proceso, mediante encuentros, desencuentros, a veces logro de entrevistas y otras incorporando notas de campo.

El equipo de Salud mental del hospital de Allen:

En la transcripción de la entrevista identificamos cada persona entrevistada con un nombre, creado por nosotras para preservar identidad, manteniendo su función en la tarea profesional.

Primera etapa de toma de entrevistas en acercamiento al campo:

Néstor: Trabajador Social, Equipo de Salud mental (ESm). Antigüedad en el trabajo 5 años.

Ángela: Psicóloga, Equipo de Salud mental (ESm). Antigüedad en el trabajo 5 años.

Claudia: Psicóloga, Equipo de Salud mental (ESm). Antigüedad en el trabajo 13 años.

Héctor: Psicólogo, Equipo de Salud mental (ESm). Antigüedad en el trabajo 17 años.

María: Psicóloga, Equipo de Salud mental (ESm). Antigüedad en el trabajo 5 años.

Amadeo: Enfermero, Equipo de Salud mental (ESm). Antigüedad en el trabajo 44 años.

Valeria: Médica Psiquiatra. Jefa del Servicio de Salud mental. Antigüedad en el trabajo 7 años.

Laura: Psicóloga, Coordinadora Zonal Alto Valle Este (CZ).

Victoria: Trabajadora Social, Coordinadora Zonal Alto Valle oeste (CZ)

Amanda: Jueza de Familia, Antigüedad en el trabajo de jueza 7 años.

Como segunda etapa de toma de entrevistas:

Clara: Trabajadora social, Dueña del Geriátrico Horizonte de la ciudad de Roca/Fiske Menuco. Antigüedad en el trabajo 27 años.

Espacios de trabajo del servicio de Salud mental:

Durante las entrevistas definimos los espacios que corresponden a las prácticas que llevaban adelante quienes constituyen el equipo de Salud mental del hospital:

Las Reuniones Semanales de Equipo: se desarrollan los días viernes a las 9 de la mañana en consultorio 7. Se cuentan cómo van y cómo seguirán de acuerdo a las demandas de trabajo que tengan, organizan la tarea. La mayoría de las entrevistas fueron coordinadas por teléfono para concretarse los días viernes a las 9 am en consultorio 7; día, hora y lugar propuesto por los integrantes del equipo, quienes proponían el uso del espacio central para las entrevistas mientras entraban y salían compañeras y se consultaban en relación a la tarea. Creímos que sucedió debido a espacios y tiempos saturados como se verá en el apartado de análisis.

Reuniones con la coordinadora zonal del Alto Valle Este: incluyen una reunión mensual entre el equipo de Salud mental y coordinadora zonal de Allen.

Jornadas zonales: Se desarrollan una vez al mes de manera rotativa en distintas ciudades de Río Negro, dependen de Coordinación General de Viedma; incluyen la participación del equipo y coordinadores zonales.

Visita domiciliaria: a cargo de una de las Psicólogas del equipo: Claudia, y la realizaba con los pacientes que fueron recientemente externados y se encuentran en geriátricos de la zona, salvo en el caso de "Pachi" que está en Bolsón y al que visitó el Trabajador Social Néstor dos veces durante el proceso de externación. Durante la indagación sostuvieron llamadas telefónicas con este paciente, no había visita programada. De este último dispositivo refirieron que estaba siendo exclusivo para pacientes externados ya que desde la última externación, no ingresaron casos graves. Según el psicólogo del equipo, esto se debe a que los cambios en el hospital (que no haya área de Salud mental y transformación de ésta en parte del hospital general) provocaron la recepción de pacientes que llegan hasta la guardia donde son derivados a otros hospitales o a instituciones privadas.

Espacio de admisión: Este espacio se realizaba los lunes, de manera grupal hasta el mes de noviembre del 2017, luego se transformó en espacio individual.

Guardias: Las realizan rotativamente los integrantes del equipo.

No se hizo posible la observación participante, no solo en relación a las jornadas zonales (la Coordinadora provincial de Salud Mental de Viedma, Sabrina, no autoriza la participación vía telefónica: "las jornadas zonales son cerradas, no son abiertas al público ni aunque esté haciendo investigación", según nota de campo). En relación a reuniones de equipo: la jefa del servicio de Salud mental, Valeria refiere que no se ha logrado encontrar con todo el equipo para consultar si estaban de acuerdo y ya había pasado más de dos semanas del pedido, aunque las reuniones se desarrollaban los viernes a las 9 y no fue casualidad que todas las entrevistas que realizamos fueron pautadas por cada uno para ese día y hora, donde pudimos observar que era un espacio sobresaturado de tareas. Sobre visitas domiciliarias, se había reducido a entrega de

medicamentos y por ello la negativa a participar.

Capítulo 7

Nuestra caja de herramientas [1].

La herramienta hermenéutica-dialéctica:

Decidimos recurrir a la interpretación de categorías desde el análisis hermenéutico que se focaliza en "las estructuras profundas de acción y significado" (Vasilachis. I. 2012: 69). La comprensión, no solo refirió a la escucha mediante entrevistas, sino que también se ocupó de textos en sus diferentes formas incluyendo documentos, archivos etc. La concepción dialéctica de la hermenéutica incluyó la aceptación de que las prácticas sociales empíricas "pueden tener simultáneamente intereses colectivos que los unen e intereses específicos que los diferencian y contraponen" (De Souza Minayo, M. 2015: 216).

La puntuación de insistencias:

Ana Fernández en su libro "Lógicas Colectivas" (2008), propone que en situación se deciden los criterios de indagación y análisis; así fue como en la búsqueda de los imaginarios sociales, una operatoria puesta en juego hacia su búsqueda y visibilización fue la distinción y puntuación de insistencias, para un análisis de las prácticas que permite alojar lo inesperado (pp 35).

La función de las insistencias narrativas tuvo que ver con poner en visibilidad y enunciabilidad las cristalizaciones de sentido que un colectivo construye; teniendo como función, dichas cristalizaciones, homogeneizar lo diverso y empobrecer las potencias. Las insistencias se visibilizan por la "repetición de las narrativas en múltiples focos" (Fernández, A. 2008: 105), son dimensiones institucionales, por decir algunas: políticas, económicas, artísticas, legales etcétera.

Tomamos un recaudo metodológico: la necesidad de concretud, que entendimos como la fantasía de encontrar en las narrativas aquello que buscamos con palabras textuales, tendencia matemática universal hacia las ciencias duras. La repetición insistente se encuentra en un entramado de producción narrativa que se caracteriza por variaciones de enunciabilidad, sin embargo, propio del mismo colectivo de pertenencia responden a la misma trama argumental que subyace.

Por repetición, lo que se reproduce son argumentos que dicen de lo instituido, que se encuentra oculto, por debajo y que se pretende instituir como un régimen de verdad, totalizante. Pero algo más sucede y es el modo de operar por desplazamientos de sentido, refiriendo a juegos de la comunicación que encierran lógicas de sentido, esto sería nombrar una

cosa por otra.

Encontramos que no es lo mismo hablar de personas internadas que alojadas en el hospital de Allen, y se podrá ver que en el discurso se usa una y otra vez una palabra en lugar de otra. Las reiteraciones como insistencias podrán sobredimensionar aspectos que dejarán otros en la negación, ocultamiento, invisibilización y naturalizaciones de sentido.

Para utilizar la distinción y puntuación de insistencias, se realizaron actos simultáneos, ya en la escucha atenta de una experiencia se hizo posible: "el propio arte de distinguir opera puntuación y provoca, dispone, crea condiciones para la producción de un sentido, ya que detiene, sitúa y enuncia un punto en el flujo de experiencia." (Fernández, A. 2008: 160).

La insistencia dio la posibilidad de visibilizar no dejando que se produzcan lecturas en un solo sentido, y permitiendo luego la interpretación hermenéutica.

Tuvimos otro recaudo, el de no caer en traducciones reductivas, también llamada interpretaciones de sentido único; lo que Lacan llamó "interpretaciones Placage. Es algo incrustado y algo que enchapa. Incrusta un sentido y enchapa, recubre y cierra todo otro sentido" (Lacan en Fernández, A. 2008:162).

Si bien puede aparecer una primera reducción traductiva, luego es necesario abrir esa traducción en una cadena de sentidos de los cuales en ese momento se lee solo uno pero que pertenece a una trama, a otros múltiples sentidos posibles en latencia, y por último relacionar todo aquello que tomó un sentido, con lo que lo atraviesa de modo universal/general: contexto socio-histórico, lucha de poderes, y demás dimensiones que sean pertinentes a ello.

Diferenciamos las insistencias de la repetición[2], este último aunque sea parte del origen de la herramienta que proponemos, entendiéndolo como mecanismo inconsciente intra subjetivo defensivo, no lo utilizaremos en esta investigación y advertimos aquí el cuidado de no confundir lo que utilizaremos como herramienta de análisis con el mecanismo psíquico defensivo.

Los analizadores institucionales:

Ana Fernández (2008) propondrá articular para la indagación de la puntuación de insistencias narrativas junto con analizadores: gestos, actitudes, ritmos, climas, disposiciones espaciales habilitando en ello la capacidad enunciativa: "lo no dicho, lo naturalizado, aquello que está ahí pero no se ve... su accionar y su eficacia difícilmente serán localizables en discursos, reglamentos o normativas explícitas" (pp108). René Lourau (2007) se refiere analizadores como lo que permite revelar la estructura

de la institución, provocarla, obligarla a hablar de sí. Son códigos que emite la institución al hablar "en silencio" (pp. 280). Ampliamos el conocimiento de esta herramienta desde Gregorio G. Kaminsky (2010), quien dirá sobre los analizadores que podrán encontrarse en contradicciones, fisuras, tanto como en marcas o inscripciones en alguna pared, frases dichas al azar, gestos, actitudes; sin embargo, es quien analiza que puede leerlos o ubicarlos a un nivel de analizadores. (Kaminsky, G. 2010:39).

[1] Ana Fernández (2008), refiere a "caja de herramientas o instrumentos" (Pp 34); para hablar de los dispositivos con los que se puede abordar una situación específica.

[2] repetición en los estudios Freudianos ligada a una dinámica conflictual que refiere a la pulsión de conservar; proceso de origen inconsciente en el que hay un intento de situarse activamente ante situaciones penosas, repitiendo experiencias antiguas con la impresión de que se trata de algo motivado en lo actual. Habría una tendencia a conservarse ante el sufrimiento, en donde existe un origen situacional histórico y la imposibilidad de reconocer aspectos propios dentro de la situación actual (Laplanche, J. & Pontalis, J. en Lagache, D. 2005:366).

Capítulo 8

Análisis de los datos.

Una vez en el campo, elegimos el abordaje desde el análisis institucional considerándolo coherente para el análisis inicial de los datos construidos en las entrevistas.

René Lourau dijo a partir de sus textos que para acercarse a un análisis institucional no alcanza con observar la dinámica entre lo instituido e instituyente, es necesario observar lo que llamó institucionalización y para ello existe un tercer elemento: la implicación dentro de la institución como vida interferida o campo de movimientos interferenciales (Lourau, R. 2001:39). Vimos desde el primer momento en los integrantes del equipo distintos niveles de implicación, entendida como la inclusión de los propios afectos, en relación a las externaciones. Este autor diferencia la implicación de la sobre-implicación como "el grado extremo de la participación afectiva" (Lourau, R. 2001:67), de la implicación negativa: "los no participantes cuya postura es tan activa e implicada como la de los participantes... sin estos desertores la implicación positiva no existiría" (Lourau, R. 2001:44).

A partir de la búsqueda de la implicación pudimos observar los afectos, éstos son un elemento parte de lo que se define como: las SIS.

Desde que llegamos, encontramos en los discursos el atravesamiento por este momento particular en el que descubrimos desde la insistencia al menos tres cuestiones como movimientos en el campo que puntuamos como significativas:

La externación de pacientes crónicos de Salud mental.

El desarme del equipo de Salud mental y del área de Salud mental junto con el pasaje al área general del hospital.

La reconstrucción edilicia y reorganización del hospital.

Consideramos éste, un momento contextual clave para la búsqueda no solo las SIS sino de las prácticas de Salud mental en un contexto legal determinado y más allá, sobre la cultura actual a través de hechos acordes con un marco legal que veníamos estudiando y tipos antropológicos que habitan el presente contextualizado en estas prácticas.

Categorías Emergentes.

Además de las categorías iniciales: SIS, Contexto de Ley y Prácticas, a las que estuvimos atentas en la escucha desde el inicio, con insistencia aparecieron categorías emergentes en las entrevistas.

La forma que adquieren estos párrafos ampliados, parte de las entrevistas, es de carácter testimonial. Lo pensamos desde Giorgio Agamben: "es una potencia que adquiere realidad mediante una impotencia de decir y una imposibilidad que cobra existencia a través de una posibilidad de hablar" (Agamben en Ciriza A. 2008:68). La memoria se presenta como la experiencia vívida, la construcción social del recuerdo y la historia como la herramienta de reconstrucción. Se trata de la conformación del testimonio como fuente histórica; el testigo reconstruye el pasado (lo que creía que ocurrió), en función de su presente (lo que ahora piensa que hizo) y su futuro (lo que desea que ocurra) y por ello "se tendrán en cuenta dos niveles, uno sobre consideraciones de lo que ocurrió y dos sobre lo que se relata, que introduce la subjetividad del hablante" (Ciriza, A. 2008: 66).

La toma de entrevistas apareció la cuestión histórica que se asoció en cada narrativa a la situación presente, así fuimos a buscar la forma de darle la dimensión que demandaba y lo fundamentamos desde lo que Foucault llama "la genealogía de las prácticas de subjetivación..." (Foucault, M. en Donda, C. 2003:57), desde donde buscamos ver los efectos que produce la concepción de las personas y la historia, las relaciones entre los acontecimientos apoyados sobre los cuerpos y las luchas para explicar cómo se constituyen las relaciones de poder. Este método tomado en su sentido amplio y no estricto, buscó liberar las discursividades locales, hacer jugar los saberes liberados de la jerarquía de los poderes propios de la ciencia (Foucault, M. en Donda, C. 2003).

Describimos a continuación las categorías emergentes y fragmentos de las entrevistas:

Resistencias al cambio.

A) Intra institucionales: Observamos una dinámica similar entre las personas que han sido externadas luego de una internación crónica de más de 30 años y quienes los han acompañado desde su práctica profesional, integrando el equipo de Salud mental, contando con una antigüedad que fluctúa desde 5, 6 años hasta los mismos años de internación de los pacientes, por ejemplo 30. Hablamos de enfermeros del equipo de Salud mental con antigüedad de 30/40 años que tienen la particularidad de haber desarrollado su tarea específica con dedicación exclusiva a los llamados "pacientes del área", con los que han conformado esta parte instituida del hospital. Aparecen con mayor resistencia al cambio, sobre todo a partir de las externaciones, que afectaron directamente su tarea y rol pero también identidad dentro de la institución.

La antigüedad y la depositación de las resistencias nos hablaba también de una cronicidad en el rol de enfermeros exclusivos del área.

Los enfermeros como cuerpo simbólico, representaron la resistencia ante un cambio en la estructura del hospital luego de tantos años dentro de una invariante forma de funcionar:

-- eran los que podían dar la referencia histórica (...) las primeras personas que vi que me pudieron decir: "ella está hace 30 años; 35 y porqué estaba ella... yo no entendía por qué había gente internada hace 30 años. (Néstor trabajador social).

--cuando llegué ví mucha presencia de los enfermeros en cuanto al arraigo con los pacientes y por ello pudieron verse muy esquivos a esto, por una cuestión de años de instalarse desde ese lugar. (Néstor, trabajador social).

-- que haya sido un psiquiátrico determinó por muchos años eh (...) este tipo de conducta, eh entendiendo como psiquiátrico digamos, un modo de funcionamiento ¿si? Eh aquí quedaron eh (...) de esa época gloriosa digamos, 4 enfermeros. (Héctor, psicólogo).

--es más, hicieron apuestas de clínicas, los enfermeros de años de que nunca íbamos a sacar a los pacientes de acá (...) a ver, acá están contenidos ¿si? no cabía la posibilidad, en el imaginario social de que pudiera haber otro lugar donde pudieran estar mejor." (Néstor, trabajador social).

Nos encontramos uno sólo de los enfermeros que, en relación al primer momento de auge histórico del hospital, era el único del área de Salud

mental trabajando allí y contaba en ese momento con la mayor antigüedad: 40 años.

A partir de su entrevista entendimos que hubo dos externaciones:

Con la sanción de la ley provincial aparecen las primeras que no logran ser parte de un imaginario radical instituyente sino como eventos esporádicos. Vimos prácticas cotidianas con roles establecidos de una misma manera por más de 30 años, anudando subjetividad en este sentido y no como cambio continuo parte de un proceso desmanicomializante. Por ello encontramos en enfermeros sobre implicación negativa.

Desde este primer momento ya hubo resistencias:

--Y nos oponíamos porque nosotros decíamos: ¿a dónde los llevan?, ¿en qué condiciones? No estamos de acuerdo en que se los saquen por sacarlos por decir los sacamos de Allen, los externamos, entonces nosotros pedíamos las condiciones; y a nosotros nos llamaban, nos decían que éramos "manicomiales" porque jaja... no aceptábamos las pautas esas, pero no era que no las aceptábamos, sino que no aceptábamos las formas (...) yo cuando salió un paciente a Montes de Oca; eh todos lo fueron a despedir, yo no lo fui a despedir porque yo lo vi como un fracaso de nosotros (...) de la ley (...) (Amadeo, enfermero).

-- después había como una cuestión de los enfermeros como que ya eran propios esos pacientes, esos usuarios (...) qué va a hacer tal, cuando lo mandemos a la casa, que va a hacer tal otro (...) (Claudia, psicóloga).

Llegó un segundo momento de externación coincidente con la modificación edilicia del hospital que sucede durante el trabajo de campo. Estos cambios se producen en la organización institucional (lo edilicio, estructural, el edificio concreto) y no como institución en el sentido de conductas sostenidas con regularidad en el tiempo, valores, costumbres, pautas, reglas, normas etc como plantea Fernando Ulloa. En el cómo se llevaron adelante los cambios, fue donde vimos grandes resistencias.

Nos contó el enfermero:

-- los últimos meses no sabía en donde iba a entrar a trabajar, aparte no acepté ir a trabajar a clínica médica, después de 44 años no voy a ir a trabajar a clínica médica o a la guardia, no este no (...) no estaba en condiciones ni físicas ni mentalmente yo para ir... eso sí me mortificó (Amadeo, enfermero).

-- a mí me llamaron a mi casa y me dijeron "Amadeo, mañana se va el Pachi"; "Y para qué me llamás", le digo, "Para avisar, porque vos lo tenés

que saber"; "No", le digo "si ustedes ya lo tienen resuelto", ni si quiera lo fuimos a dejar nosotros, lo fue a dejar un agente sanitario y una enfermera que nada que ver con el servicio; que esa fue una de las grandes cosas que nos molestó a nosotros; que nosotros estábamos...quedábamos dos enfermeros como referentes del área de salud mental, y no se dieron ni cuenta cuando se llevaron los pacientes; ni siquiera nos dijeron, mirá me llamaron en la noche ¿viste? Y al otro día se iba. Sí, me puse mal, me puse mal porque, nosotros suponíamos que éramos los referentes y visitábamos a los pacientes, la relación, el vínculo (...) así es que al otro día cuando se iba, no había acomodado sus cosas, no había acomodado su ropa, no habían pedido la ambulancia que lo tenía que trasladar hasta Neuquén..." (Amadeo, enfermero)

Agrega el trabajador social:

-- Cuando se instala esto de personas sin documentos y te dicen: "No, sí tiene, ¿cómo?" y vos les decís: "A ver, si tienen documentos muéstrenmelos", y no había nada, entonces, había un imaginario de que las personas que estaban acá tenían documento, pensión, pareciera ¿no?; no tenían nada. Cuando uno empieza a trabajar pensión y más en el proceso de incapacidad que antes era insania; a pedir un curador, sí? (...) una persona que los represente, para si tienen bienes o no, "no, qué va a tener bienes, para qué vas a hacer eso" todas estas negativas, de aquellos que convivían con ellos; enfermeros que, "y no...si no se los van a llevar nunca", no, no es llevárselos, no es la palabra sacarlos de un lugar para depositarlas en otro; es trabajar en pos de la ley y los derechos de las personas. (...) esto que generó, en algunos miedos, digo en algunos profesionales, enfermeros o en la institución; "Cómo va a pasar esta revuelta, si nunca pasó antes porqué ahora" si?". (Néstor, trabajador social)

Insistieron las mayores resistencias sobre la figura de los enfermeros y una de las personas externadas. Hablamos, en este último caso, de una mujer que se va del lugar al que fue derivada, siendo este un geriátrico de la ciudad aledaña (Roca, a 20 km de Allen), se toma un colectivo y vuelve al hospital de Allen donde insiste en habitar el mismo espacio físico en el que vivió por años, ex espacio de Salud mental que luego fue la dirección del hospital:

--Y, hubo una dificultad con María eh mmm que se volvió al hospital ¿sí? jajaja porque éste era su hogar, aquí en Allen se movían eh en colectivo, no se adaptó y se vino al hospital (Héctor, psicólogo). -- C:Y María Elena pasó a una habitación de clínica médica que, bueno en realidad es cómo funciona el resto de los hospitales, los pacientes de salud mental están

internados en la sala general. --H: Pero su espacio sigue siendo, el espacio físico que ahora está ocupado por dirección, secretaría... ella va ahí, ella va a la cocina de ahí, toma mate ahí, fuma ahí como cuando estaba el servicio ahí. (Claudia y Héctor, psicólogos)

--Ella decía que esa era la casa de ella, o sea vivía como su espacio como su casa, y se vino, les dijo "a mí no me van a llevar de vuelta" y los otros no se pudieron venir porque están encerrados". (Amadeo p17)

B) Resistencias histórico-sociales.

La población de Allen también fue parte de las resistencias, con negación y naturalización de lo acostumbrado.

La concreción de externaciones sin modos progresivos, visibilizó la construcción social de una imagen de los cuerpos de las personas internadas (cuerpos simbólicos) asociadas sólo a ese lugar, a las paredes de la organización institucional, cuerpos como metáfora de una significación de subjetividad ligada a la identidad del Hospital.

Encontramos resistencias al cambio a partir de un imaginario desde lo histórico identitario que pareció funcional a toda una zona sanitaria; vimos la concepción manicomial.

No resultó más importante, en este trabajo, la discusión de si este hospital fue o no una institución monovalente sino la construcción social que se creó en este sentido, con las prácticas que habilitó y las significaciones que sí se sostuvieron en coherencia con ello.

El primer momento de externación de pacientes fue parte de un movimiento que acompañó la sanción de la ley, por esos mismos años, luego quedó por realizar un trabajo con continuidad que al no haberse desarrollado dificultó este segundo momento de externación, quedando entre ambos momentos, 10 personas internadas como "pacientes crónicos" junto a nuevas resistencias y una vuelta a la concepción sobre la locura y la atención a la salud anterior a la ley:

-- hasta el último que nos queda una sola persona internada, hasta el ante último paciente hubo toda una cuestión social en Allen de la comunidad, que porqué se llevaba al paciente al bolsón, por ejemplo, y porque él manifestó que se quería ir ¿sí? (Néstor, trabajador social)

-- desde lo social, la gente sabía que había personas, un desconocimiento total de la ley ¿sí? Desde las instituciones, si bien pienso que saben que están, también, es como que se amoldan a lo que la masa dice, la sociedad dice: "Ahí están bien y ahí tenían que estar". (Néstor, trabajador

social)

--esto de la externación fue muy criticado. (Héctor, psicólogo). Sí, por Pachi que era el más público, la gente se reusaba a que Pachi dejara de ser parte del paisaje sin saber nada de Pachi, porque todo el mundo era, Pachi desde lo externo pero no tenían ni idea, creo que el 90 % de la gente decía un montón de cosas, en las redes sociales sobre todo, siempre hay gente que, este, no sabe cómo es el funcionamiento y por sentido común dicen "No, cómo lo van a sacar que es su casa" un hospital no es una casa (Claudia, psicóloga).

--El Pachi cuando se fue al Bolsón, hubo toda una movida para que no se vaya, como "el Pachi es de la gente, es de acá de Allen" y me acuerdo que, todo una cosa en el face, la verdad que una payasada fue, es que realmente nadie, sí el Pachi, a ver el Pachi iba barría comía por acá, iba por acá, tenía sus días que también se le saltaba la chaveta y ponele y corría y pegaba y andaba medio medio, pero como que es bastante, siempre fue muy querido diríamos, acá entre la gente. Pero me acuerdo en el Facebook una chica puso: "Por qué no te lo llevas a tu casa y lo atendés en tal caso si querés que tanto se quede en Allen". La idea de llevarlo al Bolsón es de que su familia está cerca de hecho él tiene mucho más contacto con la familia. (Ángela psicóloga).

--La provincial digamos, eh se decía que no existía el manicomio eh, pero digamos, el hospital, nuestro hospital, y la y básicamente por la historia de esta ciudad eh, tenía una concepción manicomial. (Héctor, psicólogo).

--Allen era la ciudad más importante de la Patagonia, con su Hospital, con una estructura hospitalaria de complejidad ¿sí? pero la historia de la gente, la gente que continúa viviendo acá, quedó con la idea de que esta, o sea de que este es el hospital más grande (Héctor, psicólogo). Como parte de la historia, de este hospital y de este servicio, nosotros teníamos un lugar exclusivo de internación, porque estaban estos 10 pacientes, estos 10 usuarios crónicos, que vivían acá y además había una habitación para las internaciones agudas, donde en Roca no tenían una cama y venían a Allen; donde en Cipolletti no tenían una cama...o pedían, veían la posibilidad porque Allen tenía su lugar de internación exclusiva, un lugar de salud mental, solamente. (Claudia, psicóloga).

C) Resistencias desde las prácticas:

Es en las prácticas donde emergen y a través de las cuales se crean las SIS, observamos en ellas las resistencias, de parte de todas las áreas del hospital, a partir la externación de personas que vivían allí. Sobre estas

resistencias que se manifiestan en las articulaciones (áreas) del hospital se dan lo que Fernando Ulloa (1968) llama fractura institucional que "favorece la depositación proyectiva, por parte de los integrantes de la organización de aspectos fragmentados del Self" (pp3). Sucedió con la atención en el hospital, dividida por áreas/servicios, en la cual se vió fragmentación y ausencia de un hacer colectivo hacia la salud.

Nos encontramos con resistencias en las prácticas desde el área de Salud mental en sus nuevas formas de participación que se manifestaron con malestar. También desde la población hacia las prácticas de atención relacionadas con lo propuesto por las leyes. La gente que acude al servicio, pide atención individual, negándose al tratamiento grupal.

Además, hallamos resistencias interinstitucionales en las practicas, a partir del uso de terminología antigua correspondiente a otras prácticas históricas.

Vemos en los discursos siguientes lo que describimos en esta categoría emergente:

--cuando se fueron externando los pacientes ya está quedó, el servicio se cerró, "se cerró" a ver, hay internación de agudos diríamos, se hace la internación, con bastante resistencia en el área de clínica, los médicos en general no les gusta demasiado el tema de este de, bueno internar pacientes de salud mental, son bastantes molestos, son bastantes eh, bueno hacen mucho más lío que un paciente común diríamos, con algún tipo de patología clínica este... con eso lidiamos bastante en las guardias. (Ángela, psicóloga).

--es una parte como bastante eh, sí negativa, porque muchas veces uno tiene criterio de internación y tenés que internar al paciente y te dicen "no hay espacio" o "no". (Ángela, psicóloga).

--Salud mental molesta mucho en general viste? Es como, visible, se visibiliza enseguida el paciente, el paciente es mucho más revoltoso. (Ángela, psicóloga).

-- Salud mental siempre, o por lo menos en este hospital, no sé en otro, siempre está ubicado en este lugar "estos no hacen nada" ¿no? más si no estás viendo... o sea vos tenés que ver 800 pacientes por día para decir que vos estás haciendo algo, desde los otros servicios. (Ángela psicoicóloga).

--y utilizar las camas de internación, claro! Que es general, que son de la población, no es que sean de clínica o del médico, eso es una visión que hay que ir rompiéndola, entonces, internar, aunque sea una situación

aguda que va a estar 3,4 días... cuesta mucho. (Valeria, psiquiatra).

--dejamos de funcionar de forma independiente, parece que salud mental no está más en el hospital, prácticamente es como si hubiésemos dejado de existir de un momento para otro y no dejamos de existir, pasamos a integrarnos, pero, eh! ¡Viste! Hay una resistencia. (Valeria psiquiatra)

--hace 2 semana volvieron las admisiones individuales...mucha resistencia desde la población, por lo grupal, no les gustaba contar sus cuestiones delante de otros. (Ángela psicóloga).

--la comunidad no está preparada para eso, solicita individual, solicita atención individual y ambulatoria en el hospital, o sea como lo antiguo, lo clásico, no digo que eso se tiene que perder no, tiene que seguirse dando, pero bueno la llegada quizás puede ser otra y desde lo grupal, no solo con el fin último de nosotros redistribuirnos como recurso humano, sino que muchas veces, en lo grupal, desde la identificación de la problemática entre los mismo pacientes o usuarios como quieras llamarle, eh... hay, se saca mucho más provecho terapéutico. (Valeria psicóloga).

--el cuerpo médico forense seguía utilizando algunos términos que yo hasta tuve que mandar testarlos no? porque, suponete, no sé "es el típico idiota útil" no? ese tipo de terminología, que después la gente, cuando se termina el proceso de toda la prueba, se le dá, se le corre el traslado, se le dá copia a la persona, de toda la prueba porque es parte en el proceso, vos imaginate cuando recibían eso, una persona que leía "soy un..." la verdad que super denigrante... le hice saber al cuerpo médico forense, este bueno que a partir de la nueva legislación ese tipo de terminología no... porque justamente las personas, uno se pone en el lugar de las personas, era recontra estigmatizante, lo que decíamos antes, la carátula misma del expediente... todo lo que hace a la terminología es fundamental en derecho, no es lo mismo: "analicemos la capacidad de Amanda" que "Amanda sobre incapaz" (Amanda, jueza). Otra cosa importante es que las sentencias tienen que estar redactadas con términos claros y sencillos, que cualquiera pueda entenderlo. (Amanda jueza)

2) La externación ¿el empobrecimiento de las prácticas?

Las prácticas cotidianas aparecen alrededor de las externaciones de las personas que estuvieron internadas en el área de Salud mental, como hecho que provocó cambios en los modos de realizar las tareas de todo el equipo y del hospital.

Las iniciativas políticas determinaron tiempos y formas; y se diferencia de la política como capacidad del ser humano de pensamiento autónomo histórico-social que aquí vimos afectada.

El segundo momento de externación, se da durante el año 2015 y parte del 2016 y 2017, momento de realización del trabajo de campo y análisis de esta investigación.

Sobre las prácticas de formación de quienes fueron y son actores y sostenedores de la salud prevaleció en el discurso la falta de recursos necesarios para sostener con actos, prácticas, lo que dicen las letras, los textos legales.

Sobre el primer momento histórico de externación:

-- dos períodos de externación, uno cuando se le dio la sanción a la ley 2440 y que fue antes de que nosotros dos ingresemos (Claudia refiere a Héctor: psicólogos) y que había un equipo móvil, de un grupo con ambulancias, entonces venían al hospital y trabajaban con la externación (Héctor p5) (...) era monovalente, con un montón de actividades que para la época eran como más innovadoras, había, este, talleres de arte, de laborterapia, musicoterapia. (Claudia, psicóloga).

-- Pero existía la ley y los pacientes, algunos, la ley decía que los pacientes debían de volver a su lugar de origen con su familia, cosa que no fue así, algunos se mandaron a Montes de oca, otros a Melchor Romero... o sea a otros psiquiátricos (Amadeo, Enfermero) (...) y a la vez la ley decía que todos los pacientes que estaban afuera, de acuerdo a la ley, a los 2 años había que traerlos a la provincia; creo que se trajo 1 solo, 2, viste ya después de muchos años. (Amadeo, Enfermero).

-- lo empezaron a achicar al servicio, tenía cámara gesell el hospital, era muy completo tenía hospital de día, que se yo tenía huerta, se hacían huertas, se hacían laborterapias, todo eso se fue perdiendo, expresión corporal, todo eso se fue perdiendo; se hacía, en las noches se hacía la "hora de cierre" se llamaba en donde el que estaba, sea un enfermero o el que estaba hacía la hora de cierre, con pacientes que después se iban a dormir o guitarreaban o jugaban a las cartas..." (Amadeo enfermero).

-- íbamos nosotros a la casa, estábamos con ellos, charlábamos, le organizábamos huerta, se hacían huerta...claro trabajábamos con ellos qué es lo que tenían que hacer para mejorar su calidad vida en su casa."(...) "Salíamos en ambulatorio, ¿viste? Íbamos a dar capacitación a los otros lugares" (...) "y un año hicimos la fiesta de fin de año, hacíamos la fiesta, siempre les hicimos asado, chivo, cordero al asador, trabajábamos 6 meses nosotros para hacerle la fiesta a los pacientes y un año se lo hicimos, con los que estaban internados y con todo el grupo familiar, eran como 100 personas, hicimos 16 chivos al asador. ¡Hermoso fue! Jajaja ¿viste? Y fue el juez de paz, fue el presidente del, del, de los abuelos, de ¿cómo es? De jubilados, el presidente de la bodega Millacó, el comisario con su esposa, con su familia y no fue ni la directora, ni ni el director ni la administradora del hospital, no fueron. (Amadeo,

Enfermero.)

-- Y nosotros algunos sí, otros no, a algunos les mandaban la ley y que la leyeran, leéla en tu casa y la interpretas como vos quieras la ley y después claro se hacían charlas de salud mental pero había que viajar y nosotros no viajamos porque, fuimos a algún encuentro de salud mental, que se hacían en distintos lugares de la provincia, pero como que íbamos y como que volvíamos a hacer lo mismo, o que íbamos y nosotros decíamos "tienen otra mirada distinta! Decíamos no, no es lo que está pasando, porque nosotros tenemos tales y tales problemas". (Amadeo Enfermero).

--Cohen era jefe de salud mental... donde nos llevaron y cuando llegamos allá no teníamos vianda jeje viste y con el doctor Pellegrini les hicimos un despelote jaja porque había viáticos para 2 personas y el resto no teníamos ni donde dormir ¿viste?... (Amadeo Enfermero).

Cuenta de una salida en donde llevan a Pachi a ver a su hermano:

-- el hermano, también... pensaba que lo íbamos a dejar y cuando nosotros fuimos al hospital también pensaron que lo íbamos a dejar, entonces le dijimos "No, lo trajimos a pasear porque el Pachi lo quería ver" y se pusieron re contentos y dijeron, pero lo que sí era una familia de muy escasos recursos, dice "nosotros no tenemos donde duerma"; "no se haga problema, lo llevamos a dormir con nosotros" nosotros estábamos en un camping. (Amadeo Enfermero).

El segundo movimiento de externación, es el momento actual que se da cuando de que dos juezas impulsadas por la existencia de la ley 26.657, mediante la revisión de un expediente iniciado de una de las personas internadas, visibilizan la situación del hospital de Allen. Pudimos ver que el empobrecimiento de las practicas desde aquel primer momento histórico hasta hoy fue dejando huellas.

¿Cómo pudo pasar que desde una primera a una segunda externación hayan quedado viviendo 10 personas en el hospital?

Pensamos y pudimos acercarnos a una respuesta desde lo que José Bleger describe como "Institucionalismo Psicológico" (Bleger, J. 1966:92) cuyos dos aspectos son el hospitalismo y la burocratización. El primero de ellos caracterizado por la deprivación sensorial, en el sentido de dejar de percibir y tender a la monotonía y estereotipia en el hacer cotidiano, logrando de forma negativa estabilizar de alguna manera las condiciones en las que funciona la institución, siendo negativa por provocar el empobrecimiento en las personas que la habitan y de ahí el empobrecimiento de las prácticas. El otro aspecto, el de la burocratización: cuando lo que funciona es a través sólo de formalismos: el proceso de externación de los pacientes se hace posible a través de la

visibilización de expedientes legales y sucede en un contexto en el que el equipo de Salud mental viene conviviendo con la monotonía y saturación en la tarea, excesivo trabajo, poco recurso humano para la demanda, entre otras cosas, lo cual describimos como empobrecimiento en la tarea, afectando roles y funciones.

El segundo momento de externación del que venimos hablando se inicia en abril del 2015, al mismo tiempo sucede la transformación de lo pendiente en urgente, se dan las externaciones como procedimiento y no como un régimen cotidiano (Castoriadis, C. febrero 1996:3).

El empobrecimiento de las prácticas se produce por saturación y falta de recursos, solo responden a las leyes que se le imponen desde un afuera, un poder y jerarquía que en el discurso lo adscriben a Viedma (coordinación provincial).

Desde la primera externación y hasta este segundo momento el equipo describe un empobrecimiento de las prácticas. Entre otras cosas, el desmantelamiento del área que siguió funcionando con pacientes internados y con un equipo muy pequeño.

--Cuando ingresamos había 10 personas...Internadas crónicas, con 20, 30 años de internación. (Claudia, psicóloga). Cuando llegué todavía estaba esta cuestión manicomial y asilar digamos, había 8 pacientes todavía crónicos internados hacía muchísimos años; 30, 40 este, y bueno, y algunos fueron falleciendo, dos fallecieron desde que estoy yo (Ángela, psicóloga)

--en algunos no había ni siquiera expediente iniciado entonces el juzgado no tenía ni conocimiento, después cuando sí había otra situación y dijimos "bueno, pero si esta persona está en esta situación, cuántos más habrá; ¿habrá otros, no habrá otros?" cuando entras a hacer un rastreo (...)ellos hicieron un excelente trabajo, la gente del servicio de salud mental de Allen, la gente estaba bien, no era que la gente estaba mal, lo que pasa que no era el lugar adecuado en base a la legislación vigente, asique bueno digamos esto no fue como un castigo para ellos "no porque lo que ustedes hicieron durante todos estos años" no, al contrario porque lo que hicieron fue lo que entendieron que era lo mejor posible para esta gente (...)uno de los asistentes sociales, se constituyó hasta como una de las figuras de apoyo de las personas, iba, le cobraba la pensión, veía, le compraba lo que necesitaba, o sea muy responsables y muy compenetrados. (Amanda, Jueza)

--¿Cómo se detecta esto? Algunas de estas personas sí tenían expedientes iniciados, por ejemplo proceso de capacidad que son los nuevos procesos, con la nueva legislación ya no se llama más incapacidad, no necesariamente va a terminar en una incapacidad total o en una restricción de su capacidad, como dice el código civil nuevo y ya lo decía

con la ley, la 26657, que bueno, que había personas que hacía más de 40 años que estaban institucionalizadas, lo cual es absolutamente opuesto a la nueva ley de salud mental la ley nacional que tuvo como base, como modelo la 2440. (Amanda Jueza).

--oficios de la defensora, si no me equivoco, Querrada donde indica nos pedía al hospital que informemos cantidad de pacientes internados, ¿sí? tiempo transcurrido de esas internaciones, nombre apellidos D.N.I y circunstancias" (...) Comienzan las respuestas y movilización inmediata del equipo durante todo ese año "Amalia está hace treinta años, ingresó por esto, no tiene curatela, no tiene pensión" (Néstor, trabajador social)

Reafirmando la situación del equipo desde este instituido burocratizado, las externaciones se concretan desde mayo a agosto del mismo año:

--El 27 de agosto habíamos externado a María Elena que es la última persona que habíamos externado y volvió el 2 de septiembre; se fue externada a Roca a un Hogar, y se volvió en el colectivo y está ahí. Ella está desde que tiene, hace 38 años que está acá. En realidad, hay que plantear una estrategia. (Néstor Trabajador social).

-- a la secretaria de la doctora Amanda le dije, porque me dice: "Ah ustedes se están tardando en 20 días o 30 de la externación", y le digo: "lo que pasa es que en 30 años nadie; ni el hospital, salud pública, ni justicia, ustedes, vió que había personas internadas. (Néstor Trabajador social).

-- yo siento que nosotros actuamos de manera automática cumpliendo con la ley porque la verdad que los pacientes no están más contenidos que acá en el hospital, solamente hemos cumplido con la ley por decir externamos... cumplimos con la ley, con una parte de la ley, la subjetiva no está, la subjetiva no está. (Valeria Psiquiatra)

-- llama Querrada, la defensora...externaron a un geriátrico que no está, a ver, no homologado, que no está en condiciones de recibir pacientes con el padecimiento mental" (...) "cómo, es un geriátrico que está habilitado para personas que son no auto válidas, vos entendés lo que es un geriátrico?"(...) "lo que usted me transmite a mí, se lo transmite a Viedma", así le dije, porque yo no soy el que resuelvo dónde iban esas personas (Néstor Trabajador social).

-- Durante mucho tiempo, estuvimos sin Psiquiatra (Héctor psicólogo).

-- Por eso se hizo un acuerdo que venía Norberto una vez por semana (...) no había alternativa en ese momento de empezar a pensar en nada más que empezar a atender a atender a trabajar a la demanda a solucionar las cosas que llegaban. Durante 4 años por lo menos eran solamente dos personas en un servicio, con la historia, con 10 personas, 10 usuarios

crónicos, con todas sus actividades, con enfermería, con internación con guardia pasiva, eran dos personas sosteniendo todo un servicio. (Claudia psicóloga).

La reducción año tras año de recursos y sobre todo del recurso humano provocó la pérdida de la función de psicohigiene para promover salud y bienestar de sus integrantes (Bleger, J. 1966: 61). También la sobrecarga del personal produce condiciones de heteronomía, ya que, en un contexto de empobrecimiento y saturación, es muy difícil pensarse y recrearse.

No sucedió lo que propone la transformación psiquiátrica como reconversión de prácticas y de roles y funciones, además de la descentración de las tareas del hospital.

-- A ver, nosotros, yo creo que tampoco teníamos tiempo de pensar en estrategias, eh, en pensar en estrategias para estos 10 usuarios que, vivían acá (...) Incluso en algún momento, me ha tocado a mí o le ha tocado a Héctor, estar a cargo del servicio, un mes un mes y medio, una sola persona. (Claudia psicóloga).

-- Quizás eh, se retaceó mucho en la provincia digamos, a partir de las externaciones, ese dinero no, no fue eh puesto en infraestructura, por ejemplo, casa de medio camino ¿sí? para sostener otro tipo de eh otro, pacientes por ejemplo con problemas judiciales, con procesos judiciales. Había una casa en Roca eh. (Héctor psicólogo).

-- muchas veces preocupados por el tema de los tratamientos medicamentosos que no podíamos hacerlos y había que pedirlos... teníamos que, o él o yo dedicar un día entero a ver el tema de las recetas, porque venía el doctor y las tenía que firmar todas, las tenía que hacer todas y le teníamos que dejar todo organizado para que en 2 horas o 3 horas que venía, hiciera todo lo de un mes, entonces éramos eh asistentes sociales, éramos psicólogos, éramos administrativos; no te digo que éramos psiquiatras porque no medicábamos y no indicábamos pero pensábamos y le decíamos al psiquiatra: "bueno, sabes qué, le pusiste esta medicación, no anduvo bien fijate con" a ver, durante mucho tiempo éramos todo eso Héctor y yo. O Héctor y Gabi, o Héctor solo, o yo sola..." (Claudia psicóloga).

El registro de lo histórico aparece como aquello maravilloso que hoy no está y que en un segundo momento de externación como continuación de las practicas que acompañan las ideas de las leyes nunca estuvo, ¿ni estará?:

-- yo, no no visualizo acá en Allen, no visualizo y veo que es muy complicado para adelante proyectar, a ver, hablemos de hogares de

externación o casas de medio camino. (Néstor trabajador social).

-- nos ha pasado en muchas situaciones, que "no, no puede estar acá, no puede estar allá", como los dos extremos, bueno armémosle un dispositivo especial para esta persona, qué necesita esta persona, armémoslo, pero bueno no hay recursos "no porque no tenemos el subsidio, no porque no tenemos lo otro, no porque no tenemos el operador, no porque no tenemos el acompañante terapéutico, no porque" pero me parece que falta algo intermedio, creo que para cada persona. (Amanda Jueza)

-- Cuándo pasa un determinado período de tiempo, el órgano de revisión que crea la 26657 tiene que justamente revisar si esa internación sigue considerando los requisitos justamente para una internación involuntaria. Este es uno de los principales baches que tenemos, porque no tenemos en la provincia de Río Negro todavía creado el órgano de revisión. (Amanda Jueza).

-- bueno lo que sé es que se empezaron a externar los pacientes y demás; eh, siempre con la falla que tuvo esta ley de que, la ley que proponía la provincial diríamos; se externaban los pacientes, pero no habían casas de medio camino, centros de día, hospitales de día, digamos, la reinserción del paciente en el afuera eh, en lo social diríamos, con la parte de la familia diríamos apoyando esto pero el paciente atendido...desde dispositivos de día ¿no?. Y esto nunca se hizo, o por lo menos, acá en Allen no, en Roca creo que hay algo, una casita, la casita. (Ángela psicóloga)

En el modo de las prácticas de externación pertinente a lo que enuncian los documentos legales, observamos ideas claras de aquello que podría haber sido y que no fue posible.

Esta misma falta de recursos se registró con claridad hacia el momento posterior de la externación, en la continuidad de las tareas y funciones del equipo desde la reestructuración del hospital:

-- hubiera sido interesante hacer una casa de medio camino y hacer que nuestros usuarios que están externados, hicieran una transición ¿sí?, por ejemplo, eh... no había posibilidad por ejemplo de tener operadores eh... (Héctor psicólogo), así como de aquellas prácticas mínimas necesarias para acompañar este tipo de cambios: H: -- Porque de alguna forma era eh eh... no había plata en el hospital para refaccionar el, o sea, el lugar, ¿sí? no teníamos operadores eh. C: -- No tenemos...H: No tenemos C: Ni vamos a tener. H: -- por ejemplo para sostenerla a a a María eh, ahora en algún proceso de externación en otro lugar y demás, necesitamos eh, alguien que acompañe. (Héctor y Claudia psicólogas).

H: -- habría que acompañarla, estar con María Elena eh... en un lugar, llevarla paulatinamente, o sea. C: -- Disponer de un personal, de una persona exclusivamente para eso" (Héctor y Claudia psicólogas). C: -- Bueno, también, toda una cuestión legal que no no no, desde la justicia que no mueve, de que no se interesa por los derechos de María Elena. C:-
- Para mí es papeleo porque no, viste ellos para ellos son papeles, para la justicia ellos son papeles este, expedientes. (Claudia psicóloga).

-- que es la casa de medio camino o algún dispositivo intermedio, porque tenemos muchos pacientes, este... crónicos, psicóticos que hoy están en sus casas, con sus familias y todo pero en algún momento necesitan o van a necesitar un dispositivo donde pasar el día o pasar la noche, para aliviar la carga familiar ..." (Claudia psicóloga).

-- cuando pasó esto, de que de la externación de los pacientes; hay una casita acá. Se pidió esa casita para que los pacientes pasen el día, diríamos, estos pacientes graves que son ambulatorios (...) pero bueno porque nunca hay recurso para nada, porque para todo esto también se requieren operadores y demás, este, dijo que no que no había para nadie y aparte este hospital al no ser comunitario, no iban a mandarnos nada... menos operadores mandás menos comunitario se puede ser... vine con toda esa formación pero no pude hacer nada acá. (Ángela psicóloga).

Sobre los dispositivos alternativos a la internación, como lo son las visitas domiciliarias, nos contaron:

-- "se hacen las visitas..., se hacen los días jueves, pero es llevarles la medicación nada más, es entregarles la pastilla y...vamos al otro y vamos al otro" (Amadeo Enfermero).

Vimos presente un imaginario sobre dispositivos necesarios para que se puedan sostener las prácticas adecuadas en el marco legal actual.

-- sería oportuno que haya más capacitación; la capacitación mucho es quizás hasta personal, solo. Cuando empieza toda esta movida bueno nosotros obviamente en obligación de conocer al dedillo toda la nueva legislación porque si no imposible aplicarla y mucho, te digo, de capacitación ha sido hasta cacera digamos ¿no? hecha entre nosotros, convocando a la gente de salud: " bueno, de ahora en adelante cómo hacemos para resolver" entonces, ha sido como " bueno ustedes como lo ven, nosotros como lo vemos", eh pero capacitación específica, nosotros del poder judicial hemos tenido sí algunos cursos, algunas cuestiones específicas el año pasado tuvimos alguna, pero lo que por ahí sería una buena idea sería hacer una capacitación que involucre a todos los sectores que participan: salud mental, organismos como Valle Sereno, el poder judicial, las defensorías, algo que nuclea a todos. (Amanda p14)

-- cuando se hizo la ley estábamos de acuerdo en que no había que internar más pacientes, pero nosotros decíamos, porque era como que no se debía internar a nadie y nosotros decíamos que sí, que salud pública tenía que tener un espacio para cuando las personas entran en crisis; no quiere decir que se van a quedar internados de por vida, pero sí, cuando están en la crisis hay que atenderlos y tiene que haber un espacio, ¿viste? Ese espacio tiene que existir; tampoco a los pacientes de salud mental se los puede tener eh... porque la idea era que se los podía internar en cualquier sala y tampoco es así porque entra en crisis el que está sano, el que está al lado; ¿me entendés? Claro, yo no puedo tener un paciente operado, con un psiquiátrico al lado; que se levanta que se acuesta, que no duerme, que por ahí capás que le cierra el suero, es así ieh! hay que conocer esas realidades, no es como tener un paciente en cama. (Amadeo Enfermero).

-- Allen debería fortalecerse...primero completar la casita de medio camino que no se hizo y luego, darle mayor recurso humano y volver a recuperar la reinserción comunitaria que supo tener en un tiempo que era el poder ir a las postas, tener la participación de los distintos profesionales en los centros de salud del hospital de Allen que se fue perdiendo, es como que la centralización está volviendo a ganar. (Laura coordinadora zonal).

El impacto de los dos momentos de externación y la descripción sobre el tiempo transcurrido entre uno y otro es dada en función de significaciones y sentidos asociados a la pobreza en la práctica cotidiana, el vaciamiento de recursos, más la no inversión en nuevos recursos, generando malestar, automatismo, pérdida de la capacidad política, alienación en las subjetividades implicadas dentro del trabajo hacia Salud mental.

3) El pasaje de lo público a lo privado ¿un convenio del Estado?

La externación de las personas que permanecieron durante años internadas en Allen, se da desde el pasaje de lo público a lo privado, a partir de plazos legales pedidos desde justicia, con obligatoriedad de cumplimiento por parte del equipo de Salud mental.

Desde lo histórico vimos que en las primeras externaciones ya se había dado un movimiento de traslado de instituciones públicas a privadas como leeremos más abajo en lo que nos contó Amadeo.

Insiste la idea del poco presupuesto destinado al hospital público y al modelo propuesto desde la sanción de las leyes, junto con la idea de una respuesta del estado según sus convenios (privados) sin considerar la singularidad de los casos.

-- qué lugar disponible tiene provincia para externar a los pacientes?... Viedma me dice: el lugar que recibe a los pacientes de Allen es, el Hogar Horizonte de Roca con el cual tenemos convenio, los reciben en ese lugar, que es un geriátrico, pero es la única estrategia que provincia nos daba. En ese mismo lugar de Roca, está Quimalal, Bianca y Roberto y ahí habíamos incorporado a... a María Elena. (Néstor Trabajador social).

-- porque cuál es el problema que vimos nosotros, que salud pública cerraba los psiquiátricos pero se abrían los psiquiátricos privados; claro, porque no era, nosotros decíamos "la ley tiene que ser para todos los ciudadanos igual" o sea no pueden haber psiquiátricos privados y psiquiátricos públicos, los psiquiátricos tienen que estar en la misma, y sin embargo se abrieron, los médicos abrieron sus clínicas, se llevaron los pacientes motorizados, quedaron las personas de escasos recursos internadas. (Amadeo Enfermero)

-- hay algunos pacientes que están en hogares y otros están, el grueso de Roca, es una alusión ah, eh a digamos a la estructura manicomial si se quiere ¿sí?, porque hay gente grande eh... adultos mayores eh junto con pacientes de salud mental. Y todo esto porque la provincia, a la hora de poner los recursos; bueno, este es el único lugar que se acepta de acuerdo a lo que paga la provincia, ¿se entiende? . (Héctor en Valeria psicologas).

-- están en un hogar en Roca, que no es que sean pacientes que vivían en Roca antes, ya está, familia no tienen; sí uno sí, el Paimemil que la familia vive acá. Que acá, de alguna forma, si no lo visitaban nunca, pero a veces pasaban, más allá que no haya demasiado cariño de parte de la familia, el paciente a veces no hace esa lectura, con que pasen a darse una vueltita y ahora que está en Roca se hace más difícil. (Valeria psiquiátra)

Clara, directora del geriátrico quien recibe a los "pacientes crónicos" externados en Roca (ciudad vecina) contó:

*Entramos juntas al lugar porque ella recién llegaba, nos abre la puerta una de las mujeres que trabaja ahí, adentro hace mucho calor, los calefactores están al máximo y dicen que tiene que venir un señor a bajarlos porque por medidas de seguridad hay que desarmar la estructura que lo cubre para bajar la temperatura. El lugar permanece a puertas cerradas con llave permanentemente con supervisión de quienes trabajan allí, las ventanas tienen rejas. (Nota de campo invierno del 2017)

*Ante la pregunta sobre si podía grabar la entrevista prefiere que no ya que "Vino la jueza porque la asistente social hizo un informe negativo, pero acá se trabaja en equipo, y ella no dijo nada, no nos dijo en qué mejorar, entonces no sé cuál fue la intención, malas intenciones: ¿cuál es

la forma de mejorar la calidad de vida si no hay diálogo?" (...) "la defensora traía una denuncia por malas condiciones del lugar a escondidas y me quería hacer firmar", "las defensoras tampoco saben nada, una le trajo chocolates a Bianca y es diabética", "yo me moví, conseguí los talleres, antes venía la iglesia ahora vienen los de la escuela de Psicología Social y labor terapeutas pero la jueza dijo que eso lo tenía que proveer el Estado". (Nota de campo invierno del 2017)

*dice saber algo de la ley 2440, no específicamente, sí hizo algún curso de Salud mental pero siempre estuvieron en contacto con hospitales. "este año nos tocó esto" (externaciones de Allen)... "la referencia que tiene el Estado es que somos los únicos que aceptamos las formas de pago cuando se atrasan"(...) (...) "Excede a nosotros lo que pase en salud mental, nuestro trabajo es el mismo, lo que cambiamos ahora que están ellos (se refiere a los pacientes de Allen externados) es que se incorporaron las defensoras y los procesos de capacidad y me pidieron que yo me informe en cómo mejorar en base a esos procesos"; "la ley está muy linda pero desde el Estado no hay recursos"; "la defensora dice mucho de la ley pero sin ingresos no se puede" ; "Yo trato de responder a lo que me dicen, nosotros tratamos de responder a cada ingreso". (Nota de campo invierno del 2017)

Las significaciones sobre los traslados como aquellas externaciones hacia la inter institucionalización según lo convenido por el Estado, refiriendo ello al pasaje de una institución a otra, con falta de recursos para desarrollar las practicas adecuadas que acompañen medidas alternativas a la internación crónica.

Como parte de las últimas externaciones vemos la primacía del instituido burocratizado, mecanismo a partir del cual el instituyente se amalgama al instituido y como resultado contrainstitucional lo nuevo queda adherido puramente a las formas legales.

4) Las camas no están más ¿quiénes fueron externadas?

Como emergente insistente en los discursos, aparece la sensación de propia externación, por ello retomamos el concepto de implicación y lo observamos en relación a integrantes del equipo de Salud mental del hospital de Allen. Encontramos sobreimplicación, entendida como altos niveles de participación afectiva en los actos que van sucediendo (Lourau, R. 2001).

En pocos meses se concretan los cambios en el área de Salud mental del hospital de Allen; área que inmediatamente dejó de tener camas en pos de su desaparición para ser parte de la atención general, movimiento que, salvo la singularidad en el modo en el que lo realiza Allen, se propone e

intenta concretar en los últimos tiempos a nivel nacional.

Desde provincia indican por medio de oficios la externación de los llamados pacientes crónicos del hospital de Allen, a su vez el hospital desarma el área de Salud mental (acorde a lo que propone el marco legal) dentro de sus modificaciones edilicias con el supuesto de integrarlos dentro del hospital general, acto que el equipo de Salud mental significa como una propia externación.

“Las camas no están más” como un analizador: la ausencia de estos objetos sobre los cuales se depositan las imágenes, significaciones y representaciones de lo manicomial como lógica de funcionamiento. También como representación del desarme de toda una estructura concreta que configuraba el área de Salud mental del hospital. Este acto representó junto a la externación de los pacientes, el inicio y fin de una transformación que no fue progresiva

En alrededor de 3 meses, de mayo a agosto del 2016, se dió el pasaje de un hospital general con un funcionamiento de lógica manicomial desde un sector (Salud mental) conservado en y a través del tiempo, a cumplir la desmanicomialización como procedimiento, en el sentido estricto de su definición: desmontar, descentrar, desjerarquizar, desarmar, en este caso el área y no el hospital entero sino desde el hospital entero, sin estrategias, siendo el legal el sentido privilegiado.

-- Bueno, no están más porque el lugar se reestructuró; yo personalmente no quiero que vengan de nuevo a internarse personas. Yo lo que le dije es eso: “Al hospital de Allen no hay posibilidad de retorno” (Néstor trabajador social).

-- las primeras externaciones que se fueron dando, desestructuró lo que era Salud mental, en ese lugar; concentrados ahí, con enfermeros ahí, con los pacientes ahí. Como que ese lugar, de hecho, se trasladaron oficinas para allá, la dirección, se ocuparon los espacios. Sé que también fue, un atropello a las personas que iban quedando; porque iban conviviendo las personas que estaban durante 30 años, mientras se iba mudando esto y fue un cambio para las personas, re importante. (Néstor trabajador social).

-- pensar en una imagen es ver eh, el servicio como estructura edilicia ¿no? creo que también vino con esto no de de, de la sensación de la externación, creo que nos externamos nosotros también. (Héctor psicólogos).

-- ya con una Psiquiátra estable, a partir del año 2010, pudimos empezar a a formar el equipo, como un equipo, no eran unipersonales jajaja.

Entonces por eso también la sensación de nuestra, a ver mí sensación de nuestra externación, podemos hacer otras cosas, podemos pensar en otras cosas pero hoy, qué estamos? 2016; hace 6 años atrás, 7 años atrás no había equipo, éramos unipersonales.” (Claudia psicóloga)

Coincidiendo aquí el cambio espacial con el tiempo de cambios en roles y funciones (responsabilidades). Fueron “externados” los del equipo de Salud mental del hospital hacia área general pero sin espacio definido, al igual que los pacientes, sin los medios para habitar las nuevas formas.

-- Eh, primero bueno la externación de los pacientes y después la construcción del nuevo hospital, que está en proceso y que para eso tuvieron que tirar todo el edificio de administración, entonces todo lo que, a ver, eh no sé si aprovechando el lugar disponible por la externación de los usuarios crónicos; toda la parte administrativa se fue a lo que era salud mental. (Claudia, psicóloga).

-- consultorio 7, acá, transcurre todo... este... las estrategias, las reuniones eh... la computadora, el mate eh, atención, y también eso ¿no? Tener un espacio donde encontrarnos sin estar pensando “Uy... tengo que atender se tiene que ir el resto a otro lado”, boyar, creo que eso es lo mas incomodo de hoy, la cuestión de espacios.” (Claudia, psicóloga).

-- Emmm, un poco de todo, salió el proceso que lo empezó Néstor hace como 4 años y se fue dando ahora, coincidió también con que se está haciendo el hospital nuevo, entonces hay toda una una una gran crisis edilicia y lo que era salud mental está; la dirección, la secretaría, los agentes sanitarios, los enfermeros, o sea que todo lo de salud mental, a nosotros nos corrieron y se fueron todos, porque la dirección la tiraron abajo, bueno todo eso que estaba acá, entonces, en realidad lo invadieron ¿no?, nos dijeron, nos dejaron todo en, un día llegamos y estaba todo en un rinconcito lo nuestro. (Ángela psicóloga)

Si es así como dice Bleger (1966) que “por responder a las mismas estructuras sociales, las instituciones tienden a adoptar la misma estructura de los problemas que tiene que enfrentar” (pp. 91); entonces nos encontramos con un hospital que a partir de oficios legales enviados como pedido de la provincia debe externar a los llamados pacientes crónicos en los plazos que allí demandan y a los lugares que disponen por convenio. Estas formas puramente fácticas de cambio, encuentran resistencias desde la sociedad, desde parte del equipo que atendía en el área, desde las mismas personas que vivieron internadas allí por tanto tiempo, reproduciendo, como venimos diciendo, en el hospital internamente, en su nivel institucional lo que sucede a nivel social-

comunitario (reproducir hacia adentro lo que sucede hacia afuera). Hacia adentro, desde el área de salud mental, aparece la dificultad y resistencia de integrar el equipo de Salud mental al resto del hospital (área general) tanto como sus funciones, sintiéndose ellos también externados, por ello aparece en los discursos:

-Falta de lugares de atención de salud mental quedando restringidos al consultorio 7.

-Negación a la ocupación de camas del área general para internaciones por guardia o urgencia de personas con padecimiento mental,

-Rechazo de la atención de las personas con sufrimiento mental por el resto del personal de áreas generales,

-Desconocimiento, desde el área general, de la tarea de atención al sufrimiento llamado "mental" etc.

Pensamos en los movimientos identificatorios entre las personas con internación crónica, llamados pacientes crónicos, y quienes los atendieron: los profesionales parte del equipo de Salud mental. Encontramos significados en el acto de sacar las camas del área de Salud mental y particularmente las camas en sí como objetos analizadores que representan y significan una transformación en los modos de funcionar de las organizaciones institucionales, acorde a lo propuesto por marcos legales, pero también en las instituciones en el sentido de valores, pautas, espacios, normas, conductas sostenidas en el tiempo etc. Vimos que afectó no solo a quienes habitaban las camas (como pacientes crónicos) sino como desarme, no progresivo, de todo un dispositivo manicomial de funcionamiento velado por el acostumbramiento. No vimos reparo ni prácticas que aborden este nivel de afectación en los profesionales que también fueron parte de la transformación del lugar y del modo de funcionar, a tal punto que encontramos en los discursos insistencias en relación a haber sido externados ellos mismos, del área de Salud mental.

-- eh con resistencias por todos lados con los pacientes de salud mental, nadie los quiere, esto es real, por eso, esto que te decía hoy para internar un paciente en clínica ya te ponen una cara: "qué? No! ¡Acá no me lo dejas, no acá no me lo dejas!"; "Y pero y ¿dónde querés que te lo deje? ¿Dónde lo pongo?" (Ángela psicóloga).

-- salud mental tenía más importancia cuando estaba en aquél sector que ahora, que está mezclado o de alguna manera más eh. Sí, o desaparecidos, no sé..." (Héctor y Valeria psicólogas) "...Sí, yo también siento como que... no sé está bien la palabra es integración, pero parece yo siento que en algún momen... que en un abrir y cerrar de ojos

desaparecimos, es como empezarnos a hacer de nuevo un espacio...y ese espacio, por supuesto no solo el nuestro sino el acompañara los usuarios. (Valeria, psiquiatra).

-- externamos los pacientes y ahora nos tenemos que integrar al resto del hospital, y el resto del hospital se tiene que integrar con nosotros, también es una resistencia eh.(Valeria psiquiatra)

-- se fueron yendo los pacientes y nos fuimos yendo nosotros también. (Amadeo, Enfermero)

-- Lo de nosotros es eh una cuestión espacial, por el tema de la construcción, el tema de que allá hay otra gente entonces ahora este, nos manejamos solamente en este espacio, no hay lugar, voltearon lugares, paredes y no hay lugar donde estar allá, dijeron: "Bueno se van a otro lado" y... es más, llegamos y estaba todo ocupado (...) favoreció el tema de que, los pacientes que estaban alojados ahí no había ninguno. Todo esto desapareció primero por el espacio físico y segundo porque ellos no están, dirección y personal están ahí ahora (María psicóloga).

-- provoca demasiada impotencia, porque yo pienso que las cosas se podrían hacer de otra forma, todo es de acuerdo a la necesidad que va surgiendo, y vos quedás como de costado. La necesidad era que la dirección vaya allá, listo nos corrieron chau se terminó y hay que ir adaptándose. El pedido de la directora a Néstor fue "sacarme los pacientes ya que yo me tengo que mudar. (Ángela psicóloga).

5) Las prácticas que proponen las leyes: ¿una excepción?

La historia de Pachi, una de las 8 personas externadas (8 de 10, 2 murieron un tiempo antes) aparece dentro del discurso del equipo como parte de prácticas adecuadas, pertinentes y correspondientes con lo que proponen los textos legales. Ello tuvo que ver con recursos con los que cuenta esa zona sanitaria de la provincia: El Bolsón, que además se describe como un caso excepcional no solo el del paciente, sino el provincial al no ser igual en las demás regiones.

La descripción de una zona sanitaria del valle andino que, a diferencia de las demás zonas del valle patagónico, cuenta con recursos destinados desde el Estado para dispositivos que hagan posible aquellas prácticas de externación y modos de atención sociales que no estén basadas en las internaciones.

-- vive en una casita que es un... no es un centro de día sino es un hogar de medio camino y de 8 a 8 de la tarde está en ese lugar y luego duerme en una casa que alquila al lado, y realiza una actividad diaria con los del

equipo de salud mental. (Néstor, trabajador social).

-- porque a sí mismo no se imaginaban cómo puede estar bien Pachi en El Bolsón, si acá era su lugar y porque allá están mejor, allá tienen títeres, pileta, teatro, radio, tiene sus 4 hermanos y 10 sobrinos, hay un equipo de profesionales para trabajar, hay Operadores, Psiquiatra, entonces sí puede estar mejor; digo, no sé si mejor, pero puede estar en un lugar distinto. (Néstor, trabajador social)

-- la historia de Pachi y cómo él pudo armarse su espacio, Pachi es un ejemplo, de que él quería trabajar, te imaginas un chico con retraso mental en un hospital, cuál era el sentido que tenía que estar allí. Me acuerdo que escribíamos cartas a Bolsón, pero no teníamos ni manera de podernos comunicar jajaja y bueno, pero él sí, empezó a tener sus contactos en una panadería, barría la vereda, juntaba su dinero. Un detalle muy importante que era el acceso al reconocimiento de su discapacidad, la mayoría no tenía ni documentos, ni ni siquiera tenía hecho la valoración sobre su capacidad o no, la necesidad del acceso a tener su pensión porque lamentablemente no existen espacios sociales que accedan las personas a trabajos (Laura, coordinadora zonal).

Allá en El Bolsón condiciones excepcionales, a diferencia de acá en Allen en donde aparece no solo ausencia de inversión en prácticas alternativas a la internación, además continuarían las prácticas manicomiales y reducidas a medicación. Como describe Zito Lema (2010) sobre la locura: "el engranaje manicomial sabrá cómo sacarles rédito...Se obtienen, pues, enormes dividendos para los capitales de la industria más vigorosa del mundo: la farmacología" (pp.11)

Se observó una brecha entre la idea de las practicas adecuadas desde lo normativo sobre atención a Salud mental y lo que sucedió concretamente.

-- acá se promulgó la ley de salud mental y demás pero es uno de los servicios menos comunitarios que conocí en toda mi vida, acá llegás y te quedás acá adentro y no salís más, diríamos. El trabajo en la calle, lo domiciliario yo a veces lo hago, en alguna situación y demás, pero más que las visitas domiciliarias nada más, pero es para llevar medicación, se ve al paciente un ratito. Está bien, a ver igual eso sirve eh porque son pacientes graves que están eh, en lugares lejos del hospital, que no tienen acceso al hospital y que de esa forma están estabilizados, porque si no tendríamos los pacientes en crisis constantemente. (Ángela psicóloga)

-- si la ley 2440, de acuerdo a lo que promulga, no la tengo acá en la cabeza tampoco, pero de acuerdo a lo que promulga, es la reinserción social del paciente; que el paciente salga de esto manicomial, que pueda tener relación con su familia, que pueda hacer una vida, este, normal diríamos y no internado crónicamente en un lugar o institucionalizado,

pero sin ninguno de todos los recursos que dice la ley que tiene que haber afuera, me parece que mucho sentido no tiene. Lo mismo que pasó ahora; el paciente está externado, está bien, están en lugares y demás, no tienen contacto. Bueno estos no tienen familia igual, pero el que tiene no tiene contacto con su familia, este... y el hospital se transformó en general y todos los pacientes de salud mental digamos quedaron medios a la deriva. (Ángela psicóloga).

-- yo estoy recontra de acuerdo, con la ley 2440 y después con la ley 26657 pero, me parece que no se implementa como corresponde, entonces todo queda a mitad de camino y, los que me parece que ponemos el cuerpo somos los profesionales. Eso, lo que logra es el desborde del profesional, este, haciendo malabares con lo poco que hay" (Ángela psicóloga).

Entre Allen y El Bolsón, existe énfasis en el empobrecimiento de la atención en la primera de estas ciudades. En los discursos está presente el uso excesivo de medicación como síntoma de la falta de otros recursos; sobre ello dirá José Bleger: "el empleo alienante y abusivo de distintos medicamentos, especialmente sedantes e hipnóticos, con los cuales sólo se encubren las situaciones de conflicto, con frustración para todos" (Bleger, J. 1966:90):

--Y a ver, como servicio así modelo de la provincia es el del Bolsón... porque de hecho al Pachi lo llevamos para allá. Primero que es un servicio de veinte pico de personas, segundo que tienen todos formación comunitaria, porque ese es otro tema, eh. Porque si somos todos clásicos y clínicos, no tiene mucho sentido, porque nada, la salud mental acá es comunitaria diríamos, debería ser en todos lados. Hay reuniones de equipo todos los días, se programan actividades con los pacientes, los pacientes van, hay un montón de operadores, la mitad del equipo de El Bolsón son operadores, eh. Trabajan con el paciente 24 horas, hay operador de día de tarde de noche, los pacientes tienen sus casitas, pueden vivir solos en sus casas obviamente supervisados y demás, este, cerca de su lugar de origen diríamos, contenidos diríamos desde el servicio em con un montón de actividades. Como dice Nestor: "el Psiquiatra se sube a la bici y va a ver al paciente que está en natación porque no sé qué crisis hizo", ¿se entiende?, además con ese seguimiento constante y ese gran trabajo en equipo, cosa que acá no hay, con ese gran trabajo en equipo, la cuestión de la medicación baja un montón, acá los pacientes están super medicados" (Ángela psicóloga)

--pero digamos, como servicio que mostraría lo que es la ley, es el servicio de El Bolsón, ni si quiera los de Roca u otros servicios. El Bolsón quedó como un servicio y aparte el paciente no es un número, sino el paciente es tal, y se hace esta estrategia para este paciente, esta estrategia para este, esto para este, ino! ipum! alopídol y calmante para todos, eso es lo que se hace acá. Siempre fue así acá, no es que en algún

momento fue distinto, siempre fue así, nunca hubo operadores, em siendo que este lugar fue donde había, diríamos, de donde nació todo. Entonces este, el contacto con el paciente siempre es desde este lugar diríamos, desde el lugar de la medicación, de la visita en consultorio diríamos, el paciente se acerca, centralizado el trabajo totalmente en el hospital, eh, asique y sí a ver no estarían institucionalizados los pacientes ahora porque no hay camas, pero diríamos, porque no hay servicio, pero diríamos, eh y aparte volvemos a lo mismo, al haber tan pocos efectores de salud mental, los que estamos hacemos lo que podemos. (Ángela psicóloga)

Como venimos diciendo, insiste el hecho de que las practicas adecuadas a lo promulgado en documentos como modos, formas de llevar adelante las nuevas modalidades se visualizan ausentes:

--Lo que sí falta, son las instancias judiciales de control que es el órgano de revisión que no lo tenemos, que es órgano de revisión para todos, no existe, no está conformado, de alguna forma sí lo ejercen los jueces, todo pasa a través de informes, solicitud de oficio, de intervenciones pero de índoles que parecieran muy distante a lo que se puede hacer en salud mental. Por tanto a veces no podemos manejarlo. Supongamos, se exige la externación de una persona, si no sabemos dónde mandarla, o no tenemos, o no es un caso fácil, como el caso que tenemos que todavía contamos con una internación crónica, donde la señora, por más que hayamos, la hayamos ubicado en un lugar donde iba a estar contenida, se vino, se volvió, decidió pegar la vuelta porque éste es el lugar donde se siente contenida, entonces bueno, ¿cómo se maneja eso?, tendría que venir un juez y conocer el caso, conocerla a la paciente y eso no se ha dado, lejos de darse. (Valeria, psiquiatra)

Sí, las visitas domiciliarias, de los pacientes ambulatorios, las visitas a los pacientes externados. Las domiciliarias son los martes, los jueves son los pacientes externados que se les lleva medicación que va Claudia a roca o a los pacientes de acá, eso está dividido así, eh y no consultorio individual, nada más. (Ángela psicóloga)

Del número total de externaciones, vemos en los discursos solo una de ellas descripta desde representaciones, sentidos, significaciones, afectos e intenciones acordes con lo que proponen los textos legales en relación a prácticas adecuadas en el abordaje de la locura. Referido este hecho, se describe en los discursos el cumplimiento de la inserción comunitaria de la persona trasladada al Bolsón en su externación; con prácticas de cuidado pertinentes y a partir de ello se da la posibilidad comparativa con Allen desde los profesionales del equipo de Salud mental. Aparece Allen relacionada al empobrecimiento de prácticas existentes y ausencia de otras prácticas adecuadas y necesarias para la atención de lo que los textos legales llaman sufrimiento mental. Pensamos que el abordaje medicamentoso en estas problemáticas, es síntoma de la falta de otros

recursos

6) ¿Internadas o alojadas?

Encontramos una palabra que insiste y se constituye como analizador: "personas alojadas". En ningún apartado de la ley provincial se utiliza esta palabra, sí encontramos una relación con el uso de la palabra internaciones voluntarias o involuntarias en la ley nacional, lo cual no tiene el mismo sentido ni significado. En el caso de las internaciones voluntarias, se refieren según la ley nacional, sobre todo, a una internación que realiza la persona por propia decisión con objetivo de reinsertarse socialmente, luego de una estrategia de atención y contención.

La palabra "alojadas", la asociamos a la función de recibir a la persona en una institución a los fines de cubrir sus necesidades básicas (comida, abrigo, alimento, un lugar para vivir) más referida a razones sociales de internación o, como dice Basaglia, el hospital termina dando respuestas al problema de ser loco y pobre (ver recorrido teórico) o como narra Vicente Zito Lema (2012) desde su poesía, se trata de "la locura con miedos de pobre, con ojos de pobre, abiertos a la tormenta traicionera de la pobreza" (pp10).

Los profesionales, por un lado, intentaron responder a lo legal que demandaba sin nombrar la situación como internación voluntaria ya que tampoco era lo que estaba sucediendo. Por el otro, respondieron a la incoherencia entre lo que les demandó la ley y lo sostenido históricamente en el lugar de trabajo, el hospital de Allen:

-- Los pacientes que estaban alojados, internados acá, de alguna manera estaban como satisfechas sus necesidades y se ocupaban de los pacientes de consultorio externo, que eran otras las urgencias". (María psicóloga).

-- sí, para mí sí como instalados, no te voy a decir como objetos, pero personas, pacientes instalados en un lugar, ialojados! sería la palabra, que ingresaron y quedaron por una cuestión social ¿sí?; nosotros trabajamos mucho el artículo 15 de la ley que indica de que las internaciones no deben ser prolongadas por una cuestión social. (Néstor trabajador social)

-- Sí, y la más lejana de su internación 35 años, 38, no recordaban ni siquiera los enfermeros desde qué época estaban esas personas. Entonces, les empiezo a preguntar a ellos, previo a pedir la historia clínica de cada uno para saber por qué eran los ingresos, y no encontrarlas, las

historias clínicas de ellos no estaban. (Néstor trabajador social).

Las externaciones no sucedieron antes, ello fue parte de la cronicidad de los pacientes en condiciones de personas alojadas en la institución por múltiples razones; además de lo relacionado a la saturación del personal por exceso de demanda de atención, más la falta de recurso humano y ausencia de un equipo constituido para el área como se dijo con anterioridad.

-- No, no se dio antes porque si bien nosotros arrancamos cuando yo ingresé, lleva mucho tiempo legal, lleva mucho tiempo poder plasmar si las internaciones, estas internaciones fueron voluntarias o involuntarias, había que definir si estaban por alojamiento acá, había que encuadrarlo dentro de la ley ¿sí?. (Néstor trabajador social)

Fernando Ulloa (2011) hablará de proceso manicomial para explicar que pueden suceder estos fenómenos de encierro: refiere a primeras dificultades diagnósticas cuando se encuadra a las personas en modos estándares nosográficos, como sucede aquí que según los discursos de las entrevistas se trata de esquizofrenias residuales y psicosis, consideradas "anuladoras de la singularidad clínica del sujeto" (Ulloa, F. 2011:216) cuando es de la única manera que se los mira y cuando ello determina su condición de ser tratado.

La palabra alojamiento y sus significaciones se deslizan hacia la idea de externación asociada a un traslado de lugar hacia las mismas condiciones.

El traslado, como externaciones de pacientes que significó el pasaje de una institución a otra, continuaría con la historia de estas personas en relación a haber vivido dentro de dispositivos socioculturales de la crueldad.

-- De los que había alojados en el hospital... hablamos con diferentes familias transmitiéndoles la situación de que bueno de que iban a quedar alojados en otro lugar, de cuáles eran las cosas que había que tener en cuenta." (María psicóloga).

-- nosotros ahora sí tenemos los pacientes en hogares, sabes que están ahí y no hay familia, no tenemos nada de nada... bueno los de acá sí están en los de ancianos, en el de Roca es como más un popurrí diríamos. Pero no hay demasiado, no son lugares especializados diríamos son, están, los pacientes están." (Ángela psicóloga).

Alojamiento como un acto reducido a darles un lugar para vivir, pero sin tratamientos correspondientes a sus condiciones de Salud por

empobrecimiento de las prácticas.

La idea de persona depositada asociada a una subjetividad pasiva hechura de la cultura persiste sobre la situación actual de los externados, en relación al lugar propuesto por provincia:

-- Y porque es lo que propuso la provincia, lo único que había, no no está bueno el lugar digamos, pero bueno y aparte los pacientes están ahí, no hacen nada, o sea, lo mismo que pasaba acá. (Ángela psicóloga)

-- los pacientes acá, los crónicos cuando yo ingresé a trabajar al hospital, no pasaba nada era todo diríamos era su casa, su vida, veían la tele, comían, dormían y punto, no había, no es que hubo algún taller o alguna cuestión o algún trabajo familiar o no se hacía nada por estos pacientes. (Ángela psicóloga).

El registro y significación desde la jueza sobre la condición en la que se encontraban las personas que vivían en el hospital refiere a este sentido que insiste ahora desde afuera de la institución hospitalaria, en el juzgado de la ciudad de Roca dijo:

-- en Allen, la gente quedó históricamente albergada en esa institución, más que como en necesidad de internación psiquiátrica como en su casa, ellos lo vivían como su propia casa; claro, te imaginás después de 40 años de estar alojados en ese lugar, era su lugar. Así que todo lo que pasó fue bastante complejo para lograr revertir este el alojamiento de ellos en ese lugar, porque era como sacarlos de su propia casa (...) detectamos estas situaciones y, no la verdad que ninguna daba para una internación involuntaria, porque era gente que, como te digo, estaban habituados a estar en ese lugar, era su casa (...) una de ellas me acuerdo que nos llevó a tomar mate y a mostrarnos el lugar donde dormía, como cuando uno tiene visitas y quiere mostrar "mirá mi casa, vení que te muestro, esta mi habitación, el baño, el comedor" viste como una cosa realmente, y que vos, yo sin ser ni psicólogo ni psiquiatra, pero te dabas cuenta que no es una persona que necesite una internación involuntaria y tampoco una internación voluntaria, porque ellos querían seguir estando ahí, ellos viste, como te digo, al ser su casa ellos querían seguir en ese mismo lugar "(Amanda jueza)

El registro histórico de cómo es que éstas personas ingresan al hospital y pueden quedar en condiciones de alojamiento refiere a una época anterior a la existencia de las leyes, por lo menos nacional. Además, ante las situaciones de alojamiento de personas en el hospital confluyen las antinomias demora/abandono.

-- a veces hasta sin un mínimo de certificado médico cuando sabemos que el criterio es netamente médico; un juez es abogado, no es ni Psicólogo, ni Psiquiatra, ni Trabajador Social entonces, este es el riesgo que se corría en ese momento cuando un abogado asumía funciones o se creía con funciones que la verdad que no le corresponden. Algunos no sabemos, porque ya te digo, 40 años, entonces no sabemos ni cómo fueron a parar, no sabemos si fue que la familia los dejó, otros si fue por orden de internación, si fue por orden judicial, o sea que algunos hasta ni si quiera se sabía por qué motivo estaban institucionalizados. Ha habido mucho yo he visto expedientes viejos y te diría que no tan viejos en los que pasaba esto, que directamente se ordenaba una internación, eh y la internación directamente, no la evaluación para ver si después había criterio. (Amanda jueza).

-- Em, les pedimos curadora para María Elena, que la vaya a ver y en tres años no fue nunca y yo que hice con María Elena, se la traje un día y se la presenté a la curadora acá, le digo, "porque si no van al hospital yo se la traigo y se la dejo acá" entonces eso hago, y está mal, que de hecho estoy pensando en llevársela de vuelta, porque es la única manera. (Néstor trabajador social)

-- quedaron internados eh por factores sociales, han quedado internados durante muchos años, y prácticamente en estado de abandono, familiar, no del hospital, eh bueno, es muy difícil reinsertarlos de nuevo, con la sociedad, a mí eso me parece, de alguna forma; si bien está buena la idea, pero hay que empezar a considerar factores particulares, como el caso de nosotros puntual de María Elena. (Valeria psiquiatra)

El acostumbramiento a las personas viviendo en la institución, pudo haber generado la relación de una identidad ligada al lugar, por lo que poco a poco quienes los rodeaban dejaron de preguntarse por sus documentos y además la precarización en recursos humanos que dificultó que alguien se ocupe de ese tema.

-- Desde el momento que nosotros llegamos y yo quise saber desde qué tiempo estaban y vine a estadísticas, no se encontraban las historias clínicas; no sabemos si se perdieron, si alguien se las llevó..." (Néstor trabajador social).

-- Y algunos no, algunos no tenían documento eh, o se habían perdido...Porque vuelvo a lo mismo, el servicio no tuvo históricamente un asistente social hasta que ingresó Néstor ¡Nunca! No muchos años, ¡nunca! las historias clínicas originales de los 10 crónicos se perdieron. (Claudia psicóloga).

-- yo creo que en este momento, se logró pensar, porque por ejemplo Néstor, que fue creo que el actor principal de toda esta externación, por su profesión, por su orientación, y porque somos un equipo conformado

de más personas, porque 2 atendíamos la urgencia y la demanda espontánea y la demanda constante y no teníamos tiempo en pensar en estrategias de a personas que hacía 10 años que estaban ahí y seguíamos atendiendo la urgencia. (Claudia psicóloga).

En los relatos surgen historias, de los casos crónicos, de cómo es que se fueron quedando a vivir en el área.

H:-- su cuñada empezó a presionarlo al hermano que no nono no la quería más en la casa, sí eh, entonces, Catalina aparecía en la guardia, venían, la dejaban en la guardia y lógico había que internarla o sea. C:-- No sé si había que internarla, qué sé yo si había que internarla. H:-- porque quedaba ahí desamparada de alguna forma digamos. Claro, a veces la causal de internación C:-- era más social. (Claudia y Héctor psicologas)

-- después ya no internaban los médicos prácticamente, internaba el comisario, el diputado, venían a decir "tenés este pacientito en Allen, internalo, hablé con el diputado tanto hable con jajaja" claro eso pasó también, y quedaron o sea, ya los médicos no internaban, internábamos por otras razones." (Amadeo Enfermero).

La jueza encargada del área definirá otras causas que provocaron alojamiento y la cronicidad:

-- las re evaluaciones cada 3 años y esto que te digo de la excepción, la incapacidad total, ...restricción de la capacidad con diferentes alcances... no es que para todos lo mismo, no sacamos en serie, sino es que cada situación es como un traje a medida... si se restringe la capacidad, se nombra apoyo, con ese nombre "apoyo", para esos actos que se están restringiendo" (Amanda Jueza)

La tarea de recuperar la identidad de estas personas, visibilizarlas y que no sean parte de las paredes institucionales, provocó afectos en el Trabajador Social que indicaron sobreimplicación. Fue parte del compromiso de no sostener las lógicas que se venían reproduciendo, una vez desnaturalizada la situación, como porta voz. Pero además, generó ternura aquí como escenario mayor desde el buen trato (alimento, abrigo, arrullo), la empatía y miramiento (mirada atenta y de reconocimiento) (Ulloa, F. 2011: 215)

-- yo cuando vine y me encontré con esas personas dije "bueno, quiénes son" en primer lugar, había gente sin documento; entonces cuando yo dije: "¿Cómo te llamás?"; si bien no me podían decir o algunos sí, no tenía certeza de que esas personas fueran las que me indicaban los enfermeros. Entonces, empecé con el registro civil. Y saber quiénes eran, después certificado de discapacidad y después pensión. (Néstor trabajador social)

-- Si yo paso por este hospital trabajando 10 años y las veo acá, me voy, porque, me pego un tiro; porque uno trabaja, y más desde lo social, con esto de la salida de las personas, de los derechos, y visualizarla como sujetos de derecho y no como objetos depositados en un lugar (...) desde ese lugar, se vulnera, justamente el derecho de las personas que están en situación de encierro, ¿sí? Sin posibilidad de externación, sin un operador que pudiera sacarlos a caminar, a comprar, a comer a...las actividades (...) yo desde que llegué, el primer día, empecé a salir con ellos, así no tuvieran pensión, porque costó 3 años que ellos tuvieran dinero." (Néstor trabajador social).

Se desliza el sentido, la persona alojada, depositada, su condición pasiva aparece visible en la dinámica actual, parte de lo cotidiano de Salud mental en el hospital general:

-- termina siendo como un objeto el paciente no? "Dónde lo meto, dónde lo meto" y aparte, cuando estaba el servicio de salud mental, nosotros teníamos enfermeros 24 horas, a ver acá también hay enfermeros en clínica 24 horas, pero 24 horas el enfermero específico para el paciente agudo, para los crónicos, y viéndoles, tomándoles la temperatura, charlándoles, tomando mates, viéndolos constantemente que no se fuera, que esto que lo otro; ahora están, se quedan en la habitación y ahí quedan diríamos, más allá que uno pase a visitarlos todos los días... yo no es que puedo decir: Bueno, cuento con una mañana para quedarme así charlando con el paciente, no lo tengo ese tiempo." (Ángela, psicóloga).

Observamos la diferencia entre la imagen creada sobre las mismas personas significadas desde una concepción de sujetos de derecho y objeto depositado:

--Y hace 4, 5 años atrás... cuando se jubiló alguno se le dio la jubilación por invalidez, a otros se les dio por incapacidad y les cambió la vida, les cambió la vida, hasta la misma familia se ocupó de ellos, porque como tenían un ingreso, se ocuparon de ellos. Porque lamentablemente la mayoría de estas personas son de escasos recursos, una mayoría un 90 va casi en un 100 por ciento de los pacientes que teníamos. (Amadeo Enfermero)

-- a algunos los llevaron a Roca a un centro que dicen que yo los fui a ver, hice dos informes; donde están en unas condiciones deplorables, porque dice "hogar de personas adultas" pero es un psiquiátrico, tienen pacientes psiquiátricos de Bariloche, de muchos lados, es un psiquiátrico chiquitito, ¿viste? Con pacientes psiquiátricos ipsiquiátricos!, viste ahí llevaron a 3, deben estar ahí todavía, ¿viste?. Donde tienen las puertas cerradas, donde no salen a la calle, no salen a la vereda, ¿viste?, no tien... yo cuando los fui a ver no tenían, tenían una mesa vieja, tenían 2 sillas, el día que

pedí para ellos para revisar las habitaciones, las camas estaban sin colchones, los colchones estaban todos orinados, viste?; pacientes que llevaban 2,3,5 días sin higienizarse ¿viste?, entonces eso, eso a mí me molestó mucho y se los dije. (Amadeo Enfermero).

Por insistencia en todas las entrevistas, la palabra "alojados/as" se constituye en analizador. La palabra logra por momentos reemplazar "internación", la cual, de seguirse sosteniendo deja a los profesionales implicados fuera de las formas legales permitidas. Encontramos relación entre esta palabra y la condición de internación voluntaria planteada en el artículo 15 de la Ley Nacional de Salud mental, que corresponde a la situación en la que estuvieron por años las personas internadas en el área de Salud mental del hospital.

La saturación de personal, falta de recursos, de un equipo constituido, más la condición de pobreza de las personas internadas y la naturalización de este hecho, son elementos que contribuyeron a que no se dieran antes las externaciones de estas personas que quedan atrapadas en un proceso manicomial; anulador de singularidad subjetiva e invita a las personas que rodean a ser parte desde una inter pasividad con gran malestar. Esto es: Cuando el diagnóstico es también pronóstico termina manicomial.

Capítulo 9

(Anti)Héroes.

Tipos antropológicos: Sujetos hechura de la cultura y excluidos-incluidos.

El trabajo de campo transcurrió durante noviembre del 2016 y mayo del 2017. Buscando la relación entre éstas prácticas, las SIS, los tipos antropológicos de la época en relación a la locura, nos preguntamos: ¿Existe una posible cultura desmanicomializante?.

Las resistencias a lo nuevo y la reducción de prácticas fue atravesando por obstáculos:

- 1) Ausencia de creación de comisión revisora permanente (ver leyes) que evalúen las condiciones de las prácticas.
- 2) Saturación del personal por excesiva demanda.
- 3) Falta de recursos humanos para el área y en general.
- 4) No reevaluación singular de cada persona con padecimiento mental, como dicen las leyes, cada 3 años.

Esto, que aparece en los discursos, produce ausencias de SIS hacia una Salud mental en/hacia resocialización. Por el contrario, vimos, sobre todo en quienes indican mayor implicación en los roles y funciones, pérdida de sentido: alienación (Bohoslavski, R. 1976:11) y sobreadaptación, o adaptación pasiva a las diferentes situaciones. Pérdida de sentido ligada a la vocación hacia la atención de Salud mental. Sentidos hacia un entristecimiento, con expresiones de altos niveles de padecimiento resignado (Ulloa, F. 1999:2).

Asociamos estos lugares con aquellas normales que intentan hacer las cosas socialmente esperables, ser buenos ciudadanos, pero por su sobre esfuerzo en las peores condiciones terminan siendo más que normales, normóticos (Sans, D. 2015:20) le decimos, o jugamos con la alegoría de anti- héroes: no son villanos, tampoco son héroes, pero por intentar hacer el bien con gran esfuerzo, puede ser visto por otras personas como un hacer hacia el mal.

Retomamos frases anteriormente citadas:

-- Eso, lo que logra es el desborde del profesional, este haciendo

malabares con lo poco que hay.

-- pero sin ninguno de todos los recursos que dice la ley que tiene que haber afuera, me parece que mucho sentido no tiene.

-- era mucha la demanda de gente más los pacientes internados, todo no se podía, es como que había que priorizar; hay una pata que nos falta, que es la llegada a la comunidad.

-- no estaba en condiciones ni físicas ni mentalmente yo para ir, eso sí me mortificó.

-- Sí, me puse mal, me puse mal porque, nosotros suponíamos que éramos los referentes.

-- provoca demasiada impotencia, porque yo pienso que las cosas se podrían hacer de otra forma.

-- Si yo paso por este hospital trabajando 10 años y las veo acá, me voy, porque, me pego un tiro.

El sobremalestar de la gente que trabaja con gente.

Las características que describimos generaron las mismas condiciones de malestar para quienes atienden y son atendidas en Salud mental del hospital. Emergen en los discursos imágenes de un equipo depositada en la institución, subjetividad en crisis.

-- No veo tanta imagen, en un abrir y cerrar de ojos desaparecimos.

-- consultorio 7, acá, transcurre todo, este, las estrategias, las reuniones eh, la computadora, el mate eh, atención.

-- en realidad lo invadieron ¿no?, nos dijeron, nos dejaron todo en un un día llegamos y estaba todo en un rinconcito lo nuestro.

-- se fueron yendo los pacientes y nos fuimos nosotros también.

-- pareciera como si salud mental antes tenía más importancia.

-- pensar en una imagen es ver eh, el servicio como estructura edilicia ¿no? creo que nos externamos nosotros también.

También aparece un acercamiento a tipologías antropológicas en relación a las personas alojadas, asociada con la de un sujeto/objeto depositado. Además, otras imágenes se relacionaron con la peligrosidad.

-- visualizarla como sujetos de derecho y no como objetos depositados en un lugar.

-- y en relación al lugar a donde fueron trasladados: no son lugares especializados diríamos son, están, los pacientes están; deben estar ahí todavía, ¿viste? Donde tienen las puertas cerradas, donde no salen a la calle, no salen a la vereda, ¿viste?.

-- más que las visitas domiciliarias nada más, pero es para llevar medicación, se ve al paciente un ratito. Es ver como estuvo, se le deja la medicación semanal.

-- yo no puedo tener un paciente operado, con un psiquiátrico al lado; que se levanta que se acuesta, que no duerme, que por ahí capás que le cierra el suero, es así ¡eh! hay que conocer esas realidades, no es como tener un paciente en cama.

Encontramos correspondencia con un tipo antropológico del sujeto hechura del a cultura y del excluido-incluido. Esta última tipología, al decir de Daniel Sans (2013): "significa expulsión pero no salida, no hay fuera de los humanos... es la exclusión-inclusión en las categorías de la anormalidad, enfermedad, ilegalidad, peligrosidad" (pp38), en este caso, inclusión en otras instituciones de encierro manicomial no hospitalarias, en donde se confunde y confluyen ancianidad/locura/abandono.

Capítulo 10

Dos casos representativos de los procesos de externación en Allen:

María Elena, una de las personas con internación crónica de 30 años (se desconoce la fecha exacta de dicha internación), con un diagnóstico de: "Esquizofrenia residual con pronóstico crónico irreversible, estado actual psicológicamente compensado" y tratamiento medicamentoso, según descripciones de los documentos que había en el hospital. No tiene familiares, cuenta con una pensión municipal y una defensora asignada. Luego de haber sido "trasladada" en agosto a una ciudad vecina a un Hogar, al poco tiempo, un 2 de septiembre de 2016, se escapa de dicho lugar y regresa a la ciudad de Allen al hospital manifestando que "no desea volver a la ciudad de Roca".

Bianca de 69 años, externada un 20 de mayo de 2016 al Hogar Horizonte de la ciudad vecina, luego de residir en el Hospital de Allen durante 40 años. Oriunda de la ciudad de Bariloche, con una hermana en Cipolletti con la que no mantuvo vínculo durante la internación. Mismo diagnóstico descripto para María Elena. No estaba registrada en los padrones de los Agentes Nacionales de Seguro de Salud (ANSES). Actualmente cuenta con DNI y pensión.

Leyes, prácticas y discursos formales:

Si la ley provincial fue sancionada en 1991, desde antes de ese año quedaron internados 10 pacientes de los cuales 2 fallecieron y 8 fueron externados entre el 2015 y el 2017, desde el inicio de trámite y hasta la concreción de los traslados. Vimos entre los documentos del hospital notas del 2016 en las que por orden de la jueza a cargo piden la externación de una de las dos personas.

"RESUELVO: 1) No autorizar la internación de la Sra. María Elena... quien se encuentra internada de manera permanente desde hace 30 años (se desconoce la fecha exacta del inicio de esta internación)..." (Poder Judicial de la Provincia de Río Negro, Juzgado de Familia N°1. Gral. Roca 11 de Mayo de 2016)

Luego de años de naturalización vemos en el siguiente oficio cómo la defensora de menores e incapaces a cargo solicita la información al director del hospital:

"A tal fin, solicito se le haga saber al equipo de Salud Mental del nosocomio a su cargo, tenga a bien remitir a esta defensoría la lista de las personas que se encuentran internadas en el Área de Salud Mental de

dicho hospital..." (30 de Abril de 2015 OFICIO N° 042/15).

Sobre los dos casos que tratamos aquí ambas personas estuvieron, hasta que intervino el Trabajador Social del equipo actual del área de Salud mental, sin D.N.I, pensión, jubilación ni otro beneficio básico que cubra su salud.

En el texto de esta ley provincial, refiere a evaluaciones sobre las prácticas, que garanticen según la singularidad de la persona y con una estrategia terapéutica adecuada para ella, (garantizando) el acceso gratuito a las alternativas terapéuticas correspondientes, los lugares de rehabilitación y socialización. Notamos que los fundamentos respetan el cuidado sobre sus vínculos y pertenencia, pero no hablan de la singularidad de la persona (lugar de residencia en los últimos años, por ejemplo) transformándose, lo que sucedió y leeremos a continuación, en un analizador. El Geriátrico se encuentra en una ciudad vecina a la que han vivido las personas con internación crónica en Allen; la ciudad de Roca (Fiske Menuco) se encuentra a 20 (km) atravesando la ruta nacional 22.

"Se ha logrado que el Hogar Horizonte de la Ciudad de Gral. Roca disponga de un lugar...María Elena iría a ese hogar junto a tres personas más del Servicio de Salud Mental (ya alojadas en ese hogar) las cuales permanecieron más de 15 años juntas en el hospital, consideramos oportuno y pertinente poder realizar esta externación en dicho lugar, teniendo en cuenta la proximidad afectiva, acompañamiento mutuo, etc..." (Servicio de Salud mental, Hospital de Allen Ernesto Accamé, 26 de Agosto de 2016).

"El motivo de la presente es informarle que el día Viernes 2 de septiembre se hizo presente en el nosocomio la Sra. María Elena...La usuaria se niega a volver al hogar Horizonte de la ciudad de Gral. Roca..." (Servicio de Salud mental, Hospital Ernesto Accamé 05 de Septiembre de 2016).

Una insistencia se hizo visible, la palabra: "alojada" (como vimos con anterioridad) aparece en la nota nuevamente dirigida a la jueza de familia a cargo. En la ley Nacional hay énfasis en el deber de los jueces de procurar la aplicación de todos los medios de terapia y promoción sanitaria y social a través de los equipos intervinientes, así como de los asesores y defensores con directa participación en la tutela del cumplimiento del tratamiento. En el texto de la presente ley provincial no hay específicos detalles ni descripción de prácticas concretas orientativas de lo que promulga como resocialización y recuperación; ni instituciones específicas como alternativas públicas; tampoco quiénes serán los agentes

específicos parte de los equipos intervinientes.

“El motivo de la presente es informarle que hasta el día de la fecha la Sra. María Elena continúa alojada en el hospital local, expresa abiertamente que no desea regresar a la ciudad de Roca ya que Allen es su lugar
“(Servicio de Salud Mental, Hospital Ernesto Accamé 09 de Septiembre de 2016).

“Se solicita a usted y por su intermedio a quien corresponda que su curadora o figura de apoyo y defensora velen por sus derechos ya que el alojamiento en una institución hospitalaria es incompatible con la ley”
(Servicio de Salud mental, Hospital Ernesto Accamé 09 de septiembre de 2016).

“Desde esta institución se sugiere como estrategia la externación al hogar que deberá proveer el Estado con acompañante terapéutico las 24 hs. Luego de una búsqueda activa de hogares geriátricos en la localidad obtuvimos una negativa respuesta tanto de lugares como de aceptación”
(Servicio de Salud mental, Hospital de Allen Ernesto Accamé 09 de septiembre de 2016)

En apartados generales sobre la Ley Nacional se aclara que para internaciones o tratamientos sí o sí debe contar con al menos una firma de un psicólogo y/o Psiquiatra; consideramos que, se sigue dando mayor protagonismo a estos profesionales. Sobre los casos en análisis, vemos una distancia entre quien firma y quien está acompañando a la persona internada; en la nota de proceso sobre capacidad del juzgado de familia de Gral. Roca (Fiske menuco); sigue los casos el Trabajador Social; dirá:

“Por las gestiones del Servicio de Salud Mental, específicamente el Lic. en Servicio Social, Bianca actualmente se encuentra documentada y comenzó a percibir una pensión no contributiva, administrada por dicho profesional y destinado a las necesidades básicas. Se tramita desde esa instancia su externación” (Departamento de Servicio Social, Juzgado de Familia n°16 Gral. Roca 30 de noviembre de 2015)

Nuevamente, como en el caso de María Elena, encontramos, entre los informes del hospital, un primer oficio de Bianca sobre un pedido de externación hecho por la jueza a cargo del año 2016. Sobre el hecho de que su estado no sea considerado inmodificable encontramos en ambos casos en nota del hospital hacia la jueza a cargo; por ejemplo, respecto a Bianca en relación a la descripción de su estado actual:

“El diagnóstico de la misma es F20.5 (Esquizofrenia Residual) con pronóstico crónico irreversible, psicopatológicamente compensada, tratamiento con Haloperidol 10 mg x60, Lorazepan 5 mg, ...” (Hospital de Allen Ernesto Accamé, Servicio de Salud mental de Allen, 15 de Abril de 2016).

No hay más aclaraciones sobre diagnóstico y tratamiento.

En relación al órgano de revisión, encontramos formaciones provisionarias, no existiendo definitivo en la provincia; como refiere la jueza a cargo del caso de María Elena:

“Hágase saber al órgano de revisión provisorio que continuará su intervención hasta tanto se produzca la externación de la Sra... o se conforme e integre el órgano definitivo” (Poder Judicial de la provincia de Río Negro, Juzgado de familia N° 16 Gral. Roca 11 de Mayo del 2016).

Sobre alternativas a la internación, encontramos un documento creado por el hospital hacia la jueza a cargo. No hay más detalles sobre prácticas alternativas; la misma estrategia se repite para María Elena.

“1.Estrategia de Externación clínica: -se traslada a Bianca al Hogar Horizonte de Localidad de Gral. Roca con personal del Hospital de Allen. -Durante el primer mes de estadía de Bianca en el Hogar el equipo de Salud Mental concurrirá una vez por semana. -Durante el segundo y tercer mes de estadía de Bianca en el Hogar el equipo de Salud mental concurrirá quincenalmente.-A partir del cuarto mes se evaluará la estrategia a seguir, dependiendo de la evolución de Bianca respecto de su externación.” (Hospital de Allen Ernesto Accamé, Servicio de Salud mental de Allen, 15 de Abril de 2016).

Se resalta la siguiente cita: “En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos” (Ley Nacional N°26657 de Salud mental; Cap. VII pp22).

Encontramos en el discurso del documento correspondiente al proceso sobre capacidad de Bianca, referencias a internaciones o alojamientos por problemáticas sociales y de vivienda como analizador y representación de lo que sucedería en nuestra época actual en relación a la locura:

“informo a Ud. en relación a Bianca... la señora se encuentra residiendo en el hospital hace 30 años...se tramita su externación en un hogar geriátrico...su estado de salud físico es óptimo y su patología mental se encuentra compensada con la medicación específica...su patología mental se ha agudizado con la internación prolongada...” (Departamento de Servicio Social, II° Circunscripción Judicial, Gral Roca 30 de noviembre de 2015).

Insistimos en la significación que tiene la palabra “alojada”. En el capítulo VIII de la Ley Nacional también refiere a las prácticas cuando describe derivaciones; de las cuales advierte que, el traslado a cualquier lugar distinto al que vive la persona, solo puede realizarse si en aquel nuevo

lugar la persona contara con mayor apoyo y contención social y familiar. En nuestros casos analizados, los traslados son por externación y no por derivación.

“Hasta evaluar una posible estrategia continuará alojada en este hospital, ya que es el lugar que al momento actual puede garantizarle el cuidado psicofísico y social” (Hospital de Allen Ernesto Accamé, Servicio de Salud mental de Allen, 05 de septiembre de 2016).

Del lugar de traslado de las dos personas de las cuales podemos acceder a información documentada, sobre Bianca nada encontramos referido a las especificidades de singularidad hacia la persona más allá de lo general:

“...Desde Coordinación de Salud mental Comunitaria nos informan que se cuenta con dos lugares en el Geriátrico Horizonte...el mismo tiene convenio con Salud Pública provincial... lo consideramos favorable...porque es un servicio que se brinda actualmente en esta institución...y además que residiría junto a otra persona que actualmente se aloja en este nosocomio desde hace 30 años aproximadamente.” (Servicio de Salud Mental, Hospital De Allen Ernesto Accamé, 13 de mayo de 2016).

Encontramos en archivos del hospital alternativas de alojamiento y no de tratamiento salvo el medicamentoso. No hay detalles sobre las prácticas extra hospitalarias en toda la documentación.

Si bien se habla en otro informe sobre actividades que realizaba en el hospital como ir a río; no hay en las documentaciones encontradas en el hospital actividades proyectadas a partir de su estadía en el geriátrico.

“el día 20 de mayo de 2016, el equipo de Salud Mental procedió a la EXTERNACIÓN de la Sra. Bianca...la misma se efectivizó en el Geriátrico “HOGAR HORIZONTE”... DE Gral. Roca...se trabajó con la coordinación provincial de Salud Mental en esta situación y se entregó formulario 922 (Solicitud de prestaciones extra hospitalarias)” (Hospital de Allen Ernesto Accamé, Servicio de Salud mental de Allen 14 de Junio de 2016).

“La medicación será suministrada por personal del Hogar.-Asumiremos la provisión de medicamentos y la atención médica hasta tanto tenga curso la derivación al hospital más próximo” (Hospital de Allen Ernesto Accamé. Servicio de Salud mental de Allen 15 de Abril de 2016).

Vemos en el texto del Código Civil referencias sobre la sentencia de internación, la cual refiere que debe incluir finalidad, duración y revisión periódica. Al respecto leemos sobre Bianca y María Elena el siguiente oficio emitido por la juez a cargo en relación a su internación y el pedido de externación, mientras:

“Libérese oficio al Servicio de Salud Mental del Hospital de Allen a efectos que en el término de 5 días informe concretamente el plazo en el que se

procederá a realizar la externación de la Sra. Bianca...” (Poder Judicial de la Provincia de Río Negro, Juzgado de Familia N° 16; Gral. Roca 2 de Junio de 2016)

“Mientras continúa la internación, el equipo de profesionales del servicio de salud mental deberá remitir cada 30 días un informe en el cual detalle su estado de salud actualizado, su evolución y el tiempo de previsión de la externación.” (Poder Judicial de la Provincia de Río Negro II Circunscripción, Def. de menores e incapaces de Gral. Roca 11 de Mayo de 2016)

Capítulo 11

Recorrido genealógico.

Entendimos que lo sucedido aquí en el alto valle éste de Río Negro tiene una genealogía que no debemos desconocer, por ello fueron necesarios los capítulos siguientes:

I) Avatares de la desmanicomialización rionegrina (Debates).

Antes de ir a campo ya encontramos un amplio debate que puso sobre la mesa diferentes posturas de autores implicados en el tema:

Incluyendo diarios como Página 12, en el artículo: Cómo desmanicomializar (12 de septiembre del 2013) aparece una amplia descripción del proceso llamado transformación Psiquiátrica, citando a los impulsores de la ley; el Dr. Hugo Cohen y Graciela Natella, afirma como hecho histórico que da origen al nombre de la ley el cierre del llamado hospital psiquiátrico o manicomio: "En el Alto Valle del Río Negro, en la localidad de Allen, a pocos kilómetros de las ciudades de General Roca y Cipolletti, estaba el hospital psiquiátrico."

Noemí Murekian (2006) presentando su investigación, adjudica la creación del término desmanicomialización a quien en ese momento era Psicólogo representativo de los equipos de Salud mental José Schiappa Pietra y al principal creador de la ley Dr. Hugo Cohen; siendo el Diario Río Negro el primer medio de comunicación que incorporó el nombre.

La misma autora hará referencia al Dr. Carlos Cornaglia como "Primer titular a cargo del Neuropsiquiátrico de la ciudad de Allen" (Murekian, N. 2006:5), quien, en contradicción a lo antes mencionado, titulará en el mismo diario Río Negro: Una desmanicomialización Ficticia (21 de Octubre 2011). Como ex jefe del Plan Provincial en Salud Mental de Río Negro en el que se apoyó la creación posterior de la ley 2.440, afirma en el artículo que el viejo edificio del hospital de Allen era usado como centro de internación de pacientes mentales pero correspondía a un sector y no era por ello un manicomio por lo cual no debiera haberse cerrado y dirá: "Contrariamente a lo propagandizado, en estos 27 años la provincia se manicomializó (...) La salud pública ha sido transformada en un "gran manicomio" (...) Tras 27 años los resultados están a la vista: se instaló la política del "des", es decir, del desmantelamiento, del descuido, del desmembramiento y de la desilusión respecto de la posibilidad de construir una Salud Pública (incluida la actividad privada) mejor para todos" (Cornaglia, C. 2011) haciendo referencia a que el abordaje de industria farmacéutica ha sido muy eficaz en manicomializar la vida

cotidiana de los rionegrinos.

Jorge Pellegrini (1 de diciembre de 2011), quien participó en este movimiento de cambio en San Luis, dice en un artículo periodístico: "El Hospital Común Regional de Allen fue en su momento el más austral del país, y su denominación de origen da cuenta que nació y siempre fue un hospital general" (Pellegrini, J. 2011); afirma que en la institución existía a fines de 1985 pabellones para distintas especialidades médicas, entre ellas Salud Mental; siendo un hospital general, polivalente.

El investigador Daniel Sans (2003), dirá en su artículo La Trágica Salud Mental En Río Negro: "se precarizó el trabajo en salud mental, se incumplió con lo normado en el artículo 12 de la ley de desmanicomialización que preveía la construcción de "pequeños espacios para la internación" y además se cosecharon aplausos nacionales e internacionales por todo eso." (Sans, D. 2003).

En el sitio de red-acción del Área de Periodismo de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales del Comahue (Noviembre de 2013), el actual ministro de gobierno de la Provincia: "Luis Di Giácomo, asegura que esta ley partió de una falacia (...) como es desmanicomializar un lugar donde no hay manicomios (...) Para el especialista la implementación de la ley se dió en el mismo momento que en la provincia se produjo el desguace de la salud pública, empobreciendo el accionar del hospital como eje de la salud pública (...) esto venía a ser una especie de bluf propagandístico" (2013).

Las discusiones sobre si el lugar que dio origen al nombre desmanicomialización fue un manicomio o una ficción para un evento político, abarcán bandas del ciberespacio pero no fue un punto clave para nuestro trabajo.

Encontramos otros artículos que van desde sección salud para hablar del estado de los edificios o instituciones a sección policial, refiriendo hechos trágicos, teniendo como implicados o protagonistas a las llamadas personas imputables con atenuantes por enfermedad mental, o inimputables, como en el siguiente caso: en el sitio Telam, agencia nacional de noticias, publica (02 de noviembre de 2013): "Siguen las discusiones luego de la sentencia dictada en noviembre del 2013 de Susana Graciela Freydoz, a 18 años de cárcel por homicidio calificado por el vínculo y agravado por el uso de arma de fuego con atenuantes en relación a su estado de posible alcoholismo y uso de psicotrópicos, contra quien en ese momento era su marido y actual gobernador electo de Río Negro. Continúan las apelaciones por las "circunstancias extraordinarias de atenuación" referidas a presencia de padecimiento mental por las cuales no se dictaminó cadena perpetua" (2013).

¿Otro caso de desmanicomialización negado y procesado hacia un imaginario de la peligrosidad?.

II)Antecedentes teóricos.

Podremos comprender la sucesión de cambios en las SIS que emergen en las prácticas, primero de control y luego hacia la salud como abordaje de la locura asociadas a las diferentes instituciones según la época.

Michel Foucault (2009), en su tesis Historia de la locura en la época Clásica, nos muestra los orígenes de las instituciones de alojamiento de la locura, que más adelante serán llamados manicomios.

Relata el nacimiento del asilo a fines del siglo XVIII, cuando el estado Burgués inventa la beneficencia privada: La secta inglesa religiosa de los Cuáqueros, a cargo de William Tuke, propone la constitución de El Retiro en 1790 en donde la religión vigila la locura. En Francia sucede la liberación de las cadenas de los alienados de Bicetre por Philippe Pinel. Movimientos apoyados en una ley generada en 1790 por la cual se requiere la creación de hospitales para insensatos que seguían mezclados con indigentes, ancianos, condenados, y detenidos políticos por la revolución: "la casa de los pobres" (Pp190). Desde las SIS, esta casa sigue siendo una reserva de temores ante los locos peligrosos. En 1793 asume sus funciones Pinel que busca el dominio de la locura como verdad pura, objetiva.

Foucault (2009), muestra al temor como personaje esencial del asilo que, en la época clásica, determinaba la distancia entre el loco y la sociedad; ahora, las significaciones asociadas al temor forman parte de las prácticas de control para vincularse con la locura: "la locura no puede ni debe provocar temor, tiene miedo y estará gobernada por la pedagogía del buen sentido de la verdad y de la moral" (pp. 221), la forma de dejar de tenerle miedo es controlarla a través de la justicia.

En el actual contexto que indagamos, se nombra al loco como sufriente mental, pero no siempre fue así, en esta época clásica aparece la locura referida al insano o alienado, aquel sin razón pero que piensa; la conversión de la medicina en justicia a través de la moral, con la cual se transforma la reclusión del asilo en sus formas clásicas y concretas a formas abstractas (moralización y temor). Las figuras del momento que se ocupan de estas prácticas dirán sobre las significaciones imaginarias, aquí serán: policías, instructores, jueces y verdugos; se agrega el vínculo entre el vigilante y el vigilado; entre el médico y la aparición del enfermo

mental; la cura se da ya no en el encierro del hospicio sino dentro de un vínculo médico-paciente.

En 1920, José Ingenieros; Psiquiatra y criminólogo publica "La Locura en la Argentina" (Ingenieros, J. 1919), primer libro que recorre la historia de la Salud mental en nuestro país.

En la década del 50 y por la necesidad de confeccionar una clasificación, que marcará las prácticas y movilizará significaciones e imaginarios asociados a ello que persistirán hasta la época actual, consensuada por psiquiatras, se crean manuales diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales.

Aparece la figura de Ramón Carrillo, destacado neurobiólogo, neurocirujano y medico sanitaria, propuso una Clasificación de las enfermedades mentales y la idea de trastorno, con nombre específico según sintomatología, que contribuyó al desarrollo de prácticas farmacológicas; cuestiones que permanecen aún hoy y son parte del contexto a indagar.

Continuamos la cronología de antecedentes en el siguiente apartado.

III) Antecedentes histórico experienciales:

Retomamos el año 1930, para relatar que en Francia, en el asilo ubicado en Saint-Alban, el Psiquiatra Paul Balvet denunció el alienismo y anunció la necesidad de considerar la persona en su totalidad y no solo atender cerebros. Ese año refugia de la guerra civil española a François Tosquelles, psiquiatra y psicoanalista catalán, quien viene con la experiencia de organizar en 1934 un servicio de salud en la pequeña región de la comarca. Inspirado en Herman Simón (que propone la cura en el hospital, en tres momentos: libertad que no es *laissez faire*; responsabilidad como terapéutica activa y trabajo) influenciado por Breuer y Freud propone una psicoterapia colectiva. Dirá que tres males amenazan la enfermedad en la institución: "la inacción, el ambiente desfavorable del hospital y el prejuicio de irresponsabilidad respecto de los enfermos" (Carpintero, E. 2011: 39). En junio de 1940 el asilo de Saint- Alban, aislado en la montaña recibió a los refugiados y de esta manera abre sus puertas. Los pacientes, comenzaron a responsabilizarse y a organizar sus vidas mediante, por ejemplo, clubes terapéuticos, o salidas relacionadas a la organización de la vida cotidiana.

Como movimiento desalienista, la Psiquiatría de sector, llamada luego Psiquiatría comunitaria, sostuvo principios que hoy se incluyen en la propuesta de desmanicomialización.

En 1961 Basaglia (1970) relata las experiencias desarrolladas en el Hospital psiquiátrico de Gorizia (Italia) donde se organiza una comunidad terapéutica entre pacientes, médicos y enfermeros que permite el cuestionamiento del hospital y su transformación en una institución abierta. Logran el 13 de mayo de 1978 que el Parlamento italiano apruebe la Ley 180, conocida como Ley Basaglia: De Verificación y tratamientos sanitarios obligatorios.

Sobre el cuestionamiento de las prácticas manicomiales, otro movimiento que se da, es la "Antipsiquiatría" (Vainer, A. 2000), cuyo creador principal fue David Cooper; Psiquiatra sudafricano, residente en Londres, que junto con otros autores en 1960 cuestionan el manicomio considerándolos lugares de segregación y confinamiento. Llegaron a querer terminar con la idea misma de enfermedad mental, pensándola como producto del sistema social, veían la patología como un viaje, un pasaje, una experiencia. Junto con R. Laing y A. Esterson, crearon luego una entidad que agrupaba comunidades terapéuticas.

La visita de Franco Basaglia (Basaglia, F. en Amarante, P. 2009) en 1978, junto a otros pensadores, a Río de Janeiro; entre ellos Erving Goffman: Sociólogo y uno de los más "críticos de la institución y del modelo teórico de la psiquiatría" (Pp.55); para la participación en congresos orientados a pensar la Salud mental, contribuyó en el proceso de transformación psiquiátrica de éste país, que ya había empezado ese mismo año con la creación del Movimiento de los Trabajadores en Salud Mental luego transformada en un movimiento nacional. Los avances de esta transformación se consolidan en hechos como la 8va Conferencia Nacional de Salud que con apoyo presidencial logró involucrar a la sociedad Brasileña en la discusión y formulación de políticas de Salud.

En 1990 se crea lo que se llamó el Sistema Único de Salud (SUS) reglamentado por la ley 8.080 y en diciembre del mismo año la Ley 8.142 estableció para la gestión del sistema la participación de familiares en la construcción de políticas de Salud mental y atención Psicosocial.

Esta transformación se termina de definir en el 2001 con la promulgación de la Ley 10.216 de "Protección y los derechos de las personas portadoras de trastornos mentales y de redirección del modelo asistencial en Salud Mental" (Amarante, P. 2009: 69).

Paulo Amarante (2009), médico social seguidor de Basaglia, acompañó el proceso de transformación psiquiátrica de Brasil que tuvo lugar a partir de la ley 10.026 del año 2001, toma a la Antipsiquiatría y le da a su experiencia un especial énfasis a la participación social en la transformación. Para este autor, la atención del campo Psicosocial y de la Salud mental es un proceso complejo cuya dimensión principal es la sociocultural. La transformación progresiva que acompañó Amarante fue iniciada por Comunidades Terapéuticas y Psiquiatría preventiva a través

de prácticas fuera de los manicomios; apoyada por la continuidad de conferencias, congresos y actividades con participación social.

Franco Rotelli (Rotelli, F. en Amarante, P. 2009), continuó la experiencia como sucesor de Basaglia en Italia, con la idea de ir hacia una deconstrucción: "desmontaje de éste conjunto de aparatos para poder restablecer una relación con los sujetos en sufrimiento (...), (...) la transformación debe superar a la simple organización del modelo asistencial y alcanzar las prácticas y concepciones sociales." (Pp.59). Franco Rotelli (2014) hablará de Desinstitucionalización en el sentido de "La emancipación terapéutica (que llega a ser el objeto sustitutivo de la curación) no puede ser más que la puesta en práctica de acciones y comportamientos que emancipen la estructura entera del campo terapéutico" (Pp.34). Propone practicar derechos en la vida cotidiana, y desdisciplinar los campos de trabajo: "por demasiado tiempo la desinstitucionalización de los manicomios, no ha sido acompañada por una desinstitucionalización de la psiquiatría y este hecho ha determinado en distintos sitios resultados discutibles y negativos" (Rotelli, F. 2014:100).

IV) Estado Neoliberal en Argentina.

A fines de la década del 80, la instauración de un Estado empresarial neoliberal muestra cambios de paradigma para la construcción de la subjetividad. Centrados en la mercantilización de la vida, y en especial; referidos a valores, sentidos y significados hacia la salud. Uno de ellos es la primacía del individualismo en el acceso desigual que comienza a determinar "a cada cual la salud que pueda pagar" (Galende, E. 1997:140).

El proceso conlleva un pasaje a la descuidanización como pérdida de representatividad en valores primordiales, derechos y garantías. Se instala la privatización no solo en el acceso económico; sino que se vive en lo privado, se reduce y siente como problema individual. A esto llama Emiliano Galende (1997) privatización del riesgo; derecho que cubría la ciudadanía. La atención está solo en el sentido de control social, orden social, estar dentro de las normas nuevamente, de la razón. De los escotomas que deja el Estado, se ocupan los seguros y empresas privadas gerenciando, corporativizando salud.

Esta política privatista que profundiza en los 90' y tiene antecedentes en la dictadura cívico-militar de 1976 que instala el terrorismo de Estado, en donde se da fin a las experiencias piloto que se desarrollaban y se destruyen los servicios de Salud mental, a partir de la intervención en las instituciones para "llevar adelante la doctrina de seguridad nacional"(Carpintero, E. 2011:1); además del desentendimiento del Estado por la salud pública, los grupos privados toman el poder al

servicio de sus intereses; la salud queda en manos del mercado.

Observamos cambios globales en las prácticas de Salud mental, que se acompañan por este pasaje hacia el Estado empresarial neoliberal. Por ello, si el proceso de transformación del orden manicomial está determinado por esta dinámica política económica; a pesar de que en 1953 la OMS ya había recomendado la transformación en comunidades terapéuticas de todos los hospitales psiquiátricos, esto sucedió solo parcialmente. Dirán Enrique Carpintero y Alejandro Vainer (2005): “en pocos años de la década del 70, se expandieron y consolidaron una multiplicidad de abordajes y teorizaciones en el campo de la Salud Mental (...) (...) en estos momentos se produjo una apertura a una diversidad de dispositivos y conceptualizaciones acorde a los distintos niveles de atención en Salud Mental.” (Pp.180).

Esta nueva organización del Estado neoliberal: por un lado, transforma las bases de la atención a la Salud mental, se espera llegar a la Salud integral como objetivo social, saliendo de la exclusividad de la atención puesta en sectores sanitarios e incluyendo a la comunidad como actor de salud en el resguardo de la identidad, sus derechos humanos y para la resocialización. Proponen un afuera de los hospicios concretamente como lugar para promocionar, prevenir y tratar al sufrimiento mental hacia la salud, ese afuera será un adentro de distintos vínculos donde se entrecruzarían sentidos y significaciones[1], emergentes de las prácticas que abordan la locura. Por otro lado, forma parte como condición material de estos cambios, una reorganización en la conceptualización teórica en donde quienes son atendidos serán llamados ahora padecientes o sufrientes mentales.

V) Documentos fundamentales:

En la década del 70 aparecen documentos en los que se fundamenta la creación de la Ley de Río Negro de Desmanicomialización:

Declaración de Alma Ata (1978) con los lineamientos y definiciones de Salud que incluye niveles de atención dentro de la Atención Primaria de la Salud[2] (APS): promoción y prevención (con énfasis en un primer nivel); tratamiento; rehabilitación y reinserción.

Otro documento es la Carta de Ottawa (1986) formulada a partir de la primera conferencia sobre promoción de la salud; Declaración de Caracas (1990), ésta última referida a la atención a personas con problemas de Salud mental, promueve la importancia de que los países desarrollen programas comunitarios para disminuir la prevalencia no tratada de los trastornos mentales. Establece el traslado a la comunidad de los servicios, enseñanza y capacitación de recursos humanos,

ampliación de alternativas de atención a las personas afectadas y sus familias, el resguardo de los derechos humanos; la humanización del cuidado, la inclusión de usuarios y familiares en proceso de gestión. Habla de instrucción, formación, capacitación de los sectores implicados.

Acompañando el cambio de Estado benefactor al neoliberal se constituye el Consenso de Washington (1989), por el que los países centrales deciden que sólo se otorgaría ayuda financiera a los países endeudados que adoptasen las políticas sugeridas por éste consenso en el que se propone reformar el estado minimizando sus funciones sociales, como salud y educación.

VI) La Desmanicomialización Rionegrina como antecedente Nacional.

Los antecedentes descriptos hasta aquí son cimientos en los que se construye el contexto de Salud mental en Río Negro.

Con el advenimiento de la democracia en 1983, y apoyada en el modelo italiano; en el año 1991 aparece la desmanicomialización en Río Negro. Continuando con el recorrido cronológico, ésta ley es antecedente de la desinstitucionalización a nivel nacional propuesta a partir de la Ley de Salud Mental 26.657 de "Derecho a la Protección de la Salud Mental" (Secretaría de DDHH; Ministerio de justicia y DDHH, 2013: 12); sancionada el 25 de Noviembre de 2010, promulgada un 2 de Diciembre de 2010.

En correspondencia y como un entretejido, la Ley Nacional se apoya en por lo menos dos documentos: convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad –ley25280-...y convención para los derechos de las personas con Discapacidad –ley 26378- (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; Presidencia de la Nación 2015: 78).

Unos años después sucede la aprobación del Consenso de Brasilia en el 2013; en el cual la OPS/OMS y el Ministerio de Salud de Brasil convocaron la "I Reunión Regional de Usuarios de Servicios de Salud Mental y sus Familiares", a la que asistieron representantes de más de 10 países, entre ellos de Argentina, para promover el intercambio de experiencias, debate y la reflexión sobre la política pública, empoderar a familiares y usuarios logrando una revisión de la situación actual, elaborando lineamientos para continuar avanzando en relación a DDHH, políticas y servicios de salud mental, participación, trabajo etc. (Paho.org.2013).

Los primeros como documentos legales y el último como compromiso social pero también recurso legal, se apoyarán en otros

documentos de primer orden o supra legales como son la Constitución Nacional; la Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad el 13 de diciembre de 2006, primer convención sobre Derechos Humanos que se va a aprobar en el siglo XXI, cuya función será como instrumento jurídico vinculante a los Estados que la ratifiquen para la afirmación de políticas de no discriminación y medidas de acción positivas (UAM-Facil Lectura; Real Patronato sobre Discapacidad.2007) y el nuevo Código Civil, vigente desde agosto del 2015 que introducirá cambios en materia de Salud mental como, por ejemplo, dejar de hablar de incapaces para hablar de grados de capacidad.

Luego de este recorrido, retomamos la ley 2.440 de Río Negro de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que padecen Sufrimiento Mental (Legislatura de Río Negro, 1991), para contar que se apoya en un programa creado en 1985 (antes del cierre del nombrado "manicomio" de Allen, Río Negro, en 1988): "para el desarrollo de nuevos sistemas y servicios y el planteo de una nueva cultura en la atención en Salud Mental" (Cohen, H y Natella, G. 2009: 357). Existe, uno de sus principios, con especial relación al tema de este trabajo; aquel dirigido a: "Promover una nueva cultura de la Salud Mental que configure una nueva imagen social del Trastorno Mental Severo y fomente nuevas prácticas que modifiquen la demanda social de encierro, y los conceptos de peligrosidad y cronicidad" (Cohen, H. y Natella, G. 2009: 358).

Nos preguntamos sobre Allen, el lugar que se significa como origen al movimiento de transformación psiquiátrica en Río Negro: ¿fue posible practicar una cultura desmanicomializante después de los años transcurridos desde la sanción de la ley Rionegrina?

[1] Castoriadis comienza a definir las significaciones imaginarias sociales como "la creación de sentidos y creación de imágenes que son su soporte, la sostienen, y se instituyen en y por el lenguaje. Son sociales porque existen en y por lo social". (Castoriadis, C. 2010: 377).

[2] citar texto de alicia

Capítulo 12

Reflexiones finales.

En Río Negro, sin organismos de revisión permanentes, o sobresaturación de demanda, o falta de personal idóneo, sin recurso humano; es posible que en Salud mental una internación se atasque en la coyuntura burocrática y atrape en tiempos prolongados a quienes estén con niveles altos de padecimiento; invitando a la perpetuidad, demora o cronicidad por el detenimiento de trámites burocráticos difíciles de movilizar, como vemos en los casos nombrados como “pacientes crónicos” de Allen.

De las practicas reparatorias sociales públicas a la atención privada.

Los dos casos propuestos en este trabajo, son representativos de los modos de proceder en las prácticas aún con existencia de los textos legales citados con anterioridad, cuyas letras no garantizan, un trato a la salud pensado según la singularidad de la persona.

Encontramos lógicas manicomiales de encierro, y SIS asociadas a vulnerabilidad, peligrosidad y exclusión, sin prácticas alternativas ni recursos que garanticen evaluación y seguimiento de momentos de atención incluyendo la externación sin proceso. Además vimos reducción a tratamientos medicamentosos y ausencia de entes del Estado que garanticen Derechos Humanos como la comisión evaluadora que no existe en la región.

Consideramos las externaciones del Hospital de Allen, modos procedimentales burocráticos para responder a instancias legales. Creemos que los avances impulsados en la práctica, en este caso por el juzgado de familia a cargo, se apoyaron en resolver lo que hay y no lo que no hay. Es decir: por ejemplo crearon una comisión evaluadora provisoria sólo para resolver la externación de los casos que hay de cronicidad de internación sin garantizar continuidad en el tiempo que evite reiteraciones. Además, la adjudicación de lugares de traslado por convenio con la provincia, apoyados en la fundamentación de que no esté más la persona en el hospital, aunque el lugar de traslado reproduzca las mismas condiciones cotidianas que el hospital, sin proponer ni abrir discusión sobre lugares alternativos a internaciones o alojamientos crónicos para el futuro. Pensamos por ello que el empuje, fundamento, para realizar estos actos no se apoyaron sobre el valor de la Salud.

El contexto neoliberal, se ha encargado de dismantelar el sistema público generando desfasajes entre las propuestas políticas y los poderes

ejecutores de leyes, como vemos en Allen cuyo hospital pasó de ser de alta complejidad a derivar la mayoría de sus prácticas y en donde la Salud mental queda velada y termina siendo atendida como otra cosa. Ejemplo de ello: vemos que a partir de los traslados (externaciones), las dos personas pasan de una institución de atención específicamente de Salud y Salud mental (área de salud mental) a atención de la vejez (hogar de ancianos); así lo que debería ser tratado desde la Salud es tratado desde el ámbito asilar velando el origen y la historia de esa subjetividad.

Desde estas formas de proceder, las representaciones, afectos e intenciones (SIS) se desplazarían de las prácticas reparatorias sociales públicas de la Salud y Salud mental, anulando esta tarea social y depositandola en la atención privada a la vejez incluyendo dentro de ella los padecimientos subjetivos desde la edad y no desde un ser subjetividades sociales en primera instancia.

Capítulo 13

Sobre los supuestos de investigación:

Antes de ir al campo pudimos acordar supuestos. Se los contamos para pensar en conjunto.

Lo planteado en apartados anteriores coincide con la afirmación del primer supuesto: La desmanicomialización se ha transformado en reducción de prácticas y políticas; deshospitización (desmantelamiento de servicios de Salud mental), y transinstitucionalización (internaciones en instituciones privadas y en provincias vecinas).

Es parte de las políticas de ajuste que los "pacientes crónicos" recibieron prácticas asilares y asistenciales en lugar de tratamientos en el hospital, y por ello, pasaron de estar internados (internación voluntaria) a estar alojados.

Pensamos en el segundo supuesto: "Los recursos para el abordaje en atención a la Salud mental, son reducidos, por lo que determinan atención a la urgencia y refieren a internaciones permitidas en tiempos y lugares sugeridos en el texto de ley, pero con atención mínima que no cumple con los objetivos de reinserción comunitaria."

El hecho de habernos encontrado con internaciones crónicas y no haber referencias, sobre nuevas internaciones, más que sobre las resistencias desde áreas generales del hospital a recibir "pacientes de Salud mental", afirma un no cumplimiento del apartado que describe sobre "presencia de internaciones permitidas en tiempo y lugares sugeridos en texto de la ley".

Creemos que, un incesante hacer en las prácticas desde: la saturación de demanda, ausencia de equipo constituido, falta de presupuesto destinado al área, falta de formación y de dispositivos, sucede debido a la falta de desarrollo desde poderes ejecutivos, de la transformación de políticas en actos concretos, que traduzcan leyes en prácticas. Esto ha generado que, a partir del momento singular antes descripto, hayan resistencias: intra institucionales, (entre el equipo y para con el resto del hospital), histórico sociales (lo social imaginario, que circula desde las primeras externaciones y el tiempo transcurrido desde ellas hasta estas segundas, con creación de SIS desde allá y entonces) y desde las prácticas (prácticas cotidianas y naturalizadas hacia las aquellas excepcionales de externación).

En relación al tercer supuesto propuesto: "La desmanicomialización no ha significado una desinstitucionalización de la psiquiatría y esto ha

determinado resultados negativos e iatrogénicos en Río Negro.”. Encontramos reducción de la atención hacia el abordaje único medicamentoso, supervisado por Psiquiatras. Además es una Psiquiatra la jefa de área de servicio de Salud mental, con jerarquía sobre la toma de decisiones y en relación a formalidades, a pesar de que, el último proceso de externación lo haya impulsado y concretado el Trabajador Social.

Vimos la usencia de desinstitucionalización de la psiquiatría desde un mayor empoderamiento y jerarquía, que resulta connivente y naturaliza las internaciones crónicas de “pacientes”, razón que agravó, según oficios (ver anexo), el estado de Salud mental de las personas internadas, que recibieron como único tratamiento el correspondiente a este campo: el medicamentoso. Esto último como síntoma institucional, con ausencia de otros dispositivos y prácticas. No hay referencia a tratamientos como prácticas específicas de atención pertinentes con fines de reinserción social.

Consideramos al Estado como único beneficiado, desde el instituido burocratizado, con procedimientos arbitrarios, en lugar de sostener procesos de regímenes cotidianos progresivos.

Este contexto invita a la siguiente condición subjetiva que coincide esto con el cuarto supuesto: Las prácticas actuales construyen SIS asociadas a tipos antropológicos referidos a la heteronomía, y a estereotipos de loco-peligroso, correspondientes a abordajes médicos y de control social:

1) Resaltamos el lugar de **Anti-héroes**, en relación al **tipo antropológico** referido a los profesionales que atienden la Salud mental: parte del **instituido burocratizado, heterónimo, autómatas** habitando una cultura de la mortificación.

2) El tipo antropológico referido a las personas que estuvieron internadas de manera crónica: **alojadas** en el sentido de **sujeto/objeto, depositadas**, asociadas a una **subjetividad pasiva, hechura de la cultura**; en algún sentido **peligroso** y **excluido-incluido**.

Sobre el estereotipo de loco peligroso, continúa en relación a dos cuestiones:

A) las resistencias desde el área general para atender a personas que

ingresan por consulta de Salud mental.

B) El lugar al que trasladan los "pacientes crónicos" a través de externaciones, es un geriátrico, el cual está destinado a atención de personas "no auto válidas". El detalle que asocia con la peligrosidad a estas personas, y por lo cual se considera negativo el lugar de traslado, es que funciona con lógicas manicomiales, de encierro (puertas cerradas con llave 24 hs) y medidas de seguridad preventivas (cuidados extremos internos en ventanas, por ejemplo), que imposibilitan la resocialización y que es contrario a prácticas cotidianas para personas "auto validas". Son tratados como "no auto válidos" y peligrosos para sí y para terceros, como las personas que en general alojan allí, con dependencia extrema por la edad, y cuyo pronóstico es paliativo hacia la decrepitud.

Esto último está asociado al quinto supuesto: El sistema jurídico es parte de las prácticas para el control social; favorece la emergencia de significaciones imaginarias asociadas al temor determinando una subjetividad asociada a lo peligroso sobre la locura y oculta así el sufrimiento.

Las externaciones se llevaron adelante por el Trabajador Social, sus pedidos activan expedientes archivados por años que dos juezas comienzan a seguir. El traslado al asilo geriátrico responde a prácticas de control social, como ya dijimos, por cómo funciona y además porque responde a prácticas cotidianas del orden dentro del hospital.

Hemos encontrado poca información referida a SIS asociadas al temor, sobre personas que ingresan por Salud mental desde áreas generales, las referencias hacia aquellos desde características como peligrosos o molestos.

Capítulo 14

Reflexionamos sobre los objetivos planteados:

Pudimos cumplir el objetivo general del trabajo de investigación: Indagar las SIS que emergen en las prácticas actuales de abordaje a la locura, hacia la salud, en actores involucrados, en el contexto de ley de desmanicomialización, y a partir de ello reconocer la producción de subjetividades como proceso de construcción de tipos antropológicos de ese momento histórico.

Las SIS que orientan a los integrantes del equipo de Salud mental, se asocian a sentidos burocráticos. Vivieron en la naturalización de las situaciones referidas a sus prácticas, configurando un tipo antropológico de alienados vocacionalmente, recluidos al instituido burocrático, con malestar subjetivo sostenido, estuvieron atravesados por un momento de desarme del área de Salud mental y pasaje al área general, vivido como propia externación.

Las SIS se encuentran asociadas a un cambio desde lo concreto edilicio.

Los tipos antropológicos que se crean sobre las personas con internación crónica, se asocian a la vulnerabilidad, peligrosidad y exclusión.

Las imágenes e intenciones que crean estas prácticas, produce un sentido contrario al planteado por el espíritu de las leyes.

Las externaciones se reducen a prácticas de traslado interinstitucionales, sin consideraciones subjetivas, ni trabajo con actores sociales involucrados. La Salud mental queda velada y es atendida como otra cosa. Las prácticas que atienden la Salud mental, en este caso único de Allen, se encuentran desmanteladas.

Capítulo 15

¿Una cultura desmanicomializante posible?

Para crear una cultura desmanicomializante es necesario desarmar las lógicas manicomiales a través de actos, imágenes, afectos e intenciones (SIS) distinto al desarme de lugares de atención y desmantelamiento de áreas de Salud mental.

Lo manicomial como parte de una cultura tiene que ver con instituciones, en el sentido de pautas, valores, creencias, conductas etc. sostenidas en el tiempo, sobre lo que es necesario intervenir e invertir, mediante poderes ejecutivos, planes y proyectos. No sobre las organizaciones institucionales, alusivo a lo concreto, como áreas, edificios, lugares que, si bien entran en consideración y puede ser parte de aquello en donde intervenir, no será mediante ello en primera y única instancia que se logren SIS asociadas a la integración, convivencia, buen trato, miramiento, empatía, propios de dispositivos socioculturales de ternura que alojen a la locura.

Permanecerá una cultura del malestar, manicomializante, mientras se fracturen las organizaciones institucionales, individualicen los intereses, se desdibujen los sentidos, en beneficio de unos pocos, que al no poder atender estas cuestiones desde las dimensiones de complejidad que requieren, reducen presupuestos hacia convenios provinciales con el menor costo presupuestario.

Aprendimos que, para investigar hay que ser contemporáneo, "es aquel que mantiene la mirada fija en su tiempo, para percibir no sus luces, sino sus sombras... es quien está en condiciones de escribir humedeciendo la pluma en la tiniebla del presente..." (Agamben G. en Sardoy, C. (Traductora) 2009:2). Ver la sombra justamente, no es estar enceguecido sino mirar distinto; apartar, atenuar las luces que enmascaran las tinieblas.

Capítulo 16

Propuestas implicadas.

1º- Jornadas transdisciplinarias:

El equipo de cátedra de Psicología Social de la Universidad Nacional del Comahue (UNCo), sostiene cátedras que están presentes en la Facultad de Ciencias de la Educación (Cipolletti-Río Negro) y Facultad de Derecho y Ciencias Sociales (Roca-Río Negro) en las carreras de: Psicología, Sociología, Trabajo Social y Licenciatura y Profesorado en educación primaria.

En el 2016 desde los espacios formativos de cátedra, pensamos en realizar Jornadas transdisciplinarias en Salud mental junto a la coordinación de la Escuela de Psicología Social de la ciudad de Roca (Roca), llamada Fundación Huilliche, con la que realizamos abordajes que tuvieron que ver con pensar la Salud y Salud mental colectiva y sus múltiples demandas sociales, a través de diferentes dispositivos de Análisis institucional.

Entendimos, mediante las prácticas conjuntas, que el trabajo hacia la construcción de Salud es colectivo y en transdisciplinariedad.

Fue una insistencia en los discursos de quienes participaron en de las distintas experiencias, el hecho de no encontrar espacios de orientación, ni con quién pensar su situación. Es por ello que en conjunto con la cátedra de Psicología Social I y Civil I, de la carrera de Derecho, y la Fundación Huilliche (Escuela de Psicología Social de la Patagonia) pensamos en generar espacios de debate, contruidos desde la Transdisciplinariedad.

Creemos que, no es suficiente con los paralelismos de pensamiento que genera la interdisciplina. Entendemos y fundamentamos el término Transdisciplina (2005) desde la carta que surge como resultado del Primer Congreso Mundial de Transdisciplinariedad (Convento de Arrábida, Portugal, 2 a 7 de noviembre de 1994), en donde adoptan principios fundamentales:

La visión transdisciplinaria es abierta por su diálogo y su reconciliación, con las ciencias humanas, pero también con el arte, la literatura, la poesía y la experiencia interior. El saber cotidiano de las propias experiencias es un saber más. Rechaza toda actitud que niegue el diálogo y la discusión, el saber es compartido. Incluye el rigor de la argumentación, la aceptación

de lo desconocido, inesperado e imprevisible.

Proponemos desdisciplinar las prácticas, que no exista un dominio mayor de una disciplina sobre otras e incluir y habilitar el saber de la vida cotidiana al mismo nivel y en interacción con saberes teóricos.

Logramos construir topia, a partir de mesas de presentación de experiencias desde las cátedras, trabajos audio visuales producidos por estudiantes de la escuela de psicología social (como material de campo sobre experiencia en Hospital de Allen: "Locurarte") y asambleas clínicas en las que también hablaron familiares de personas desmanicomializadas, llegamos a un número de 300 personas.

Las Asambleas clínicas vienen siendo un dispositivo que nos contiene dentro de las situaciones plurales, en configuraciones de numerosidad social, ya que suceden en espacios colectivos, en los que no hay constantes de espacio y tiempo, ni se trata de un grupo restringido de personas, tampoco están presentes los demás elementos característicos de una grupalidad. Más bien, tienen lugar en espacios donde hay disposición hacia cuestiones emergentes y hay veces urgentes, los temas pueden variar pero el trasfondo es siempre dirigido hacia pensar la Salud y en ese sentido "como metodología clínica es en sí misma un proceder crítico" (Ulloa, F. 2012:30).

La palabra "Numerosidad", refiere a la sumatoria de corposubjetividades que resultan sobre el lugar de dos pensando, "al dueto se le suma uno, más uno, más uno (...) (...) y así sucesivamente (...) (...) numerosidad que también está acotada en su constitución por el espacio disponible" (Ulloa, F. 2012:49).

El método asambleario, en diferentes instituciones, en las situaciones más propicias suponen como refiere Ulloa (2012): "que en el espacio disponibles los integrantes conformen una, dos o tres rondas, de modo que cada sujeto sea a la vez perceptor y percibido...solicito a quienes hablan se pongan de pie, para ser vistos y que a la vez puedan mirar a los demás, así se hace posible la reciprocidad perceptual" (pp.50). Este método asambleario se configura clínico en relación al método clínico de registro, pensamiento y acción (Bleger, J. 1966:66).

Salud ele-mental:

Definimos a la Salud mental en los términos a los que refiere Ulloa: "no en términos psicopatológicos, sino en aquellos que reenvían a la cultura" (Ulloa, F. 2012:61), es una producción cultural que sobre las condiciones adversas de la marginalidad en las que suele funcionar lo público (instituciones públicas), si existe o sobrevive, resulta un

contrapoder (Ulloa, F. 2012:43).

Sostenemos la necesidad de atender a la Salud elemental, en relación a la pobreza existente en atención a la salud básica en el país, que cuando vuelve las prácticas reducidas a lo Mental va con mayúscula ya que es a lo que se dedica más atención. Es por ello que, en este trabajo, sostenemos el uso de Salud con mayúscula y mental con minúscula, no por negación de esta segunda acepción sino por creer que entra dentro de Salud que va primero. O de otra manera, creemos que si hay Salud hay Salud mental.

Hay Salud cuando, frente a situaciones adversas, se genera escenarios de la numerosidad social que resultan contrapoder: Dirá Zito Lema (Zito lema, V en Vicens, E 2015) "Cuando se configuran estos espacios, la cultura está en el sujeto, desde su condición hablante da cuenta de lo intrasubjetivo: aparato psíquico-orgánico, en relación con la cultura: transubjetividad, y en relación con otro en lo intersubjetivo" (pp6).

Producimos escenarios de Salud en la numerosidad social cuando estudiantes narran tomando la palabra sobre situaciones de dolor social, cuando familiares narran el mal trato de los policías a familiares desmanicomializados, que caminan medicados por las calles de la ciudad, cuando alguien cuenta su propia desmanicomialización, cuando alguien llora otra muerte de una madre o de hijos por brotes psicóticos destratados. Producimos pensamiento lucido, que envuelve las palabras con ternura en la escucha, desnaturalizamos vida cotidiana en la que vivimos, desde donde logramos no alojar sino reparar, de reparo, proteger: "vale por curar mediante buen trato" (Ulloa, F. 2012:46) término que seguimos desarrollando en apartados siguientes.

2º Los espacios de co-visión.

Definimos los espacios de co-visión como: todo aquel espacio en el que quienes lo integran asumen ser co-pensores, rol cuyo desempeño consiste en reflexionar sobre la relación entre los integrantes y la tarea desde dos herramientas: el señalamiento de lo explícito y la interpretación como hipótesis de aquello que, en tanto latente, opera como obstáculo (Riviere, P. 2006:212). Pretendemos lograr el sostenimiento de una horizontalidad desde los saberes, aunque exista diferencia de responsabilidades y en este sentido asimetría en los roles y funciones, pero entendemos que ello no implica dominación de saberes. Es en ello que se va a diferenciar de las súper-visiones, como miradas donde hay un saber que domina a otros y quienes contratan acuerdan sobre ello.

Los acuerdos en la tarea toman la forma de contratos también en los espacios de co-visión y se sostiene dentro de un Encuadre o Setting: "es decir un "no-proceso" en el sentido de que son las constantes, dentro

de cuyo marco se da el proceso" (Bleger, J en Kaes.R & Col. 1979:233), es lo estático que sostiene aquello que no deja de ser dinámico en el proceso de abordaje: horarios, lugar, duración, modalidad.

Acercamos teoría sobre las co-visiones desde la construcción en la práctica en dos espacios diferentes:

En el campo clínico: trabajamos en el abordaje de la Salud elemental

conteniendo situaciones de urgencia en personas con crisis de ansiedad aguda, ataques de pánico, desbordes profundos, que conllevan niveles con mucha intensidad de sufrimiento, como depresiones, duelos o estados delirantes, alucinógenos. En estas situaciones las personas con padecimiento, no sabiendo a dónde acudir, terminan medicadas por el médico de turno en las guardias de la ciudad.

En conjunto con la acompañante terapéutica: Mariela Balmaceda[1], creamos múltiples espacios de abordajes y dispositivos de atención que responden a los lineamientos de Atención Primaria de la Salud (APS) en sus tres niveles: prevención, atención y el paliativo o inserción/recuperación (OMS/UNICEF. 1978).

Intervención a través de lo que Pichón Riviere describe como: "los 4 momentos de la operación terapéutica" (Riviere, P. 2006:59): Diagnóstico y diagnóstico situacional, Pronóstico, Tratamiento (modalidad) y Profilaxis (desarrollo de formas preventivas).

El trabajo, requiere de reuniones en espacios de co-visión entre terapeuta y acompañante; modalidad que varía según emergentes, hay veces se acuerdan sesiones conjuntas con quien es atendido/a que nos trae su saber de lo que le pasa y con quien se piensa en conjunto.

Creemos esta práctica esencial para evitar los malos tratamientos reducidos a abordajes medicamentosos, o al no tratamiento, cuando no hay conocimiento, desde familiares, de cómo contener, o cuando hay personas sin familiares cercanos. Consideramos ésta, una de las formas de atención ambulatorias que funciona como espacio intermedio, entre el sufrimiento subjetivo y las instituciones de internación públicas o privadas.

Nuestro hacer está apoyado en la idea de practicar derechos, con actos que los garanticen, ocuparse de transformar los modos de vivir todos los días, desde las representaciones, afectos, imágenes, que configuran significaciones e imaginarios sostenedores del sufrimiento; transformar esa imagen del mundo concreta y cotidiana, que alimenta ese sufrimiento y así restituir subjetividad. Un trabajo hacia los derechos de ciudadanía, no garantizados por un saber, sino en la práctica ambulatoria, talleres, asambleas, dispositivos de pensamiento público, de expresión

poética; desde al arte, labor y trabajo, desde la participación en la vida cotidiana. Practicar derechos de ciudadanía desde el reconocimiento social, actuarlos, e ir hacia el Derecho Humano.

En espacios educativos:

Desde la cátedra de Salud pública y Comunitaria de la carrera de Psicología (Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional del Comahue, Cipolletti, Río Negro), proponemos un acercamiento de los estudiantes a distintas organizaciones institucionales, parte del Trabajo de Campo que desarrollan durante la cursada como propuesta metodológica desde los lineamientos de la Investigación Acción Participativa (IAP). Como equipo docente acompañamos cada proceso de los estudiantes que trabajan en grupos.

El seguimiento lo proponemos transformando los momentos de trabajos prácticos en espacios de co-visión.

En co-visión, cada grupo relata en qué momento de la IAP se encuentra y las particularidades de su proceso. El conjunto se dispone como co-pensadores de la misma manera que nosotros desde la docencia, quienes podemos comenzar coordinando lo que luego coordinan entre todo el conjunto, incluyendo el orden de los relatos grupales y las interacciones teórico-prácticas.

3° La escritura breve: reparo de la Salud mental colectiva.

Consideramos los espacios educativos universitarios parte de las prácticas de construcción conjunta hacia la Salud mental Colectiva. Somos responsables en estos espacios de pensar, debatir, cuestionar, lo que sucede en nuestras prácticas de Salud de acuerdo a las singularidades que nos habitan en Río Negro, desde las incumbencias legales y desde las prácticas existentes tanto como las posibles.

Proponemos la Escritura Breve (EB) como forma de escritura que quienes integramos una de las cátedras de Psicología Social (Facultad de Ciencias de la Educación en la Universidad Nacional del Comahue), desde hace más de una década, hemos desarrollado como parte de la

Indagación Acción (I.A) que sostenemos como práctica.

Este, como recurso didáctico es una propuesta para del proceso de enseñanza/aprendizaje como en instancias del proceso de evaluación.

Como describimos en el libro de la cátedra "El aula Feróz, para escribirte mejor": La técnica del Escrito Breve (Lazzaroni, G.; Vicens, E.; Sans, D. 2019): "En los escritos breves la libertad se encuentra en la ausencia de consigna rigurosa, la propuesta de escritura para estudiantes y profesores de la cátedra es sobre un tema, con bibliografía sugerida y espacios de escritura a modo de taller donde se busca desbloquear la creatividad" (p127).

Los temas refieren a cuestiones esenciales de la vida cotidiana: Salud, Salud mental, Educación, prácticas de atención, fenómenos colectivos e institucionales, emergentes sociales, problemáticas actuales que nos atraviesan. Intentamos hacer de la escritura un lugar de crítica de la vida cotidiana, desnaturalización pero también auto registro, propia implicación, desde donde nos podemos preguntar: ¿Qué tengo que ver yo con este tema que me proponen? (dolor social/ desmanicomialización/ atención a la Salud/enfermedad/ la locura en mi barrio/ Salud mental a la intemperie etc.).

Continuamos describiendo en la ficha de cátedra antes nombrada: "Presentamos el EB. como una forma de narrar lo que ocurre a través de testimonios y descripciones, de manera literaria, es decir, movido por una intención estética. Define Hernán López Echagüe (2009) "Ser testigo y testimoniante, recuperar esa tradición de Rodolfo Walsh que quedó expresada en su conocida frase "el violento oficio de escribir". La descripción deviene escenario y la narración se convierte en acción" (López Echagüe H. en Lazzaroni, G.; Vicens, E.; Sans, D. 2018)

Lo que cuenta es un universo de significaciones imaginarias sociales que brotan de su condición de sujeto histórico social, junto a las significaciones de la institución a la que pertenece. Una conjugación entre su experiencia y los autores propuestos, de los cuales podrá elegir con deliberación junto a quiénes de ellos quiere contar y no a través de los que va a decir.

Diferenciando aquí autonomía de heteronomía, este hacer autónomo no restringe ni hace desaparecer su subjetividad en ese otro autor/a; la autonomía comienza en el momento en el que se trata de su propio relato.

Ofrecemos la escritura de textos breves como una de las formas que adquiere el lenguaje para recrearse, ser más libre, persona crítica y cuestionadora de sus propias instituciones, deliberativo de sus decisiones.

En conversación con Daniel Sans, acordamos que consolidamos espacios de técnicas activas: transportando los antecedentes de las técnicas activas en el ámbito de la psicoterapia, llamamos técnica activa en el campo educativo a aquel acto creativo, que repetido muchas más veces, da por origen una técnica determinada. Si para Cornejo Parolini (2006) es el conjunto de procedimientos y recursos de que se sirven las disciplinas para obrar, nosotros agregamos, sin dilación sobre los emergentes del proceso de enseñanza aprendizaje que buscan elaborar los obstáculos a la socialización humanizante que Bohoslavski denomina socialización alienante (1976:11)

Hablamos de la coordinación de técnicas activas como el sociodrama o relajación progresiva para abordaje de stress, pero además las asambleas clínicas, cocina del pensamiento colectivo y otros dispositivos de los que resulta producción textual escrita (EB). Son, a fin de cuenta, prácticas que generan psicohigiene: "en el sentido de lograr la mejor organización y condiciones para promover Salud y bienestar de sus integrantes" (Bleger, J. 1966:61).

Desde estos dispositivos hay reparo para la Salud (que consideramos construcción colectiva): Nos referimos con el término reparo/reparación/prácticas reparatorias a lo que el psicoanálisis propone como realización simbólica: "se trata de reparar las frustraciones sufridas (...) (...) procurando satisfacer simbólicamente sus necesidades y abrirle el acceso a la realidad" (Laplanche, J.; Pontalis, D. 2005:353).

Nos despedimos sabiendo que en los espacios transdisciplinarios, dispositivos de co-visión y la escritura breve, que emerge de múltiples dispositivos configurados en escenarios de Salud, de la numerosidad social; producimos pensamiento lucido que envuelve las palabras con ternura en la escucha, desnaturalizamos vida cotidiana en la que vivimos, desde donde logramos no alojar sino reparar una Salud que afirmamos Colectiva.

[1] Mariela Balmaceda es Acompañante terapéutica (A.T) y actual Presidenta de la Asociación Civil de Acompañantes Terapéuticos del Alto Valle (ATTUA)