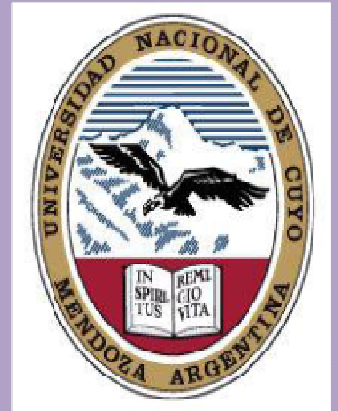


UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
TRABAJO SOCIAL

DERECHOS DE LAS MUJERES Y SALUD
MENTAL

La intervención del Trabajo Social en los procesos de externación de
mujeres del hospital psiquiátrico “Colonia Nacional Dr. Manuel A.
Montes de Oca”



2015

Estudiante: María Eugenia Rodríguez

Directora: Dra. Rosana Paula Rodríguez

Dedicatoria:

A todas las personas que esperan su libertad, olvidadas tras los muros de los manicomios.

A todas/os las/os profesionales del Trabajo Social, para que nuestras intervenciones se dirijan hacia la restitución y fortalecimiento de derechos de todas y cada una de las personas con las que trabajamos.

Al colectivo de trabajo del cual soy parte, por su incansable lucha para derribar los muros y construir nuevos espacios de promoción de una nueva Salud Mental.

Agradecimientos:

A Mamá y Papá, que hicieron posible este sueño, por ser quienes me enseñaron a luchar y a indignarme frente a cada injusticia;

A mi hermana, por ser ejemplo y guía;

A Dany por ser mi compañera de vida;

A Helena, mi sobrina por ser mi fortaleza;

A mi hermano por ser la Luz que me impulsa siempre a seguir;

A mis amigas Laura y Eti por estar siempre;

A mi cuñado por confiar en mi;

A Rosana por su tiempo y por la calidad de dirección en este trabajo y

A la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales por el espacio brindado en este recorrido de enseñanza-aprendizaje.

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación intentamos abordar los modelos de intervención de los/as trabajadores/as sociales en el ámbito de la Salud Mental, con el objeto de dar cuenta de los diferentes procesos que se han ido llevando a cabo en los últimos años, respecto de la transformación de las instituciones psiquiátricas, dando visibilidad por un lado a las condiciones que son sometidas las mujeres dentro de este dispositivo, siendo víctimas de todo tipo de violencias y vulneración de derechos; por otro lado nos propusimos evidenciar los procesos alternativos puestos en marcha para la restitución de dichos derechos; en relación a ello analizamos críticamente el rol que cumple el Trabajo Social en la interdisciplinariedad de los abordajes y la importancia que tiene nuestra intervención para que la recuperación de derechos se haga efectiva.

Hemos limitado nuestro estudio en las mujeres externadas del Hospital “Colonia Nacional Manuel A. Montes de Oca” ya que además de ser omitidas, discriminadas y silenciadas producto de las políticas de reclutamiento en las instituciones psiquiátricas, mediante los diagnósticos de discapacidad impuestos bajo una mirada biomédica hegemónica además de formar parte del colectivo, “femenino”, con discapacidad psicosocial, deben enfrentar obstáculos mayores para poder gozar de autonomía y autodeterminación *por locas y por mujeres*.

Si bien buena parte de la investigación está dedicada a develar las condiciones de vulnerabilidad generadas a partir de los procesos de institucionalización, nuestra finalidad consistió en dar cuenta respecto de la posibilidad existente de intervenir en pos de los derechos, teniendo como marco de referencia el modelo social, en el cual el foco para el abordaje no está en la discapacidad si no en las barreras sociales que le impiden a esa persona ejercerlos en condiciones de igualdad; en este sentido las intervenciones se dirigen hacia la promoción y fortalecimiento de la persona como sujeta de derechos, revirtiendo la estigmatización que el abordaje biomédico conlleva y las posiciones sociosanitarias que adhieren al modelo hegemónico desigual de la ciencia médica.

Los objetivos que guiaron nuestra investigación, son los siguientes:

- ✓ *Conocer las intervenciones del Trabajo Social tanto dentro de la institución psiquiátrica como en los procesos de externación; para comprender los efectos que genera en la salud de las mujeres.*

- ✓ *Indagar sobre los discursos y las prácticas de los/as profesionales del trabajo social con el fin de conocer los efectos que tienen en la vida de las personas con las cuales trabajan.*
- ✓ *Indagar en las intervenciones de los/as trabajadores/as sociales tanto dentro de la institución como en los procesos de externación desde una perspectiva de género.*
- ✓ *Conocer las implicancias que las intervenciones del trabajo social tiene sobre la salud mujeres internadas/externadas.*

El punto de partida en nuestra tesina es la perspectiva de género, es decir los estudios de género y feministas. Los Estudios de las mujeres y de Género tienen ya una larga trayectoria, lo cual nos permitió conocer las estrategias de naturalización de la subordinación de las mujeres; cuestionar y visibilizar la ideología patriarcal subyacente en las bases de la sociedad y reflexionar sobre los postulados biologicistas, esencialistas, universalistas que legitiman las desigualdades entre varones y mujeres en las ciencias como en la sociedad.

Hemos organizado esta tesina en tres partes: la primera dedicada al marco teórico está compuesta por cuatro capítulos, en donde desarrollamos la estructura teórica-conceptual que sustenta nuestro posicionamiento; la segunda parte incluye el capítulo cinco, en el cual exponemos la estrategia metodológica utilizada para concretar la investigación; y por último, la tercera parte, compuesta por el capítulo seis, donde presentamos el análisis de los datos obtenidos a partir del trabajo de campo realizado y las conclusiones a las que arribamos.

El capítulo *uno*, intenta conceptualizar las relaciones entre los géneros, y los lugares que históricamente se les han asignado a las mujeres según los estereotipos construidos socialmente a partir de las diferencias sexuales.

Por un lado se exponen los aportes más importantes que se han dado sobre los conceptos de sexo y género desde los Estudios de las Mujeres como también desde los Estudios de Género y feministas. Por otro lado, se intenta señalar la importancia y utilización de la perspectiva de género en los abordajes realizados desde los ámbitos de la salud y la salud mental.

También se realiza el desarrollo de las conceptualizaciones sobre salud, salud mental y su evolución histórica.

Por último introduce una serie de problemáticas que tienen lugar en la atención de las mujeres dentro de los ámbitos de la salud mental, intervenciones que las invisibilizan y dejan de lado sus particularidades.

El capítulo *dos*, intenta conceptualizar el rol del/ la Trabajador/a Social tanto en los ámbitos de la salud en general, como en salud mental en particular. Hace un breve recorrido histórico por los procesos de profesionalización y las diferentes miradas ó aportes que han realizado referentes latinoamericanos/as sobre los mismos.

También expone y desarrolla la relación de la profesión en los ámbitos de la Salud Mental, sus intervenciones y posicionamientos dentro de los equipos interdisciplinarios.

El capítulo *tres* realiza una breve descripción sobre las instituciones psiquiátricas en nuestro país, su evolución, objetivos, alcances e intereses como institución de control social. Desarrolla también los diferentes procesos alternativos llevados a cabo en el campo de la Salud Mental, los cuales tienen como objetivo la transformación de las instituciones psiquiátricas; particularmente las prácticas que a lo largo de la historia se fueron legitimando y naturalizando frente al problema de la “locura”, hace especial hincapié en la institución psiquiátrica objeto de estudio “La Colonia Nacional Montes de Oca”.

El capítulo *cuatro*, intenta realizar, por un lado una breve reseña del marco legal internacional y nacional con el que contamos actualmente para garantizar el derecho tanto a la salud en general, como a la salud mental en particular; por otro lado intenta dar visibilidad a la importancia de considerar estos mecanismos legales en el marco de los derechos de las mujeres, por ello desarrolla brevemente la legislación que los sustenta.

En la *segunda parte* de la presente investigación, el capítulo *cinco* desarrolla la estrategia metodológica exponiendo las principales decisiones y procedimientos metodológicos que permitieron llevar a cabo el estudio y tener un acercamiento a los diferentes discursos/prácticas de las profesionales del trabajo social entrevistadas teniendo como objetivos: *Indagar sobre los discursos y las prácticas de los/as profesionales del trabajo social con el fin de conocer los efectos que tienen en la vida de las personas con las cuales trabajan; Indagar en las intervenciones de los/as trabajadores/as sociales tanto*

dentro de la institución como en los procesos de externación desde una perspectiva de género, y conocer las implicancias que las intervenciones del trabajo social tiene sobre la salud mujeres internadas/externadas. En este sentido, también, nos propusimos reflexionar sobre las experiencias de las propias protagonistas dentro y fuera de las institución psiquiátrica. Se eligió la *metodología cualitativa*; considerada pertinente para aproximarse al universo de significaciones y representaciones de la población entrevistada/observada.

En la *tercera parte*, se presenta el capítulo *seis*, el cual expone el análisis de los datos obtenidos a partir del trabajo de campo realizado en la institución psiquiátrica y en los dispositivos de externación dependientes de ella. Para efectivizar dicho análisis, en función de los datos relevados a través de las técnicas utilizadas y siguiendo los objetivos de investigación se construyeron las siguientes categorías de análisis: *“Discursos y prácticas de los/as profesionales del Trabajo Social: Discursos que reconocen Derechos y Discursos Tutelares; Prácticas Autónomas y Prácticas heterónomas”*; *“Procesos de institucionalización y Procesos de externación: sus efectos; Identidad, Habilidades Sociales, Privacidad, Individualidad/subjetividad, Autonomía e Independencia y Capacidad Jurídica”*; *“Perspectiva de Género: Intervenciones Diferenciales por Género y Violencia hacia las Mujeres”*.

Finalmente, se exponen las *conclusiones* teóricas y empíricas de la investigación, en un intento por centralizadas se podría decir que en el ámbito de la salud mental, los roles y funciones de los/as profesionales del Trabajo Social, se encuentran subordinados a las demandas y decisiones de las instituciones donde se desempeñan, convirtiéndose en operadores/ejecutores de prácticas pragmáticas, repetitivas, en su gran mayoría, burocráticas y asistencialistas. Sus intervenciones no comprenden una reflexión crítica lo que lleva a un tecnicismo profesional. En este sentido actúan legitimando el sistema de control social que despliegan las instituciones psiquiátricas, guiándose por un concepto de salud tradicional, abordando las consecuencias o síntomas de las “patologías” impuestas a las personas con las cuales trabaja en desmedro de procesos de promoción y fortalecimiento de la Salud Mental, de esta forma también se obstaculiza el reconocimiento y acceso a los derechos.

El trabajo social como profesión se encuentra hoy, a través de sus intervenciones, generando y profundizando las desigualdades de las personas, tanto por subordinar sus decisiones a las de la institución o de otras profesiones, como por no

comprender en sus abordajes una diferenciación sobre componentes esencialmente importantes como lo son las construcciones de género diferencial socialmente impuestas que legitiman y reproducen las desigualdades.

Señores:

Las leyes, las costumbres, les conceden el derecho de medir el espíritu. Esta jurisdicción soberana, temible, ustedes la ejercen con el entendimiento. No nos hagan reír. La credulidad de los pueblos civilizados, de los sabios, de los gobernantes, adornan a la psiquiatría de no se sabe que luces sobrenaturales. El proceso hecho a la profesión que ustedes ejercen está juzgado de antemano. NO pensamos discutir aquí el valor de esa ciencia ni la dudosa existencia de las enfermedades mentales. Pero, por cada cien patogenias presuntuosas en las que se desencadena la confusión de la materia del espíritu, por cada cien calificaciones de las cuales las más vagas son todavía las únicas utilizables, ¿cuántas tentativas nobles se han hecho por aproximarse al mundo cerebral en el que viven tantos de los que tienen prisioneros? ¿Cuantos hay entre ustedes, por ejemplo, para quienes el sueño del demente precoz, las imágenes de las que es presa, no sean otra cosa que una ensalada de palabras? No nos asombramos de encontrarlos inferiores a una tarea para la cual no hay sino pocos predestinados. Pero nos levantamos contra el derecho atribuido a ciertos hombres, limitados o no, a sancionar, mediante la encarcelación perpetua, sus investigaciones en el dominio del espíritu.

¡Y qué encarcelación! Se sabe -no se lo sabe lo suficiente- que los asilos, lejos de ser asilos, son cárceles terribles, en las que los detenidos proporcionan mano de obra gratuita y cómoda y donde la sevicia es la regla, y esto es tolerado por ustedes. El asilo de alienados, bajo la cobertura de la ciencia y de la justicia, es comparable a la caserna, a la prisión, a la cárcel.

No nos referiremos aquí a la cuestión de las internaciones arbitrarias para evitarles el trabajo de las fáciles negaciones. Afirmamos que un gran número de asilados, perfectamente locos según la definición oficial, están, también ellos, arbitrariamente internados. No admitimos que se impida el libre desenvolvimiento de

un delirio tan legítimo, tan lógico como toda otra sucesión de ideas o de actos humanos. La represión de las reacciones antisociales es tan quimérica como inaceptable en su principio. Todos los actos individuales por excelencia de la dictadura social; en nombre de esa individualidad que es lo propio del hombre, reclamamos que se libere a esos forzados de la sensibilidad, puesto que tampoco está en el poder de las leyes encerrar a todos los hombres que piensan y actúan.

Sin insistir sobre el carácter perfectamente genial de las manifestaciones de ciertos locos, en la medida en que somos aptos para apreciarlas, afirmamos la legitimidad absoluta de su concepción de la realidad y de todos los actos que derivan de ella.

Esperamos que mañana por la mañana a la hora de la visita puedan recordar esto, cuando intenten, sin léxico, conversar con esos hombres sobre los cuales, reconózcanlo, no tienen otra superioridad que la de la fuerza.

Antonin Artaud (Carta a los médicos directores de manicomios, 1925)

PARTE I

Capítulo 1

Género y Salud Mental

...A nadie sorprendió que ella fuera la primera artista que se atrevió a pintar hombres desnudos. Tenía que ser una chiflada. Erasmo de Rotterdam sabía lo que decía: -Una mujer es siempre mujer, es decir: loca-... (Eduardo Galeano, 2015).

Debido a los fines de nuestra investigación, creemos importante caracterizar las nociones conceptuales centrales en la perspectiva de Género y en el campo de la Salud Mental que serán utilizadas a lo largo de este trabajo que guiarán y darán forma a dicha investigación.

Por un lado desarrollaremos las relaciones de género que intervienen en la constitución de las formas de atención de los servicios de Salud en General y en Salud Mental en particular. Nos parece importante detenernos en este punto, ya que las formas en que estas relaciones se hacen presentes, suelen ser, en muchos casos, naturalizadas e invisibilizadas, por ello es imprescindible tener en cuenta el análisis y reflexión de dichas relaciones para poder lograr resultados satisfactorios para el conjunto de la sociedad. Por otro lado se desarrollarán los conceptos de salud y salud mental. Respecto a estas categorías se hará hincapié en las diferentes definiciones que han ido constituyendo y guiando las distintas prácticas a lo largo de la historia en el ámbito de la Salud, y sobre todo de la Salud Mental. Analizar las prácticas y discursos que derivan de diferentes posicionamientos políticos e ideológicos nos permitirá comprender estas problemáticas sociales.

Analizaremos, también, los aportes más importantes que han hecho los Estudios de las Mujeres, y los Estudios de Género a lo largo de la historia.

1. Mujeres y Género

Teniendo en cuenta que la investigación se centra en la experiencia vivida por las mujeres que han sido internadas por largos períodos en un hospital psiquiátrico, al decir de Goffman una *institución total*. Es en estas instituciones donde se moldea la subjetividad, admitiendo la permanencia mediante un diagnóstico cuyo resultado posible es la transformación de las mujeres en objetos depositados. Por ello es importante sumergirnos en el desarrollo contextual e histórico de las relaciones de género basadas en las diferencias biológicas que han convertido a las mujeres en seres culturalmente inferiores.

Existe una diversidad de documentos y de producción teórica que denuncian las graves violaciones a los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial en general, pero muy pocas investigaciones se centran en la situación de las mujeres en particular. Dejando una vez más al colectivo femenino relegado de toda investigación, y por ende cerrando la puerta a cualquier acción destinada a favorecer la calidad de vida de las mismas.

Franco Basaglia en su libro: *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*, describe que históricamente se intentaba dentro de las instituciones psiquiátricas, a través de valores religiosos predicados por “monjas”, que las mujeres hospitalizadas se apropien de los modelos tradicionales de las actividades domésticas y de la cocina, íntimamente ligados a la obediencia y al orden. También se les proponía e imponían los valores de “honestidad, de pudor y de virginidad”, asociados al rol maternal femenino, que tiene su razón de ser en la abnegación protectora, en la previsión de cuidados y de trabajo doméstico para garantizar el orden en la institución.

Un aspecto que debemos destacar, es el que refiere a las violencias sufridas por las mujeres dentro de un hospital psiquiátrico, María Hernández Padilla dice que todas las violencias que ocurren dentro de los hospitales psiquiátricos son verdaderos atentados contra los derechos humanos, pero que cuando estas violencias, además, son sufridas por mujeres se consideran, o deberían considerarse violencias de género. Una primera violencia de género hacia las mujeres es la que las cataloga como “locas por naturaleza”. El paradigma patriarcal sugiere la histeria, junto con otras definiciones como paranoia, demencia senil, epilepsia y melancolía para explicar su posicionamiento respecto a la “locura” de las mujeres, las cuales seguirían vigentes aún en nuestros días.

Sería en el siglo XIX que la histeria como enfermedad nerviosa femenina se consolidaría.

La consideración de los estudios sobre la histeria y sus implicancias políticas fueron ampliamente analizadas por los estudios de la mujer, y más tarde por los estudios de género. En este trabajo rescatamos la importancia de las investigaciones realizadas por y para las mujeres.

1.2 Breve reseña sobre los Estudios de la Mujer y de Género:

Si Eva hubiera escrito el Génesis, ¿cómo sería la primera noche de amor del género humano? Eva hubiera empezado por aclarar que ella no nació de ninguna costilla, ni conoció a ninguna serpiente, ni ofreció manzanas a nadie, y que Dios nunca le dijo que parirás con dolor y tu marido te dominará. Que todas esas historias son puras mentiras que Adán contó a la prensa.
(Eduardo Galeano; 2015).

Los Estudios de la mujer surgen a finales de los años 60, al mismo tiempo que ingresaban al mundo del trabajo, y comenzaban a conquistar los espacios públicos, con el objetivo de poder participar en la producción de conocimiento, siendo tanto sujeto como objeto de estudio. De esta forma promovieron espacios de democratización y de desarrollo teórico en donde los temas de interés dentro de los ámbitos académicos fueron centrándose en problemáticas comunes: diferencias entre los sexos, orígenes y evolución. Indagaron sobre las teorías existentes y reflexionaron acerca de si las mismas explicaban y daban respuestas a dichos problemas o si por el contrario reproducían los estereotipos y prejuicios culturales. Cuestionaron también la manera en que la ciencia pretendía objetividad y universalidad.

Rosana Rodríguez describe que hubo dos posturas diferentes que se proclamaron en este sentido, cada una con objetivos distintos, la primera centraba su análisis en las mujeres, y la segunda en la sociedad como generadora de formas de organización y funcionamiento que tenían como resultado la subordinación de las mujeres:

1) Una posición puso el acento en las mujeres en tanto sujeto/objeto de estudio, preocupadas por generar, acumular y revisar información e hipótesis sobre las condiciones de vida y de trabajo, la creación y la cultura producida por las mujeres. Centrándose en la producción de conocimientos sobre ellas. En este sentido predominaba en los estudios: *las relaciones mujer-varón y mujer-mujer*.

2). La segunda posición sostenía que la subordinación de las mujeres es producto de determinadas formas de organización y funcionamiento de las sociedades y por lo tanto hay que estudiar las sociedades concretas. El objeto aquí es más amplio, por lo

tanto requiere analizar todos los niveles, ámbitos y tiempos de las relaciones *mujer-varón, mujer-mujer, varón-varón*.

Las dos posturas antes desarrolladas *Intentan resignificar el conocimiento científico con un fuerte compromiso político generando paradigmas alternativos al modelo universal masculino. Analizan críticamente los supuestos básicos de cada cuerpo disciplinario, y construyen nuevas categorías analíticas y marcos teóricos particulares* (Rodríguez, Rosana 2004:15-16).

Con los Estudios de la Mujer, se pretendía producir un conocimiento que ampliara las conquistas del colectivo femenino dentro de los espacios públicos. Haciendo visible lo que hasta entonces había estado invisibilizado para la sociedad. De esta manera buscaron desnaturalizar la subordinación de las mujeres y su exclusión en los ámbitos privados y domésticos, reflexionar acerca de la división sexual del trabajo, cuestionarlo y visibilizar la ideología patriarcal subyacente en las bases de la sociedad.

Con el tiempo varias de estas asociaciones de mujeres fueron tomando otros rumbos, y perdiendo la capacidad de integrar variables de importancia para el análisis de las sociedades. *Frente al ghetto del “mujerismo” se empezó a perfilar una corriente más abarcadora e incluyente que busca nuevas formas de construcciones de sentido que permitirán avanzar integrando a los resultados obtenidos en la producción de conocimientos y las experiencias acumuladas en los Estudios de la Mujer”* (Rodríguez, Rosana 2004: 16).

Es así que a fines de los 70, principio de los 80, comenzaron a surgir los Estudios de Género que intentaron rescatar la amplitud inicial con que comenzaron los Estudios de la Mujer. Los Estudios de Género cuestionaron todos los postulados biologicistas, esencialistas y universalistas que históricamente legitimaron, y aún hoy legitiman, las desigualdades entre varones y mujeres. Pero a la vez de enfrentarse a estos postulados, propusieron modelos alternativos que desenmarañan y explican los motivos por los cuales las mujeres han sido excluidas, silenciadas e invisibilizadas en los principales cuerpos teóricos.

Respecto a la categoría género, muchas veces es utilizada para hablar de las problemáticas o cuestiones referidas a las mujeres, este recorte pierde de vista la complejidad de las desigualdades de poder a las que hace referencia el Género, ya que en su sentido más amplio, Género implica una relación de poder social que incluye tanto a las mujeres y lo femenino, como a los varones y lo masculino.

Realizar un reduccionismo de esta categoría, sería volver a dejar de lado, silenciar e invisibilizar las relaciones de poder entre varones y mujeres que tienen como consecuencia la subordinación, exclusión y dominación de las mujeres en nuestras sociedades. Por otro lado significaría tirar por la borda las innumerables luchas que se han ido gestando, y tuvieron lugar en la historia, para lograr desnaturalizar estas relaciones arraigadas en el seno de la cultura patriarcal y que en mayor o menor medida pretendieron, y pretenden, una sociedad equitativa para todas las personas.

Es importante entonces dentro de este marco, hacer referencia a la Perspectiva de Género, relaciones de poder y dominación de un género sobre otro en detrimento de las mujeres.

1.3 Un punto de vista: La perspectiva de género

¿Señor o señora? ¿O los dos a la vez? ¿O a veces él es ella, y a veces ella es él? En las profundidades de la mar, nunca se sabe. Los meros, y otros peces, son virtuosos en el arte de cambiar de sexo sin cirugía. Las hembras se vuelven machos y los machos se convierten en hembras con asombrosa facilidad; y nadie es objeto de burla ni acusado de traición a la naturaleza o la ley de Dios. (Eduardo Galeano; 2004).

Históricamente se han legitimado las relaciones de poder a partir de diferencias biológicas (macho/hembra) dando como resultado desigualdades de género entre las mujeres y los varones.

Hablar de género es referirnos a las construcciones sociales y culturales que históricamente han ido tomando forma sobre lo que “es ó debería ser” una mujer y lo que “es ó debería ser” un varón, para considerarse dentro de la “normalidad” social en la que esté inmerso/a. De esta manera nos encontramos con los estereotipos, profundamente anclados en las bases de nuestra sociedad, en donde el macho “debe ser”, según el género adjudicado, un varón fuerte, inteligente, dominador, insensible, sostén de familia, etc.; las mujeres (sexo biológico) en cambio, “deben ser” sensibles, débiles, sumisas, amas de casa, madres, contenedoras de las emociones familiares, etc., para poder asumir sin dificultades el género que la sociedad les adjudica por haber nacido biológicamente de un sexo u otro.

En definitiva, según los mandatos sociales, se equipara el sexo con el género, sin hacer distinción, y sobre esta base de diferencias biológicas se han construido todo tipo de desigualdades entre los géneros.

En otras palabras esta:

...raigambre biológica adquiere un carácter vinculante en el proceso de normalización. Pues a partir de ellas, entre otras prácticas sociales e institucionales, reapoyan y reproducen las discriminaciones/ limitaciones /negaciones; se dota de significado a la diferencia. Significados que importan una diferencia que equivale a desigualdad... (Aleyda Yanes Bethencourt; 2012:4).

Joan W. Scott historiadora feminista, incorpora ciertos elementos al debate sobre género. En su texto “El Género: una categoría útil para el análisis histórico” expresa que: El género es una construcción social de la diferencia sexual; Es una forma primaria de las relaciones de poder; En tanto construcción de significados, está acotado por el contexto, la situación social y cultural de los sujetos de estudio y el tiempo histórico (Scott, Joan; 1993).

“Una forma de referirse a los orígenes exclusivamente sociales de las identidades subjetivas de hombres y mujeres. Género es, según esta definición, una categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado” (Scott, Joan; 1993:22).

Por ello es necesario aclarar y describir estos dos conceptos que habitualmente se consideran sinónimos y están lejos de serlo:

a. Sexo es una característica biológica que diferencia mujeres y varones. Se refiere a las características biofísicas. La diferenciación está dada a nivel de los aparatos reproductivos de los cuerpos sexuados.

b. Género es una definición construida socialmente. Se refiere a las relaciones sociales y a los roles que mujeres y varones tienen en la sociedad. Relaciones desiguales de poder, que generan en consecuencia relaciones desiguales en todos los ámbitos. Se construyen a partir de mandatos culturales, políticos, psicológicos, jurídicos y económicos asignados a cada persona según el sexo. Estos mandatos establecen lo que es propio de los varones y de las mujeres, se aprenden e incorporan a través de los procesos de socialización.

1.4 La legitimación de las relaciones de poder desiguales entre los géneros a partir de la medicina:

Las diferencias entre los géneros, han sido legitimadas por las ciencias médicas, las mismas se han encargado de naturalizarlas a partir de las diferencias biológicas y han construido modelos, universales y objetivos, de los significados varón/mujer, en contextos sociales determinados, difuminando lo que corresponde al género y al sexo.

La medicina ha tomado históricamente un sólo modelo de cuerpo como referencia, el correspondiente al sexo masculino, sin tener en cuenta los condicionantes sociales. Esta mirada androcéntrica tiene como consecuencia la exclusión del cuerpo de las mujeres como sujeto de atención médica con sus particularidades. En todo caso, y siguiendo a Aleyda Yanes, el cuerpo de las mujeres era considerado una versión “no madurada”, “incompleta” del cuerpo canon.

...El conocimiento científico que se genera sobre la diferencia sexual, se encuentra profundamente sesgado por las relaciones asimétricas de poder entre varones y mujeres. Justificando a partir del útero la raíz de la desigualdad. Este “segundo cuerpo” seguirá siendo considerado inferior al masculino, haciendo uso del determinismo biológico para fundar científicamente la desigualdad... (Aleyda Yanes Bethencourt; 2012:7).

A partir de aquí, y estando científicamente legitimado, es que las mujeres ocuparían un lugar social que les impedirá (u obstaculizará) el acceso a la educación, a la participación en los espacios públicos, a la toma de decisiones, y sólo les estará permitido el lugar de lo privado, lo doméstico, en donde deberán cumplir un rol asignado de madres, esposas y amas de casa.

Al respecto Gregorio Marañón, médico español muy prestigioso, decía en una de sus publicaciones en el año 1929, refiriéndose al matrimonio, que ambos sexos serían iguales moral y jurídicamente, pero se expresarían en ámbitos diferentes; *el marido es el representante de la familia «fuera» de casa y la mujer «dentro».*

Por otro lado Césare Lombroso, considerado uno de los grandes criminólogos del siglo XIX y XX consideraba a la mujer como biológicamente inferior al varón es por ello que en uno de sus libros *“la Donna Delinvente”*(1927) además de realizar un análisis estereotipado de las características de las mujeres que delinquían, enunciaba que las mujeres eran menos violentas que los varones porque biológicamente eran menos fuertes que ellos. Así como su hija Gina Lombroso de Ferrero, siguiendo la postura de su padre consideró al feminismo como el peor enemigo de las mujeres (Antonio, Diéguez Gómez, 1998:88). El libro de Gina Lombroso (*Alma de Mujer*, 1920) se

caracteriza por una feroz crítica del feminismo que define como la tendencia del mundo moderno dirigido a masculinizar las mujeres; tendencia que va a privar (según ella) a la sociedad de una valiosa ayuda, que la felicidad es una ilusión a conseguir a través de su inclusión en el ámbito doméstico *“La mujer es alterocentrista altruista, hace que el centro de su placer, su ambición, no sea sobre sí misma, sino otra persona que ella ama y que desea ser amado, su esposo, sus hijos, su padre, amigo”*(Lombroso, Gina; 1920:5).

A pesar de que las mujeres hayan avanzado mucho respecto a su presencia en el espacio público, ámbitos laborales, educativos, participación política, etc, se espera que continúen siendo a la vez las principales cuidadoras de la familia y del hogar basándose en sus capacidades (según estereotipos de género) empáticas, receptivas y comprensivas. Esto implica que las mujeres que logran insertarse en ámbitos laborales, tengan en consecuencia, dobles o triples jornadas de trabajo, ya que deben también hacerse cargo, en su mayoría, de las tareas domésticas y de los cuidados de familiares enfermos/as, ancianos/as, niños/as.

De esta manera, los procesos de salud-enfermedad se han ido construyendo a partir del modelo “universal y objetivo” el cuerpo masculino, blanco, heterosexual, de clase media-alta y occidental. En este sentido el varón es considerado como medida de todas las personas generando así la invisibilización de las especificidades de cada grupo social y de todos los cuerpos. En consecuencia las formas de enfermar y de sanar son consideradas las mismas entre varones y mujeres pero sin considerar el cuerpo de las mujeres en sus teorías.

Con frecuencia la única diferencia entre varones y mujeres se encuentra en su función reproductiva, y esto tiene sentido, ya que al equiparar sexo/género tomando únicamente la diferencia biológica para generar desigualdades, es esperable que la diferencia en los aparatos reproductivos de uno y otra sean el eje diferencial entre varones y mujeres para la atención de su salud.

...Pensar en la diferencia a partir de la función reproductiva genera la creación de unidades médicas segregadas de “atención a la mujer” que se dedican exclusivamente casi a la atención ginecológica; se obvian los patrones comunes a ambos sexos, y la necesidad de incluir de forma integral la perspectiva de género en la asistencia médica. Lo cual contribuye a la invisibilización de otras problemáticas que afectan diferencialmente a las mujeres... (Aleyda Yanes Bethencourt; 2012: 13-14).

Carme Valls (2008) introduce al respecto el concepto de *Morbilidad Diferencial*, lo cual se refiere al conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que requieren una atención específica hacia las mujeres, sea porque sólo en ellas pueden presentarse o porque son más frecuentes en el sexo femenino que en el sexo masculino.

Las causas pueden ser por diferencias biológicas, por ejemplo las derivadas de embarazos o partos, trastornos de la menstruación, tumores ginecológicos, etc. O las que presentan mayor frecuencia en el sexo femenino, sin ser exclusivas, y pueden ser causales de muerte, derivar en discapacidad, o enfermedad en las mujeres, ejemplo de esto pueden ser las anemias, enfermedades autoinmunes, enfermedades endocrinas, ansiedad y depresión.

También existen otros factores de riesgos que se distinguen por género, que deberían ser abordados de forma diferencial entre mujeres y varones para poder detectarlos y también prevenirlos.

Sin embargo guiados por los estereotipos de género, el personal médico de los servicios de salud, realiza una atención diferenciada respecto de varones y mujeres frente a los mismos síntomas. Hay una fuerte inclinación por diagnosticar a las mujeres patologías derivadas de lo psicológico u emocional, y a los varones patologías del orden físico/biológico. Debido que existe la creencia de que las mujeres son más propensas al “desequilibrio mental”.

De esta forma, el concepto de género tendría un fuerte impacto en lo referido a la salud. Por un lado debido a las relaciones de poder que se concretizan sometiendo un género sobre otro, esto es el masculino sobre el femenino, teniendo como resultados posibles situaciones de discriminación y violencia. Dejando en condiciones de mayor vulnerabilidad y precariedad a las mujeres. Por otro lado impacta en los perfiles psicológicos que se construyen sobre los géneros, dejando también del lado más vulnerable las patologías psíquicas femeninas considerando a estas como las más propensas a sufrir padecimientos mentales.

1.5 La importancia de incorporar la Perspectiva de Género en la Atención de la Salud.

Incluir una mirada con Perspectiva de Género para la atención en salud, significa, por un lado, desnaturalizar las construcciones sociales y culturales que existen sobre las mujeres y los varones, para dilucidar componentes y factores de riesgos

influyentes en los procesos de salud/enfermedad que atraviesan mujeres y varones de manera distinta en nuestra sociedad. Por otro lado tener en cuenta que las diferencias biológicas no significan la existencia de desigualdades físicas/psíquicas entre los géneros, por lo tanto muy probablemente existan “algunas” problemáticas respecto a la salud que influyan de manera similar.

Débora Tajer en su libro “Género y Salud” expresa que la perspectiva de género, no sólo debe ser aplicada cuando se habla de mujeres, sino que también debe utilizarse para prevenir y resolver problemáticas de salud de los varones en tanto colectivo. Sugiere también que para avanzar en una agenda de la salud como derecho con perspectiva de género es importante incorporar a los varones como colectivo. Esto es tanto para pensar sus propios problemas en cuanto al género en el proceso de salud-enfermedad-atención, como para valorar el modo en que sus conductas pueden ocasionar daños en la salud de las mujeres.

Ejemplo de estos modos de actuar de varones respecto de las mujeres, es la violencia de género hacia estas últimas, como consecuencia de los estereotipos de géneros construidos socialmente. En donde históricamente se ha legitimado el poder de los varones sobre las mujeres, y en donde se naturalizó la sumisión de las mujeres y la dominación de los varones en las relaciones.

Estas situaciones de violencias generan graves riesgos sobre la salud de las mujeres, llegando a su punto máximo de peligrosidad en situaciones, que cada día son más numerosas, de femicidios.

De este modo, una mirada con perspectiva de género puede habilitar atenciones más equitativas en los procesos de salud/enfermedad para prevenir situaciones de riesgo y vulnerabilidad por las que hoy atraviesan, en mayor o menor medida, todas las mujeres en nuestra sociedad.

Las teorías de género guiarán esta investigación para poder dilucidar en el sistema de salud mental, los discursos y prácticas de los y las profesionales de Trabajo Social, relaciones de saber-poder sobre los cuerpos de las mujeres como así también las representaciones históricas que se tienen sobre las mismas, y que prevalecen en sus enunciados justificando y legitimando sus acciones.

La teoría de género cuestiona el orden de legitimidad que tienen estos discursos que enmascaran y a la vez profundizan las relaciones desiguales de poder entre varones y mujeres, y permite el desarrollo de discursos alternativos, como lo es el discurso de las mujeres en la búsqueda de su autonomía, identidad y autodeterminación.

1.6 Aproximaciones al concepto de Salud.

1.6.1 Evolución histórica:

El concepto de Salud ha ido evolucionando en función del momento histórico, cultural y social, así como también dependiendo de los niveles de conocimientos de cada época.

Durante un largo período de tiempo las explicaciones sobre salud y enfermedad, encontraban sus fundamentos en los pensamientos y discursos mágicos-religiosos, los mismos se centraban en la creencia de que la enfermedad era un castigo divino por lo cual debían ser aceptados con resignación, por ser el destino que les había tocado.

Luego fueron las civilizaciones egipcia y mesopotámica las que comenzaron a realizar el primer cambio en las explicaciones referentes a la salud y la enfermedad. Pasaron del sentido mágico religioso a incluir los conceptos de higiene personal y pública.

En este sentido, el pueblo hebreo, incluyó en la Ley de Moisés las prácticas de higiene, lo que fue considerado como el primer código de higiene escrito, en el cual se incluyen el aseo personal, las letrinas, la higiene de la maternidad, de los alimentos, la protección del agua, como así también contiene prescripciones sobre comportamiento sexual y profilaxis de las enfermedades transmisibles, algunas de ellas todavía vigentes.

La palabra higiene así como el actual juramento hipocrático tienen su origen en la cultura griega, las mismas inspiradas en personajes mitológicos Higea quien sería la "Diosa de la salud" e Hipócrates considerado el "Padre de la medicina".

Por su parte el pueblo romano aplicó conocimientos de carácter urbanístico a la salud pública, con miras a la prevención de enfermedades y con una perspectiva de higiene, construyendo grandes acueductos para la dotación de agua como también para el alejamiento de las sustancias de desecho.

Este sentido higienista de la salud se ha mantenido plenamente vigente hasta hace algunas décadas y en la actualidad se pueden encontrar también vestigios de esta mirada.

Durante gran parte del siglo XX la definición más utilizada, y más aceptada entendía la salud como ausencia de enfermedades. De esta forma, el estado de la salud pública se describía en términos de la presencia o ausencia de enfermedades, por

consiguiente el control de las enfermedades constituía el principal objetivo de todas las instituciones relacionadas con la salud.

Luego, en 1946, coincidiendo con el final de la segunda Guerra Mundial, surge uno de los cambios conceptuales más importantes en el marco de la Organización Mundial de la salud, su Carta Magna la definió como «*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*»(OMS, 1948).

De este modo, ya la Salud no es entendida como la ausencia de enfermedad, sino como un Estado de completo bienestar, en donde no sólo influyen los aspectos biológicos, físicos de las personas sino también los aspectos psicológicos, sociales y culturales. De esta manera la salud pasaría a considerarse no ya como algo inherente al “individuo” sino un aspecto que involucra a la sociedad y a los Estados. Adquiriendo de esta manera un fuerte carácter político, de la misma forma que en el mismo documento se declara a la Salud como *Derecho inalienable de todos/as los/as individuos/as*.

Retomando el concepto de Salud y sus definiciones a lo largo de la historia, podríamos dar cuenta que está ligada en todos los contextos a la política de su tiempo.

Rosana Rodríguez en su trabajo *La medicalización del cuerpo femenino. Debates éticos y políticos* realiza una descripción sobre el modelo médico hegemónico, el cual supone una concepción de salud ligada a lo biológico, descuidando aspectos integrales, como los psicológicos, culturales y sociales.

La autora cita en su texto a Eduardo Menéndez, antropólogo argentino, quien definió el concepto “Modelo Médico Hegemónico”:

...como el conjunto de prácticas, saberes y teorías, generadas por lo que se conoce como disciplinas médicas, las que desde el siglo XVIII han ido logrando establecer como subalternos, al conjunto de las prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces, dominantes en los conjuntos sociales, para identificarles como la única forma legitimada por criterios científicos y por los Estados... (Menéndez. E; 1985:33 en Rodríguez, Rosana, 2014).

Existe toda una organización social, ideológica, económica y política que fortalece dicha hegemonía, mediante la exclusión de posibilidades de ver y actuar diferente, la aceptación y construcción de ideas que avalan y justifican el mismo modelo médico. Existen ciertos rasgos estructurales que definen al Modelo Médico Hegemónico y que Menéndez especifica así:

- Biologismo
- concepción teórica evolucionista-positivista

- a-historicidad
- a-socialidad
- individualismo
- eficacia pragmática
- la salud-enfermedad como mercancía
- orientación básicamente curativa
- concepción de la enfermedad como ruptura, desviación y diferencia
- práctica curativa basada en la eliminación del síntoma
- relación médico-paciente asimétrica
- relación de subordinación social y técnica del paciente, que puede llegar a la sumisión
- concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado

La autora destaca para el Modelo Médico Hegemónico que estos rasgos permiten acercarse más a los sectores dominantes, de esta manera se incorporan a los saberes y prácticas hegemónicas del poder en sus procesos de producción y reproducción. Es así que la medicina más que apropiarse, expropia la salud en términos de beneficios sólo para los sectores de poder y en detrimento del bienestar de los sectores subordinados legitimando el control que se tiene sobre estos.

Desde este modelo médico hegemónico la salud es considerada no cómo un derecho si no como una mercancía, las personas son consideradas objetos de estudio y de atención, es el médico quien tiene la palabra y el conocimiento, subordinando así, en nombre del saber, la autonomía y autodeterminación de las personas. Promoviendo de esta forma sólo la ausencia de enfermedad en los cuerpos sin promover, ni tampoco tener en cuenta, los necesarios procesos de salud para toda la sociedad en general y las personas en particular (Rodríguez, Rosana, 2004).

Las definiciones de salud de carácter hegemónico, estáticas, no sirven a nuestra investigación. La salud es dinámica y cambiante, es un proceso en constante construcción y desarrollo, depende de cada persona y su contexto social, político, económico y cultural.

Por ello consideramos en nuestro trabajo una salud que no invisibilice aspectos importantes de cada época, contexto y personas con las cuales interactuamos y que experimentan diversos procesos de salud/enfermedad a lo largo de sus vidas. Los mismos son múltiples y pueden variar de un momento a otro según los factores

particulares que intervengan en cada caso o situación en las que las personas se encuentren inmersas.

Así como las concepciones de salud son importantes para nuestro trabajo, también lo son las diferentes concepciones sobre salud mental por ello se hará a continuación referencia a esta categoría.

1.7 Consideraciones sobre Salud Mental:

1.7.1 *Concepto de Salud Mental*

La Salud Mental es conceptualizada por la Organización Mundial de la Salud cómo: *Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.* Esta definición de salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental. Esta promoción del bienestar incluye las políticas de salud de prevención de trastornos mentales como el tratamiento y la rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

Al respecto en nuestro país, en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657¹ se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. El Estado a partir de esta legislación reconoce a las personas con padecimiento mental, el derecho a que dicho padecimiento no sea considerado un estado inmodificable.

Esther Custo en su libro titulado “Salud Mental y ciudadanía” expresa que la categoría salud mental tiene tantas definiciones como enfoques epistemológicos y teóricos existentes, que dentro de este abanico de definiciones existen concepciones muy variadas y contradictorias entre sí, algunas explicando la salud mental desde lo sano y otras desde lo enfermo y están en correspondencia con concepciones del hombre y de la sociedad.

¹ Publicada en el Boletín Oficial del 03 de Diciembre del año 2010. Reglamentada el 29 de Mayo del año 2013 Decreto 603/2013.

En este punto entonces es necesario explicar que todas las conceptualizaciones están sostenidas por una posición ideológica y epistemológica, y que a la vez devienen de una concepción de los sujetos. Es por esta razón que al definir criterios de salud y enfermedad, “normal y anormal” dependerá de las diversas culturas, del escenario social, económico y político como así también de los modos de producción y circulación del conocimiento que dicha sociedad sostiene.

La autora Esther Custo, cita a Pichón-Riviere, quien al referirse a la salud mental sostiene que

...el sujeto es sano en la medida en que aprehende la realidad desde una perspectiva integradora y tiene la capacidad para transformar esa realidad, transformándose a la vez él mismo...La salud mental consiste en el aprendizaje de la realidad, en la relación sintetizadora y totalizante, en la resolución de las contradicciones que surgen en la relación sujeto-mundo... (Pichón-Riviere, 1978 citado en Esther Custo 2008: 20).

Es por eso que hay que tener en cuenta cuando hablamos de salud mental, la referencia a los/as propios/as sujetos/as, sus necesidades, su contexto social, cultural, político y económico. Porque es allí, en ese escenario, donde se van configurando las relaciones y emergiendo el malestar. Son estas relaciones sociales que van construyendo la salud mental tanto individual como colectiva dentro de una comunidad. Es desde allí que se deberá partir para buscar alternativas de transformación que mejoren la calidad de vida de las personas.

...La Salud Mental se asocia a la vivencia de satisfacción tanto material como simbólica, y se evidencia en la construcción de vínculos sanos, creativos y solidarios; en la participación real de las decisiones que afectan la vida cotidiana de los sujetos; en la posibilidad de pertenencia, integración y construcción de sus proyectos... (Esther Custo 2008:22).

Es interesante considerar la perspectiva que enfoca a la salud mental como campo. En donde se desarrollan ciertas prácticas y modos de intervenir, donde están en juego los saberes de los agentes intervinientes y los poderes que se disputan entre sí, ya que, estas relaciones de poder se expresan al interior y también al exterior del campo, poder de las teorías, poder del saber, poder hegemónico de determinadas disciplinas, de esta manera los problemas que comprende el campo de la salud mental pertenecen a esa producción y circulación de valores que se dan en las relaciones humanas que están en juego.

Es así que en cada momento histórico, económico, político y cultural las sociedades tienen diferentes formas tanto de enfrentar como de resolver sus propias

dificultades. Esta manera de actuar frente a determinadas situaciones y de comprender los problemas de salud y salud mental están íntimamente relacionados con los estilos, valores y organizaciones que la sociedad posee para interpretar y solucionar las situaciones que emergen en la vida cotidiana.

1.7.2 Malestar psíquico

Es importante destacar que hablar de Salud Mental no significa hablar de enfermedad, en este marco se propone romper con la dicotomía entre salud como ausencia de enfermedad o viceversa. Muchas veces al hablar de salud mental, se cree que estamos hablando de las enfermedades de esta índole, ya que está arraigada en el imaginario social una concepción reduccionista de Salud/Enfermedad que resulta más evidente en el ámbito de la Salud Mental.

Es importante considerar las diferentes definiciones sobre “enfermedad mental” que históricamente se han ido configurando.

Una primera mirada consideraba *la enfermedad mental como posesión diabólica o inspiración divina*; la segunda interpretaba *la enfermedad como desviación social*; la tercera *como enfermedad física* y, finalmente, *la concepción basada en diferentes modelos psicológicos y sociogenéticos...* (J.L.Álvaro 1992 en Amico 2005:19).

Estas variadas definiciones que han ido tomando forma a lo largo de la historia han tenido como consecuencias diversos modos de enfrentar las situaciones, haciendo que las personas con padecimientos mentales fuesen estigmatizadas y excluidas de las sociedades quedando completamente despojadas de sus derechos.

En este sentido cuando decimos que una persona goza de salud mental, no estamos refiriéndonos a que no padece ningún trastorno, y cuando decimos que una persona padece de algún trastorno o malestar psíquico no implica que por esa razón no esté en condiciones saludables.

A los fines de nuestra investigación hablaremos de malestar psíquico, en lugar de hablar de trastornos o enfermedad mental. Esta es una forma de romper con la dicotomía salud/enfermedad. Es sumamente importante ya que en este ámbito al establecer que una persona es enferma se realiza una construcción con bases biológicas, derivadas en diagnósticos que posicionan al/la profesional por sobre las personas, provocando un estancamiento de su autonomía y una pérdida de su identidad. Cuando las personas son diagnosticadas se las relega a la pasividad, dejando de lado tanto su

subjetividad como las condiciones sociales y condiciones de vida. Al romper con esta dicotomía también se está provocando una ruptura con otros conjuntos de conceptos que históricamente fueron asociados: externo/interno; objetivo/subjetivo; normal/patológico; pudiendo incorporar la dimensión social como una variable sumamente importante para el análisis crítico y reflexivo de los procesos en Salud Mental.

Mabel Burin concibe a la Salud Mental como algo que no está dado de antemano, no está establecida y sólo debemos preservarla. La autora sugiere que lo que se trata es de comprender que Malestar y Bienestar son procesos, y que como tal se construyen. *Nuestra noción es que vamos construyendo nuestra salud mental de acuerdo con ciertos procesos históricos, sociales, económicos, o sea, a través de múltiples entrecruzamientos que la van configurando (...) que van configurando el ir siendo* (Burin, 1990 en Aleyda Yanes 2012).

Es importante la noción de proceso, como algo dinámico que no está dado de antemano, ya que muchas veces el diagnóstico, basado en la noción de salud mental como enfermedad, hace que la vida de las personas que sufren gire en torno de ese diagnóstico. Estigmatizándolas, poniendo sobre ellas un rótulo, como si fuesen su nombre y apellido. Como si el malestar fuese la persona en sí misma y formara parte de su identidad.

Cuando esto sucede se generan, alrededor de las personas, dinámicas sociales que devienen de ese rol de “enferma” dando lugar a la tutorización de las mismas por ser portadoras de diagnósticos que las incapacitan como personas sujetas de Derechos victimizándolas. Esta tutorización legitima el control que se realiza sobre las mujeres en situación de malestar psíquico.

La consideración de la salud mental como proceso dinámico permite incluir en el análisis el peso que tienen las estructuras sociales en los procesos de subjetivización y des subjetivización

1.8 La psiquiatría, su hegemonía y evolución frente a los problemas de salud mental:

Históricamente en nuestras sociedades, estar incluidos/as dentro de la categoría “enfermo/a mental” supone un proceso de desautorización que tiene como corolario el encierro o discapacitación civil (Aleyda Yanes, 2012).

A lo largo de esta historia, los malestares psíquicos han pasado de ser terreno de la magia, la religión y posteriormente de la medicina, para que con el nacimiento de la psiquiatría se constituyan exclusivamente en incumbencia de esta disciplina.

Con la modernidad, la razón, presenta un carácter emancipador, el “hombre” logra despojarse del dogmatismo religioso, y se abren nuevas posibilidades de concebir el mundo, por lo tanto de poder explicar los fenómenos a través del conocimiento científico.

Hasta ese momento, el encierro de la “locura” era un castigo ya que se les atribuía a las personas que la padecían un origen diabólico, y ello representaba o suponía cierta peligrosidad para toda la sociedad por lo cual, para preservarla, debían ser separados de esta.

Desde el cristianismo se propusieron ahuyentar a ese “demonio” que habitaba en los cuerpos, en especial de las mujeres, haciendo que ese espíritu impuro se alejara del cuerpo poseído. La teoría de la posesión tuvo diferentes concepciones algunos consideraban que lo que *estaba poseído era el cuerpo, y entonces utilizaban el fuego para liberar el espíritu, quemando al insano para su liberación*; por otro lado, en contraposición, *se pensaba que la posesión era en el alma y de esa manera realizaban un exorcismo para alivianar el sufrimiento* (Falcone, Rosa: 2008).

La inquisición entonces, controlaba desde lo punitivo la práctica del satanismo, las contraculturas religiosas, y también la enfermedad mental. Tenían la convicción de que quien delinquía mostraba externamente su “tormento mental”. Es por ello que las primeras cárceles estuvieron pobladas de *epilépticos, locos, tuberculosos, sífilíticos y leprosos* (Falcone, Rosa; 2008).

Los hospicios, casas de internación, obras religiosas y públicas, de socorro y de castigo, de caridad y de previsión gubernamental, cumplieron funciones esenciales de control social, para por un lado mantener el orden y por otro aplicar sanciones a todas aquellas personas que no respondieran a la Ley.

A los delincuentes que eran incorregibles, cuando no podían matarlos ni mandarlos a las colonias se los encerraban para toda la vida por recomendación de los juristas; y los/as locos/as que no habían hecho nada, pero, para la sociedad también eran peligrosos/as por no someterse al orden de la ciudad, también se los/as encerraba. Su

peligrosidad estaba confirmada por la forma en que se comportaban dentro de los manicomios, y permanecerían ahí hasta que se los *mejorara*².

Hasta principios del Siglo XVIII la humanidad pudo prescindir de una disciplina especial que estuviera dedicada a la atención de la enfermedad mental, y también de una legislación que modificara sus derechos y obligaciones.

Desde el pensamiento filosófico, la locura constituía un problema práctico que requería de una acción correctora. Pero se trataba de un problema y una solución de carácter política, no del conocimiento, ni la reflexión que pretendía comprender al/a la “Loco/Loca”.

El/la loco/a era ante todo un ser no social, porque no seguía las normas del grupo, por lo tanto introducía desorden y desviación de la moral de ese grupo. Desorden y desviación que impulsarán su expulsión de la sociedad, por fuera de los límites de las ciudades.

...Cómo la tarea de limpiar lo humano y la razón del mal moral de la locura es una tarea imposible, se hace necesario diferenciar los actos normales, razonables, de los que no lo son, e instalar el control de los actos anormales, propios de los individuos irracionales... (Galende, Emiliano; 2006:29).

Las razones políticas y esta necesidad de control y preservación del orden son las que darán lugar en el Siglo XVIII el surgimiento de la psiquiatría.

La figura de autoridad encargada de este cuidado del orden, fue en primer lugar el sacerdote, y luego el monarca. Después el control y el establecimiento de la diferencia moral entre locura y razón se trasladarán al legislador y al juez, para que finalmente se deposite el poder en la figura del médico, que desde lo absoluto de la autoridad que posee decidirá sobre el destino del/ de la “loco/loca”. Sentenciará su exclusión y su encierro, como así también lo obligará a someterse al sistema de castigos correccionales dirigidos a “enderezar” su conducta.

A partir de aquí se crea una sensibilidad social, y política, una representación sobre la marginalidad y la peligrosidad. *El miserable, el pobre, el desocupado, el vago, el alcohólico, la prostituta, se unen al loco en una misma identidad social.* Situación que aún se mantiene vigente en los manicomios actuales (Galende, Emiliano y Kraut Alfredo Jorge; 2006:31).

² Zaffaroni, Raúl Prólogo del libro “El Sufrimiento Mental. El poder, la ley y los derechos”: Galende Emiliano y Kraut Alfredo Jorge. 2006.

Junto con el encierro se produce el despojo de todo derecho, no sólo “del loco o la loca” si no también de los/as indigentes y los/as desamparados/as. Porque no quedarán simplemente fuera de la sociedad por causa del encierro al que se los y las somete, sino que tampoco las leyes los/as comprenderán en cuanto al manejo de su libertad, de sus bienes, al derecho de defensa, a recibir y administrar herencias, etc ... *No será más un ciudadano (ciudadana), estará sometido de manera absoluta al director del asilo...* (Galende, E. 2006:33).

Estas formas de control, legitimadas políticamente, comenzaron con el ejercicio del poder monárquico, pero los estados modernos que se crearon luego de la Revolución Francesa, no modificaron esta situación, tan sólo trasladaron las funciones hacia la figura del médico.

...A la sociedad y a la política se les dice: tratándose de enfermos, nosotros, los médicos, los trataremos con el humanismo científico natural de la medicina; A los legisladores, jueces y humanistas interesados en la preservación de los derechos del hombre, se les dice que la ciencia médica respalda que la locura es uno más de sus objetos de conocimiento... (Galende, E. 2006: 34).

Galende ³, cita a Foucault, que al respecto sostenía que este traspaso al médico del poder, bajo la certificación de su diagnóstico, privar de la libertad al loco o la loca, fijaba las condiciones de posibilidad para instaurar un conocimiento objetivo de la locura, esto es, pensar al loco o la loca como un objeto más de la naturaleza. La locura adquiere, entonces, la condición de enfermedad, no se explicaría más desde el terreno de la magia, o de la religión, sino que, los argumentos respecto de su origen estarían en el centro mismo de la disciplina médica, sus explicaciones se derivarían del conocimiento científico socialmente aceptado. Encontrarían una figura que a través de su poder y conocimiento racional sería el responsable del control de la locura: el médico psiquiatra, quien se encargará de controlarla y mantenerla dentro de los límites del manicomio.

Dentro de este nuevo escenario de encierro, de privación de la libertad se ponen en marcha mecanismos disciplinarios, al decir de Foucault mecanismos que tendrán como objetivo “enderezar las conductas”. La disciplina, entonces, comenzará a fabricar individuos, será la técnica específica del poder que considerará a las personas *como objetos y como instrumentos de su ejercicio*. El poder disciplinario para ser exitoso en su implementación utilizará la herramienta de *la sanción normalizadora* actuando como mecanismo de castigo. *El castigo disciplinario* tiende, dentro de este sistema disciplinar,

³ Galende, Emiliano y Kraut Alfredo Jorge, Op. Cit. Cita a M. Foucault *Historia de la locura en la época clásica*. 1967.

a reducir las desviaciones, por lo tanto su carácter es esencialmente *correctivo*. Por un lado esta penalidad atravesará y controlará la totalidad de las instituciones disciplinarias, ella *compara, diferencia, jerarquiza, homogeneiza, excluye, en una palabra, "normaliza"*. Por otro lado el aislamiento garantizará que se ejerza, sobre estos *cueros dóciles*, un poder que ninguna otra influencia podrá contrarrestar, ya que la soledad será la primera condición para una efectiva sumisión (Foucault, Michel, 1975:175-181).

Luego en 1789 con la declaración de los Derechos del Hombre, la Revolución burguesa se enfrentó a un conflicto ético y político, que hizo necesario un reordenamiento jurídico y político al problema del encierro de la locura.

La situación de encierro genera incomodidad política frente a este reconocimiento de derechos.

El problema de diferenciar a la locura de otros comportamientos antisociales, así como establecer los derechos de estas personas y decidir sobre un destino y tratamiento, era una función política y judicial, contando con el asesoramiento del saber médico, convertido en especialista del trastorno mental (más tarde llegaría la psiquiatría).

La historia nos muestra al manicomio, como un lugar específico de internación, tratamiento y control para la locura, no fue una creación de la medicina. Sino que fue una decisión política para atender un problema social. Cuestión, esta, que actualmente se evidencia en los intentos de avanzar en una alternativa de atención que elimine definitivamente la internación de las personas con malestar psíquico.

El médico sólo se hizo cargo de sostener esta situación, legitimándola como parte de su campo específico de conocimiento. Sólo le cambió la apariencia, de considerar al encierro como castigo se pasó a una intervención legítima derivada de diagnósticos sostenidos con criterios médicos.

Lo que cambió fue sólo el discurso político sobre el encierro, fundamento científico que hoy predomina de modo soslayado y bajo el paraguas de los derechos.

En 1838 se instituye la primera normativa jurídica amplia sobre la asistencia psiquiátrica, la misma fue sancionada con el nombre de "Ley sobre los Alienados", que llevó el nombre de Ley Esquirol, su promotor. Muchos lo consideran como el "padre" de la psiquiatría. Esquirol era médico alienista, en la universidad logró un estatuto académico para la psiquiatría, y promovió la construcción de hospitales psiquiátricos en toda Francia.

En conclusión se logró la legitimación de una disciplina en el campo social, a través de textos que crearon un lenguaje específico de esta especialidad, revistas de carácter médico, cátedras universitarias, reconocimientos en el campo disciplinar y en la práctica profesional, se crearon hospitales de alienados bajo el poder exclusivo y absoluto de los médicos, y se impuso un nuevo orden jurídico que otorgó respaldo legal a todo este dispositivo (Galende, Emiliano y Kraut Alfredo Jorge; 2006:43).

Con esta nueva Ley que le da un marco jurídico al problema de la “locura” y el encierro se establece una definición de la alienación, se sanciona la necesidad de separar al alienado de la sociedad, y se legitima su privación de la libertad.

Emiliano Galende desarrolla estos criterios anunciados en la Ley Esquirol, y considera que los mismos todavía hoy rigen en la práctica de muchos hospitales psiquiátricos.

- ✓ El enfermo es peligroso para sí mismo o para terceros. El psiquiatra debe establecer esta condición de peligrosidad por su propio juicio y sin necesidad de fundamentación alguna, ya que se deduce del diagnóstico.

- ✓ El enfermo debe ser hospitalizado, con o sin su consentimiento, y producida la internación rige la “protección jurídica”, esto es, la restricción de ciertos derechos como la administración de sus bienes, la libertad para egresar, la inhibición de votar, etc.

- ✓ En los casos en que el enfermo rechaza su internación, ésta debe hacerse con la certificación por un médico del estado de alienación; el director del establecimiento juzga y decide sobre la capacidad legal del/de la internado/a (régimen de visitas, desplazamientos dentro del establecimiento, imposición de tratamientos o medidas de seguridad, etc.).

- ✓ Cuando la policía o el juez han decidido la internación de oficio, en mérito de la seguridad pública, el director no puede negarse y asumirá las funciones de guardia y custodia del/de la enfermo/a.

Esta Ley traslada las funciones propias del Poder Judicial a la figura del psiquiatra: la privación de la libertad por el tiempo que considere necesario, sentencia de incapacidad, prohibición de deambular y de recibir visitas, vigilancia y control de las relaciones y castigos corporales.

La sanción de esta Ley, los internamientos, la segregación y separación de la locura en los hospitales psiquiátricos, y la función del psiquiatra como policía y juez,

constituye un dispositivo complejo para la organización de un imaginario social sobre el loco y la loca.

Como ya se había hecho referencia anteriormente, la internación no sólo incluía a los locos y locas, sino también a mendigos, pobres y marginados de la sociedad, todos/as en una misma institución que era a la vez de asistencia y encierro. Esta relación no se terminó con los supuestos fundamentos de la medicina o psiquiatría que caracterizaron los problemas de salud mental, sino que se propagaron en los manicomios modernos: marginalidad social, pobreza y “enfermedad mental” constituyen la población predilecta de los manicomios actuales. La justificación utilizada para sostener el encierro es que han perdido su capacidad de vivir en sociedad. La realidad es que la han perdido porque la institución se las ha quitado, por estar privados de su libertad y todos sus derechos, por no tener contacto con su familia ni la posibilidad de construir lazos sociales, se encuentran en situación de pobreza por la falta de recursos para vivir fuera de allí.

...La necesidad de un orden mínimo en ámbitos reducidos de convivencia conflictiva de riqueza y miseria los metió en depósitos, llamados prisión y manicomio. Detrás de los muros de uno encerró todo el mal, y detrás de los del otro toda la irracionalidad. Como caminamos por fuera de esos muros, estamos seguros de que somos buenos y racionales... (Galende y Kraut, 2006).

1.9 Atención de las Mujeres en Salud Mental

Si yo no estuviera loca... ¿Qué estaría? ¿Muerta? ¿Desaparecida? Y estar loca... ¿No es una manera como otra cualquiera de desaparecer o de morir? Pero no filosofemos... ¡no jodamos! Si yo no estuviera loca estaría cuerda. Haciendo la fila para pagar la luz, el gas, el teléfono. Haciendo otra fila para pagar los impuestos. Estaría mirando los clasificados. Los informativos. Estaría soñando con ser alta, flaca, rubia -como las modelos-. Estaría yendo de Shopping por ejemplo. No sé si lo resistiría. Creo que no sabría que hacer del otro lado. (Marisa Wagner; 2007)

A partir de la revolución industrial, los espacios disponibles para las mujeres fueron el hogar y lo afectivo. Relegadas al mantenimiento y organización de la familia y la circulación de los afectos dentro de ella. Cuando estas funciones, otorgadas socialmente a las mujeres no son llevadas a cabo, se produce un desequilibrio que

supondrá un fracaso personal. Esto es así porque conllevará a una desestabilización del espacio de poder que le pertenecía. *El desequilibrio entre las exigencias del rol de madre y/o esposa y su desempeño es percibido como enfermedad ubicando la problemática en la mujer, desvinculándolo de su raíz estructural.* Una respuesta por parte de las mujeres, que no esté acorde con los mandatos exigidos, es la consideración como enfermiza e interpretada a partir de una falla personal o de su incapacidad como mujer para poder cumplir su “rol”. Esta situación recae en la idea estereotipada de las mujeres como personas *débiles, vulnerables y necesitadas de ayuda.* (Aleyda Yanes, 2012:19)⁴.

Es necesario realizar un breve recorrido histórico por diferentes etapas en donde se han configurado diferentes conceptualización sobre las mujeres, construyendo relaciones de poder asimétricas de los varones hacia las mujeres.

En tempranas épocas, la religión, y sus dogmas, instituyeron un sujeto particular configurado a imagen y semejanza de un “Dios” masculino, el cual posee una autoridad omnipotente sobre quienes considera sus bienes: *su mujer, sus siervos, sus animales.* La mujer entonces quedaba en una posición de objeto, que no podía trascender al poder divino. De la misma manera, sólo podían configurarse como sujetos a partir de su función reproductora, madres, o ser glorificadas como vírgenes, preservando su asociación con el sexo y lo demoníaco-pecador (Burín, Mabel; 1992:316).

En la edad media, el lugar que ocuparía la mujer debía ser el de la casa y la devoción religiosa. Sólo podían salir de sus hogares para casarse o para internarse en conventos. Las mujeres de sectores populares sólo tenían las alternativas de la servidumbre, el vagabundeo y la prostitución. Es con quienes comienza la caza de las brujas. Las mujeres acusadas de practicar brujerías eran viejas y pobres, ellas revelaban un saber que no se consideraba oficial. Conocían sobre hierbas “medicinales”, ungüentos, jarabes, traumatología, ginecología y hasta psicología. Pero cuando la medicina comenzó a trascender como saber académico y científico, y ocupar un lugar en los sectores de mayor poder, y sobre todo ejercido por varones, estas mujeres, fueron perseguidas, acusadas de que su saber provenía de pactos con el demonio. En ese

⁴ Históricamente la asociación de la locura con lo femenino ha pasado por diferentes etapas: *Desde las quemas de brujas, pasando por la histeria uterina, hasta los altos índices actuales de consumo de psicofármacos por parte de las mujeres.* Aleyda Yanes, 2012:21.

momento se establece una clara distinción, separación entre la medicina de carácter académico ejercida por varones, y la hechicería, la magia ejercida por mujeres, brujas, condenadas por la religión y la ciencia como criaturas irracionales, “locas” (Burín, Mabel; 1992:317).

Con la revolución industrial, las transformaciones tanto de los modelos de producción como de las familias, lleva a una modificación en los criterios de salud mental de las mujeres, serán consideradas “locas” aquellas que tengan una vida sexual irregular, o las que no participen en los circuitos de producción y reproducción dentro de la sociedad. De esta forma, la maternidad pasa a ser la garantía para que las mujeres conserven, frente a la mirada social, su salud mental.

Aleyda Yanez cita un estudio realizado por Broverman en los años 70, en el cual se pone de manifiesto que existen dos concepciones paralelas de salud mental, una para varones y otra para mujeres. Este estudio se realizó a través de un cuestionario destinado a médicos/as. Los encuestados sostuvieron que la salud mental de las mujeres está basada en su adaptación al rol sexual y el desarrollo apropiado del mismo, para las mujeres la salud mental tiende a la patología, pero como esa patología está construida socialmente se naturaliza cierto malestar.

Estas referencias indican las diferencias socialmente construidas en base a los cuerpos sexuados. Más que diferencias, son desigualdades como consecuencia directa de las relaciones jerárquicas de poder entre varones y mujeres.

Así vemos que socialmente a los varones prácticamente se les niega la expresión de los sentimientos, de las emociones por ser considerados signos de debilidad, característica que sí se le adjudica a lo femenino, y por esa razón si es experimentada por los varones es considerada de dudosa masculinidad.

Esto hace evidente los patrones emocionales diferenciales por género. Esta diferenciación con respecto a la expresión de las emociones influirá en los distintos procesos de malestar psíquico por los que transcurren las personas según el rol y estereotipo de género asignado/asumido.

Por ejemplo en los varones puede haber una predisposición más alta al consumo de sustancias. Según Mabel Burín algunos estudios han asimilado los trastornos depresivos de las mujeres con el consumo de alcohol en los varones, pero que referirían al mismo tipo de malestar o conflicto, sólo que la manera de manifestarlo, según las construcciones sociales, sería diferente.

Para entender estas diferencias (muchas veces traducidas en desigualdades) entre los modos de enfrentar un mismo conflicto, de diferentes maneras, es necesario hablar de subjetividad.

Ese espacio en donde confluye lo interno y lo externo. Un espacio de construcción en donde internalizamos, le damos forma propia y personal a todos aquellos discursos y prácticas que nos rodean y atraviesan socialmente. Los roles y estereotipos de género son un elemento importante en esta construcción de la subjetividad (Aleyda Yanes, 2012: 23). Los mismos plantean, según el género, comportamientos diferenciales entre varones y mujeres, pero a la vez suponen perfiles psicológicos también distintos entre ambos sexos. Es así que las mujeres se establecen como sensibles, lábiles emocionalmente, irracionales, influenciables, superficiales, subjetivas; en oposición a esto, los varones serían fríos, racionales, difícilmente desequilibrables, agresivos, contenidos emocionalmente y objetivos

En este sentido es que socialmente existe una mejor valoración a los atributos psicológicos masculinos, en la vida pública, respecto a la madurez adulta y la salud mental.

...Son múltiples los estudios que desde los 70 demuestran cómo los atributos psíquicos que vienen a tipificar a las mujeres “normales” (menos independientes, competitivas entre ellas, alegres, más excitables con menos estímulos, más preocupadas por su apariencia física...) son equivalentes a los de un varón adulto no sano mentalmente, no del todo “normal”. Por lo tanto cabe decir que se acepta que las mujeres padezcan una “salud mental patológica” o una “normalidad anormal...” (Carmen Saéz Buenaventura 1979:40).

Esto es así porque los estereotipos de género incluyen también un perfil psicológico “normal”, y hasta perfecto si se quiere, pero que está inspirado en un sólo cuerpo, el cuerpo masculino, con una evidente mirada androcéntrica y patriarcal. Es en este sentido que las mujeres quedan fuera de este modelo. Su acercamiento a las características patológicas no son tomadas en cuenta, sino que más bien son esperables ciertos aspectos en las construcciones de femineidad. Es en este sentido que el sufrimiento de las mujeres se naturaliza y se invisibiliza, legitimando ese malestar.

La subjetividad en los varones está orientada hacia la diferenciación con el/la otro/a, con la independencia y la autonomía, en cambio en las mujeres se espera que exista una fusión con el otro, la satisfacción de deseos y necesidades de ese otro, y la facilitación y mantenimiento de los vínculos.

Por otro lado aspectos emocionales como la hostilidad y la agresividad son vedados a la femineidad. Esto hace que en situaciones de enojo, estas emociones sean reprimidas, atribuyéndose a sí mismas la responsabilidad y por otro lado que experimenten sentimientos de culpabilidad. Estas situaciones se evidencian en casos de violencia sufridas por las mujeres, o de violación, las cuales son vividas y percibidas socialmente como consecuencia de actitudes provocadoras de las mujeres, haciéndolas sentir culpables.

Según estas construcciones sociales, las mujeres deberían atravesar por dos perfiles psicológicos. Mientras que en una edad temprana, es esperable un cierto “encanto”, *pequeñas locuras*⁵, actitudes infantiles que denotarían poca madurez mental, esto las alejaría de los parámetros de salud mental. Inestables, espontáneas, poco cuidadosas, irreflexivas, etc. Pero cuando estas mismas mujeres se convierten en madres (también muchas veces como mandato cultural y social), deben cambiar su perfil, porque esas características que denotan poca madurez, no son compatibles con el rol materno esperable, y deberán pasar de ser inestables a ser centradas y equilibradas, de ser espontáneas a ser contenidas emocionalmente para poder cumplir la función de regular los afectos de la familia.

Si este perfil no se puede cumplir, pasarán a ser vistas como madres abandonicas, ansiosas, castradoras o sobreprotectoras. De esta forma estarían entrando en los parámetros de locura que la sociedad preparó para ellas.

Deberán pasar entonces de este “encanto femenino” desequilibrado, al equilibrio perfecto que demuestre la capacidad de ser “buena madre”, ya que cualquier problema en la psiquis o conducta de los y las hijos/as será visto socialmente como responsabilidad directa de la madre.

En este sentido al cambiar las actividades y los mandatos culturales que atraviesan a las mujeres/madres a nivel social y familiar, modifica también su subjetividad, apareciendo el sacrificio, la generosidad y la postergación de sí mismas para complacer los deseos del resto de la familia, exigiendo la mimetización de los deseos propios con los de los demás.

...Esta condición de esposa y madre, las cargas que suponen y el estrés que compromete la mirada del otro en este “ser buena madre”, así como la influencia del “ser para otro” y la ausencia de “ser para sí misma” tiene implicaciones en la salud mental de las mujeres... (Aleyda, Yanes 2012: 25).

⁵ Carmen Saéz Buenaventura 1979.

Mabel Burín (1992) realiza un análisis de las crisis que sufren las mujeres en edad mediana. Si bien existen cada vez más excepciones, es muy común que como consecuencia de la lógica subyacente de temor al paso de los años, a la pérdida de la belleza, a la capacidad reproductiva y la fuerza para llevar a cabo las funciones que las caracterizan socialmente, las mujeres experimenten, en estos períodos, conflictos internos, sensaciones de inutilidad y pérdida de juventud. Ya que las aptitudes como la capacidad intelectual, la cual mejora con los años, no son valoradas como ámbitos femeninos.

En relación a esto justamente, la depresión de las mujeres ha sido asociada a determinados momentos en los ciclos vitales de las mismas. *Depresión postparto, desajustes emocionales a partir de la menopausia, o el síndrome premenstrual* (Mabel, Burin; 1992:318).

Podemos observar que estas asociaciones hacen que se produzca una invisibilización, naturalización del sufrimiento de las mujeres, y que revelen un excesivo énfasis en asociar los trastornos depresivos a problemas hormonales, visión que está arraigada a la creencia del útero como órgano que domina la psiquis de las mujeres, y por lo tanto como centro de todos sus problemas.

La adhesión a los roles de género, así como también la ruptura de estos, pueden ser susceptibles de generar malestar. Es decir, aquellas mujeres que decidan escapar de estos mandatos sociales (matrimonio, maternidad, obligación heterosexual, etc) como aquellas que se resistan (experimentar deseo sexual, aborto, etc) estarán del lado de la locura.

Es importante tener en cuenta estos estereotipos de género, impuestos socialmente, cuando actuamos frente a determinadas problemáticas, considerar la perspectiva de género es evitar la reproducción de estos modelos vigentes, evitar también la legitimación y reproducción del sistema impuesto por el patriarcado y el capitalismo.

Por ejemplo si pensamos en una ama de casa, que se encuentra deprimida, medicándola se estaría psicopatologizando su malestar, sin profundizar en las posibles causas que la llevaron a ese padecimiento. No indagar hasta dónde ese malestar proviene de estar dejando de lado proyectos personales, el poco protagonismo en su propia vida, no tener en cuenta la calidad de autoestima que se puede construir a partir de un trabajo que no es remunerado económicamente ni valorado socialmente. Es correr el riesgo de promover ese malestar, a la vez de naturalizarlo e invisibilizarlo.

Es muy frecuente que los tratamientos psicológicos o psiquiátricos a partir de la psicoterapia o la prescripción de psicofármacos, se dirijan a hacer desaparecer los síntomas de malestar para que las mujeres puedan continuar con sus funciones, para que puedan soportar, en otras palabras, las cargas que supone su género.

...Esta práctica, la más generalizada en psiquiatría, de hacer desaparecer el síntoma y devolver al sujeto supuestamente “sano” al circuito donde se enfermó, no es otra cosa que la utilización de las pautas que el sistema capitalista posee para el tratamiento tanto de los medios de producción, como de la fuerza de trabajo (hombres), como de quienes reponen esa fuerza y forman un ejército de reserva de la misma (mujeres), con el único interés de que el sistema continúe intacto... (Carmen Saez Buenaventura 1979; en Aleyda Yanes, 2012).

Débora Tajer, señala que las mujeres jóvenes de la familia suelen ser las que se hacen cargo del cuidado de los adultos de la familia, en cambio las mujeres adultas suelen ser más autónomas y resultarían menos afectadas por la vejez en el sentido de que continúan con el desempeño de sus funciones en el hogar, en contraposición a esto, los varones mayores buscan con más frecuencia alternativas al autocuidado. De esta manera, dice la autora, que durante los diferentes ciclos de vida las *mujeres cuidan más y son menos cuidadas*.

Existen también distribuciones desiguales de las diferentes profesiones de la salud, según los estereotipos de género. De esta manera las profesiones con “menos poder” en los equipos de salud suelen ser las más feminizadas: enfermería, psicología, trabajo social, etc. Al interior de las especialidades médicas se ven que las clínicas, que son las que facturan menos están también feminizadas, mientras que las quirúrgicas o las que requieren mayor utilización de tecnología suelen estar a cargo de los varones.

Es imprescindible considerar la variable socioeconómica a la hora de reflexionar sobre las condiciones de salud y salud mental de las mujeres.

Esta variable tiene un impacto crucial en la salud y al estar asociada a la variable de género se vuelve en contra de la situación de las mujeres, considerando que según los informes de Derechos Humanos, alrededor del 70% de las personas que están en situación de pobreza son mujeres.

El trabajo doméstico y las tareas de cuidado son realizados en su mayoría por mujeres, ya sea que se dediquen exclusivamente a ello como amas de casa, o lo hagan en forma paralela a otros trabajos, teniendo como consecuencia, dobles o triples jornadas laborales, cómo ya hemos señalado.

Esta difícil relación de las mujeres con los ámbitos laborales dificulta el acceso a la salud.

Debido a las relaciones de poder que se dan dentro de las familias, no existe una corresponsabilidad para llevar a cabo las tareas domésticas, ya sea el mantenimiento del hogar o el cuidado de los/las hijos/as. Recayendo toda esa carga en las mujeres, lo que implica como consecuencia la reducción del tiempo de ocio y el tiempo para poder llevar a cabo proyectos personales, a la vez esta sobrecarga perjudica la salud mental de dichas mujeres, como así también su calidad de vida.

Desde el feminismo se hicieron varios aportes dirigidos a dar visibilidad al trabajo doméstico y la crianza como pertenecientes al ámbito laboral.

Se produjo conocimiento, desde disciplinas como la psicología y la sociología del trabajo, sobre las exigencias de las tareas y el impacto que tienen en la salud mental de las personas. En este sentido uno de los conceptos que tiene influencia en la población trabajadora es el estrés, considerado como una problemática asociada a las exigencias laborales. Pero esta asociación no comprende la totalidad de las tareas llevadas a cabo por las mujeres, el exceso de trabajo de las mismas por jornadas extra laborales, como las tareas domésticas, el cuidado de personas enfermas, de niños/as, etc. Esto se manifiesta en los diagnósticos diferenciales entre varones y mujeres.

Simbólicamente el estrés está asociado al esfuerzo, a la capacidad de lucha, al volumen de trabajo y a la importancia de este (Aleyda Yanes, 2012). Respecto a esto Mabel Burín expresa que cuando la situación de estrés se prolonga y no se pueden dar respuestas de lucha es tomado como una incapacidad personal. Esto se transforma en un golpe a la autoestima y genera sentimientos de impotencia, por no poder responder a esa situación de manera eficaz, sentimientos de debilidad y de culpabilidad por sentir que esta falta de respuesta se debe a una incapacidad de sí misma.

Esta situación de desánimo, de frustración suele ser diagnosticado como depresión, con ese diagnóstico se juzga a la persona por la falta de capacidad para afrontar las situaciones, cuando en realidad se trata de todo lo contrario, el estrés es un recurso del cuerpo para enfrentar situaciones riesgosas.

Es por esta razón que la incorporación de una perspectiva de género en estas problemáticas, permite visibilizar los aspectos que se naturalizan y dirigen a los/las profesionales a realizar diagnósticos de depresión a las mujeres, y permite poner en evidencia ese imaginario colectivo que lo apoya, lo sostiene y promueve.

Otro punto importante a tener en cuenta cuando nos referimos a la salud y salud mental de las mujeres es el de la violencia.

Violencias de género hacia las mujeres que comportan un grave riesgo para la salud, que requieren de análisis profundos respecto de la relación entre las políticas públicas, los programas de salud y prácticas profesionales. Situación que refuerza la definición de las mujeres como víctimas, separando la violencia recibida de su impacto a nivel psíquico, provocando nuevas victimizaciones.

Carmen Saéz Buenaventura (en Aleyda Yanes, 2012) dice que medicalizar a una mujer que sufre violencia, tratarla por ansiedad o depresión sin tener en cuenta este maltrato que la pone en riesgo, es incidir en que su “locura”, su malestar, es propio de ella, es culpabilizarla, dejando de lado la responsabilidades de los agresores.

Rosana Rodríguez sostiene que si bien hoy en día existen opciones que se dirigen a construir modelos alternativos, persisten en la sociedad y en la cultura las concepciones estereotipadas de feminidad y masculinidad. Cuando estas son puestas en marcha en las prácticas profesionales son generadoras y perpetuadoras de desigualdades sistemáticas (Rosana Rodríguez, 2004).

Entonces desde el ámbito sanitario, continuar con estas acciones que sostienen las desigualdades y las profundizan, implicaría promover la continuidad del *status quo* que mantiene la naturalización e invisibilización de problemáticas que tienen en el centro de la tormenta el sufrimiento que padecen las mujeres.

En este capítulo hemos intentado conceptualizar las relaciones entre los géneros, y los lugares que históricamente se les han asignado a las mujeres según los estereotipos construidos socialmente a partir de las diferencias sexuales.

Por un lado expusimos los aportes más importantes que se han dado sobre los conceptos de sexo y género desde los Estudios de las mujeres como también desde los Estudios de género. Por otro lado se ha intentado señalar la importancia y la utilización de la perspectiva de género en los abordajes realizados desde los ámbitos de la salud y la salud mental.

También se realizó un desarrollo de las conceptualizaciones sobre salud, salud mental y su evolución histórica.

Por último hemos expuesto una serie de problemáticas que tienen lugar en la atención de las mujeres en los ámbitos de la salud mental, intervenciones que las invisibilizan y dejan de lado sus particularidades.

Capítulo 2

Trabajo Social y Salud Mental

En este capítulo se conceptualizará el rol del/ la Trabajador/a Social, en particular en el ámbito de la salud mental. Por un lado se realizará una breve reseña del proceso de profesionalización del mismo, teniendo como referencia los aportes de diferentes autores/as del Trabajo Social crítico, José Paulo Netto, Carlos Montaña, Marilda Yamamoto, etc. Nos parece importante partir desde estas miradas para poder darle sentido a nuestra investigación, y además dejar en claro el posicionamiento que al respecto se tiene sobre la intervención de los y las profesionales del trabajo social.

Nos centraremos en la relación de la profesión en los ámbitos de la Salud Mental, ya que uno de los objetivos principales de este trabajo consiste en dilucidar el rol y la función que los y las profesionales ocupan y realizan en sus abordajes concretos dentro de este campo.

2. Trabajo Social

2.1 Profesionalización del Trabajo Social: Breve reseña.

Según Paulo Netto existen dos tesis que refieren al surgimiento de la profesión Trabajo Social.

Una se sustenta en procesos continuos de evolución de las formas de ayuda a lo largo de la historia, el punto de arranque estaría dado en la organización de la filantropía, una puesta en marcha de acciones organizadas, perfeccionamiento teórico científico y de un instrumental operativo para llevar a cabo las actividades. Esta tesis, entonces, se basa en una continuidad de las “protoformas” del servicio social: Caridad y Filantropía.

La otra tesis se sustenta en base a la ruptura de esas protoformas del servicio social, ya que presentan el surgimiento de la profesionalización del trabajo social, en el momento en que los/as agentes desempeñan papeles que les son atribuidos por organismos e instancias diferentes al que correspondían las protoformas.

Las anteriores formas de ayuda dependían de instituciones de carácter religioso, derivadas de impulsos éticos-morales, y que eran externos a la lógica del mercado, es por ello que existía (y aún existe) la figura del voluntariado.

En la tesis que sostiene la ruptura del trabajo social profesional con las protoformas, los/as agentes se inscriben en la relación de trabajador/a asalariado/a, por ende se insertan en el mercado de trabajo.

En conclusión, y coincidiendo con el autor antes citado, el trabajo social como profesión, surge a partir de una demanda social, una necesidad dentro del marco de las relaciones sociales que construyen un espacio de acción y de ejecución de políticas que deberán ser llevadas a cabo por un/a nuevo/a agente. Es entonces cuando el Estado decide hacerse cargo de las problemáticas sociales, que da lugar al surgimiento de una nueva profesión, el Trabajo Social. Será un/a profesional que tendrá como destino primario, la ejecución de políticas dirigidas a sostener y legitimar el status quo imperante.

Respecto a lo antes dicho, Netto sostiene, que los y las profesionales del trabajo social (“Agentes del servicio social” según el autor) dentro de las relaciones del mercado de trabajo, en la división social y técnica del mismo: *Es investido como uno de los agentes ejecutores de las políticas sociales* (Netto, Paulo 1992: 70).

En este sentido, el servicio social, no va a desempeñar funciones productivas, sino que se insertará en las actividades auxiliares de los procesos específicamente monopólicos de la reproducción, acumulación y valorización del capital.

Consideramos que el trabajo social como profesión surge a partir del momento en que el Estado comienza a hacerse cargo de los problemas sociales, y será de esta manera un/a profesional ligado/a a ejecutar las políticas públicas dirigidas a sostener el poder hegemónico. Es decir que originalmente era una profesión que respondía a los intereses del capitalismo, a sostener el orden y ejercer el control de la sociedad.

La existencia y el surgimiento de esta nueva figura dentro del mercado del trabajo, dedicado a intervenir sobre las problemáticas sociales no significó la desaparición de las anteriores formas de ayuda, sino que coexistieron y muchas veces se mimetizaron con el trabajo social, teniendo como consecuencia la tergiversación y distorsión de la profesión en las representaciones sociales, tanto desde los/las profesionales como de la sociedad en general hacia ellos/as.

Netto afirma que

...El servicio social es indivorciable del orden monopolista sólo en este contexto es que recibe pública y socialmente un carácter profesional: La legitimación (con una simultánea gratificación monetaria) por el desempeño de papeles, atribuciones y funciones a partir de la ocupación de un espacio en la división social (y técnica) del trabajo en la sociedad burguesa consolidada y madura. Solamente entonces los agentes se reproducen mediante un proceso de socialización particular jurídicamente garantizado y reiterable según procedimientos reconocidos por el Estado... (Netto, 1992: 69).

En este sentido las políticas sociales son un elemento esencial para la profesionalización del trabajo social.

La constitución de estas políticas, del Estado capitalista, es la que permite comprender la continuidad y ruptura antes mencionadas que señalan la profesionalización.

En el mismo sentido, Carlos Montaña, en su texto *La naturaleza del Servicio Social*, expone que existen dos tesis sobre la génesis del Servicio Social. Las mismas, sostiene el autor, son contrapuestas y mutuamente excluyentes. Es decir no tienen puntos en común en cuanto a la mirada que expresan sobre la profesionalización del Trabajo Social.

La primera propuesta, a la que él denomina “Perspectiva endogenista”, sostiene que el origen de la profesión está dado en la “evolución, organización y profesionalización de las anteriores formas de ayuda, la caridad y filantropía”. (Montaña, Carlos 2000:11). Las bases del Trabajo Social desde esta perspectiva estarían dadas por los llamados precursores, teniendo como origen las obras de: Tomás de Aquino y Vicente de Paul. El autor denomina a esta perspectiva: “endogenista” ya que expresa que las personas que la defienden sostienen que las transformaciones que fueron teniendo lugar a lo largo de la historia de la profesión, y que dieron lugar a la evolución de las diferentes formas de ayuda anteriores, fueron llevadas a cabo por personas particulares, siempre desde adentro, todo es visto desde la opción personal, ya sea de los filántropos o religiosos que intervenían en las acciones de “ayuda o asistencia social”.

Es endogenista, porque no se tienen en cuenta para el análisis y caracterización del origen de la profesión, el contexto social en el que se llevaban a cabo las intervenciones, ni los factores sociales influyentes en cada período de “supuesta” evolución.

La segunda tesis expuesta por el autor, lleva el nombre de “perspectiva histórico-crítica” la cual entiende la génesis del Trabajo Social como producto de la síntesis de

los procesos políticos y económicos que tuvieron lugar históricamente. Dice el autor que tiene lugar la profesionalización del Trabajo Social, cuando en la fase monopolista del Estado Capitalista, toma para sí las respuestas a la llamada “cuestión social”.- (Montaño, Carlos; 2000:21).

De esta manera el surgimiento de la profesión estaría relacionado con las diferentes *luchas sociales que confluyen en un proyecto político-económico* (Montaño, Carlos 2000:22) de la clase hegemónica para la manutención del sistema, que frente a estas luchas, se encuentra con la necesidad de legitimarlo. Para dar respuestas a las demandas populares, sin perder de vista la acumulación del capital.

Consideramos entonces, que existe una ruptura entre la profesión Trabajo Social y las “protoformas” de asistencia: Caridad y filantropía; ya que de haber sido el trabajo social una forma evolucionada de las mismas, éstas deberían haber desaparecido, pero, por el contrario coexisten y por períodos adquieren mayor relevancia.

Caridad, filantropía y Trabajo Social no son distintas formas de una misma actividad. Las tres son en esencia diferentes. Tienen objetivos y modos de actuar muy distintos y hasta opuestos.

El punto más importante a destacar es que el Trabajo Social, es una profesión que se inserta como cualquier otra, en el mercado laboral. Esta característica la aleja de la caridad y la filantropía, las cuales están guiadas por la lógica de la moral religiosa o la simple “bondad” hacia los más desprotegidos y la mayoría de las veces son llevadas a cabo con la figura del voluntariado.

El Trabajo Social como profesión que ha ido transformando sus objetivos y prioridades, estaría hoy íntimamente relacionado con los derechos humanos, intentando dirigir sus acciones hacia el reconocimiento, protección y desarrollo efectivo de los mismos, actuando en su favor en situaciones en las que se encuentran vulnerados. En este sentido podría ser este su objetivo motivador en toda acción llevada a cabo por los y las profesionales en este campo.

En un contexto de múltiples transformaciones a nivel social, jurídico y político, existe un marco legal que favorecería el giro de las acciones, si el trabajo social construye y gana espacios, a través de sus incumbencias y competencias podría contribuir en los procesos de construcción y reconstrucción de ciudadanía y derechos de las personas, como así también en el ejercicio real y el acceso efectivo de los mismos.

Pero para que esto se pueda lograr se debería partir del reconocimiento de los alcances y objetivos que como profesionales se tiene, y sobre todo tener como punto de partida y de llegada el reconocimiento total de los Derechos de todas y cada una de las personas con las cuales trabaja.

2.2 En busca de la “Especificidad”:

Cuando hablamos de la profesionalización del Trabajo Social, es importante hacer referencia a la especificidad, ya que supone que una determinada profesión tiene su campo específico de intervención. Y desde lo teórico es inevitable que busquen darle respuesta a este interrogante: ¿Cuál es la especificidad del Trabajo Social?

Es así que en los debates sobre la profesión este es un tema que nunca falta, y se ha convertido, según Carlos Montaña, *en uno de los debates preferidos, casi obsesivos de los/as trabajadores/as sociales*. Parecería que sin un “saber específico”, sin “un campo específico de intervención”, sin “sujetos propios”, sin “métodos y técnicas específicas”, sin “objetos exclusivos”, la profesión no tendría razón de ser, y quedaría vulnerable e indefensa ante las demás profesiones. (Montaña, Carlos 2000: 108).

Algunos/as profesionales frente a este interrogante, con la idea de que es imprescindible la especificidad para que las profesiones tengan sentido, intentan justificar su existencia buscando la respuesta incesantemente.

Iamamoto expresa que el profesional del servicio social “Ansía tener un campo propio de trabajo, un área específica que le atribuya status y facilite su reconocimiento profesional”. (1997: 145 en Montaña, Carlos 2000).

Esta búsqueda de “especificidad”, guiada por la creencia de que ella otorga la legitimidad, hace que la profesión, en palabras de Montaña, caiga en un “endogenismo” del servicio social, “no invadir para no ser invadidos”, esto sería un intento, y más que nada una creencia, para garantizar los espacios profesionales y laborales.

Como sostiene el autor, esto es una estrategia comodista (y conformista):

...Si todos los asistentes sociales y exclusivamente ellos son depositarios de ciertas funciones, métodos, teorías, etc, ningún otro profesional podrá invadir ese espacio funcional sin que esto atente contra el principio de preservación de la “propiedad privada”, alma del sistema social en el cual se desarrolla. Y sí para eso la condición de “no ser invadido” es “no invadir”, el canje parece justo. Nada más positivista, nada más subalternizante, nada más conformista y comodista que este principio... (Montaña, 2000: 117).

Coincidiendo con el autor, no existiría “especificidad” del trabajo social, sino que existirían ciertas características que otorgarían “identidad”, “cultura profesional”, algún grado de “particularidad”: Intervenciones en el campo como una de las actividades más recurrentes, instrumentación en las refracciones de la “cuestión social”, la manipulación de variables empíricas, las políticas sociales como campo más frecuente de su actividad, el Estado como espacio privilegiado de empleo, etc.

Estas características son históricas por lo tanto devienen de diversos procesos de construcción de las mismas, es por ello que no son permanentes en el tiempo, sino que varían, además no necesariamente estarían presentes en todos/as los y las profesionales del trabajo social.

...La perspectiva a adoptar por parte del profesional (en el conocimiento y en la intervención), para poder tener una práctica crítica y transformadora, debe ser dada por el propio objeto, considerado como totalidad, procurando aprehender la realidad concreta en su complejidad y totalidad, no segmentando o “recortando” artificialmente al objeto en diversas “perspectivas”, o en varias sub-áreas, o incluso en distintos niveles de la realidad social: por lo tanto una perspectiva definida a partir del objeto, a “Posteriori”, y no a partir de tal o cual profesión, a “Priori”... (Montaño, Carlos; 2000: 134) (Comillas nuestras).

Tal cómo expresa Montaño, creemos que una profesión existe siempre y cuando pueda aportar elementos y conocimientos para la resolución de problemáticas, y de la misma manera esta sería la condición necesaria para que pueda mantenerse dentro de las relaciones del mercado de trabajo, de la división social y técnica del mismo (Montaño, Carlos; 2000:137). Debería ser capaz de captar e interpretar las demandas y problemáticas sociales, de esa manera podría brindar elementos y conocimientos para su resolución a través de propuestas de intervención sostenidas teórica y metodológicamente, sustentadas en un proyecto ético-político que le de forma y legitimidad a la acción.

Respecto al lugar que ocupan los y las profesionales del Trabajo Social en la división del trabajo, Marilda Yamamoto⁶, sostiene que es necesario romper con la “visión endogenista del Servicio Social” una visión focalizada y desde adentro. Ya que históricamente los y las “Asistentes Sociales”, han estado vinculados fuertemente al rol ejecutor de políticas sociales, cumpliendo funciones burocráticas, mecánicas y rutinarias. Entonces romper con esta visión y desligarse de este papel que se les otorga desde las instituciones, es importante, y más aún, necesario. Esto también implica

⁶ (2011, 07). El Servicio Social En La Contemporaneidad. *BuenasTareas.com*. Recuperado 07, 2011, de <http://www.buenastareas.com/ensayos/El-Servicio-Social-En-La-Contemporaneidad/2543398.html>

romper con actitudes “mesiánicas y heroicas” de los y las profesionales ya que no se tienen en cuenta los límites y las posibilidades de la realidad.

Se deberá primero entender al Trabajo Social dentro de la esfera del trabajo, en la división del mismo, de esta forma poder analizar y comprender que las relaciones entre el Estado y la Sociedad civil lo atraviesan permanentemente, y que es dentro de ese espacio en donde se construye su razón de ser, y hacia donde debería dirigir su intervención.

Los y las Trabajadores/as Sociales, son profesionales capacitados/as que venden su fuerza de trabajo en el mercado laboral, a cambio de una remuneración, y están inmersos/as dentro de ese campo, atravesados/as por múltiples variables que deberían tener en cuenta para llevar a cabo sus actividades.

Supone también tener en cuenta que dentro de estas relaciones entre el Estado y la Sociedad Civil, los y las profesionales, tienen un rol político, y con sus abordajes pueden contribuir a la distribución del poder y su democratización, o por el contrario, contribuir a que el orden social vigente continúe su curso, sosteniendo el poder hegemónico y reforzando las estructuras vigentes de subordinación, exclusión y dominación.

2.3 La intervención social cómo proceso:

La palabra intervención proviene del latino “intervenio” que puede ser traducido como “venir entre” o “interponerse”. Entonces en este sentido Alfredo Carballada sostiene que puede considerarse a la intervención cómo mediación, intersección, ayuda o cooperación, intromisión, injerencia, intrusión, coerción o represión. Dice que en todos los procesos de intervención se pueden encontrar alguna de estas características. Agregamos que según el posicionamiento ideológico con el que se intervenga, estas características serán de una forma u otra.

Por otro lado el autor sugiere entender la intervención como un espacio artificial, para poder desnaturalizarlo, sería entonces, un dispositivo que se entromete en un espacio en tanto existe una demanda hacia ella. La demanda se convierte en el acto fundador de la intervención. La misma puede provenir de los/as sujetos/as, o desde las instituciones.

Es importante tener en cuenta que toda intervención en lo social implica la existencia de una autoridad: “Quién interviene lo hace porque está legitimado a partir

del reconocimiento del ejercicio de un derecho o porque hay un estatuto que reglamenta su gestión” (Carballeda, Alfredo 2002: 93).

La intervención también implica una construcción desde un cierto marco teórico, se interviene desde un determinado posicionamiento. Es una construcción simbólica que responde también a las representaciones de quién está interviniendo. De esta manera, dice el autor, que *una modalidad de intervención se vincula a un determinado marco conceptual que ligado a una serie de aportes técnicos y empíricos relacionados con el contexto genera “formas típicas” de intervención* (Carballeda, Alfredo 2002:94).

La intervención sería entonces un procedimiento que actúa y hace actuar, y que por esta razón produce expectativas y consecuencias. Las intervenciones implican una inscripción en las personas con las cuales se trabaja.

Lo social se construye a partir de imaginarios sociales y representaciones, los cuales influyen en la singularidad y particularidad de cada grupo social, y también en las personas que forman parte de él.

Las representaciones están relacionadas con un conjunto de percepciones, significados y actitudes que las personas de un cierto grupo social comparten en relación con ellas mismas, con las demás personas y con su contexto. Según este conjunto de símbolos, las personas se relacionan y recrean el mundo en el que viven de una forma determinada, este conjunto de representaciones también está condicionado por ese mundo, por las influencias macro sociales que se resignifican dentro del orden real. Entonces cada grupo construye sus representaciones desde el interior, pero es atravesado por las influencias externas, las cuales toman forma particular al ser incorporadas dentro del propio grupo. Así como el mundo externo, y las influencias macro sociales intervienen en estas construcciones particulares, las particularidades de los grupos sociales intervienen y condicionan a su vez los ámbitos macro sociales. En otras palabras son influidos e influyentes.

Así como las representaciones condicionan los modos de actuar, hay que tener en cuenta que las sociedades a partir de ello, construyen sus problemas sociales, y tanto las personas que intervienen, como las personas con las cuales se interviene, mediatizan estas construcciones desde un marco comprensivo explicativo que le da forma. Es decir, le otorgan un significado a la problemática.

Los y las profesionales del Trabajo Social deberán ser capaces de realizar una comprensión de los múltiples relatos que se despliegan en cada escenario social, para poder dilucidar el conjunto de significados que las personas con las cuales intervienen le

otorgan a la problemática. “Estos relatos forman parte del núcleo significativo de ese sujeto que demanda atención, y de ellos dependen la construcción real y simbólica de aquello que es presentado como problema” (Carballeda, Alfredo 2002: 108).

2.4 Trabajo Social y Salud Mental:

2.4.1 La intervención del Trabajo Social en Instituciones Psiquiátricas:

La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental, se convirtió en una especialización particular de la profesión, la cual recibió la denominación de “Trabajo Social psiquiátrico”. Este concepto por sí sólo nos lleva a dilucidar que las intervenciones estarían limitadas al campo de la “enfermedad mental” y no a la salud/enfermedad como proceso en sí y que entre otras cosas, los y las profesionales del trabajo social estarían al servicio de la medicina.

De esta manera, para poder llevar a cabo estas nuevas intervenciones, se necesitó del manejo y la utilización de saberes y métodos asociados a otras disciplinas, como la sociología, la psicología y la psiquiatría; es así que se comienza un proceso de patologización tanto las problemáticas sociales, como de las relaciones familiares de las personas con malestar psíquico.

Los abordajes serían individuales, es decir que no tenían en cuenta las condiciones sociales ni estructurales. Se centrarían en las disfuncionalidades para poder “corregirlas” y se rotularía a las personas por sus carencias o “enfermedad”, clasificándolas, encerrándolas en el espacio de lo privado para poder “controlar, normalizar y normativizarlas”.

Carmen Amico, sostiene que, el Trabajo Social desde el comienzo de sus intervenciones en instituciones psiquiátricas, intervino en general desde una perspectiva durkheniana de lo social, preocupada por el disciplinamiento y la normalización del “otro/a desviado/a” para poder de esta manera integrarlo/a al sistema, a través de parámetros científico-técnicos pre-fijados formalmente (Amico, Lucía del Carmen, 2005:71).

La autora antes referida cita en su texto a Martinelli, quien sostiene que las prácticas del trabajador o trabajadora social dentro de estas instituciones están íntimamente relacionadas a la identidad atribuida, prefabricada y dada por la lógica del capital, lo que le imprime la marca de una práctica “Alienada, alienante y alienadora”

De esta manera las prácticas profesionales llevadas a cabo por los y las trabajadores y trabajadoras sociales, poseían (poseen) un carácter meramente “empirista, reiterativo, paliativo y administrativo-burocrático”. Actuando como legitimadoras de las relaciones sociales del capitalismo y no dejando lugar para procesos autónomos de intervención, limitándose a ser ejecutores/as de las políticas sociales. (Amico, Lucía del Carmen 2005:72).

...El servicio social surge en el escenario histórico con una identidad atribuida, que expresaba una síntesis de las prácticas sociales pre capitalistas, represoras y controladoras y de los mecanismos y estrategias producidos por la clase dominante para garantizar la marcha expansionista y la definitiva consolidación del sistema capitalista... (Martinelli; 1991:67 en Amico; 2005:72).

Las prácticas que realizaban los y las trabajadores/as sociales, (y aún hoy siguen realizando muchos/as de ellos/as) se encuentran ligadas al modelo tradicional, aislada de las demás profesiones intervinientes en el área, y dirigidas prioritariamente a atender las demandas de los psiquiatras, o demandas específicas que provenientes de los/as “pacientes” o familiares.

Como tarea principal del Trabajo Social dentro de estas instituciones, se destaca la responsabilidad que tienen los/as profesionales para contactar a las familias de las personas internadas. Se hace evidente entonces un cierto rol de intermediario/a en las relaciones entre las personas encerradas y el mundo externo, como así también entre las familias y la institución.

Amico destaca entre las funciones de los y las profesionales la realización de “seguimientos, historias clínicas, gestiones sociales, movilización de recursos materiales y financieros”. Pero sostiene que generalmente los/as trabajadores/as sociales se encuentran sobrecargados y que sólo atienden las demandas inmediatas “apagar incendios”, esto sería limitarse a la asistencia, considerando sólo la parte enferma de las personas, olvidando y dejando de lado la prevención y promoción de la Salud Mental (Amico, Lucía del Carmen, 2005:72).

Cesaroni y Mendoza en un trabajo de investigación que tenía como objetivo dilucidar los roles y funciones que desempeñan los y las profesionales del trabajo social en el campo de la Salud Mental, han detectado que los y las mismos/as se encuentran limitados/as en sus funciones por la estructura administrativa, y que sus tareas están destinadas a facilitar los tratamientos psiquiátricos. Por lo tanto la profesión, en este sentido, se encontraría subordinada y condicionada por las demás profesiones

intervinientes, sobre todo por las intervenciones psiquiátricas. Sostienen que los abordajes se realizan en un nivel intra y extra institucional, desplegando el manejo de algunos instrumentos técnicos, como por ejemplo entrevistas, visitas en los hogares de las familias de las personas internadas, y trámites de gestión. Y expresan también que la información que recaudan a partir de estos instrumentos es socializada con las demás profesiones intervinientes pero sin ningún tipo de reflexión sobre la misma. Reproduciendo de este modo intervenciones mecanicistas y burocratizadas. (Cesaroni y Mendoza, 1999:4)⁷.

Estas intervenciones acrílicas, llevan a dilucidar que los abordajes que se realizan dentro de las instituciones psiquiátricas, tienen como objetivo normalizar y normativizar a las personas, como así también la intencionalidad de adaptación de las mismas a la sociedad.

Respecto de estas “limitaciones” con las cuales se enfrentan los y las profesionales, y que hacen que sus prácticas se estanquen en la mera administración de recursos, en la recaudación de información, en la simple instrumentalidad de recursos técnicos, y abordajes sin reflexión crítica. Marilda Iamamoto propone algunos desafíos que debemos llevar a cabo cómo profesionales. Por un lado dotarse de una “base teórico-metodológica que otorgue seguridad para poder imprimir una dirección al trabajo; una dirección que supone conocimiento, y supone elección de valores, por lo tanto tiene una dimensión ético-política”. Por otro lado también supone tener en cuenta las condiciones con las cuales se trabaja dentro de las instituciones, lo cual permitiría la elección de estrategias de acción siendo ésta la dimensión técnico-operativa.

...Cómo nosotros somos trabajadores, nuestra intervención, nuestro trabajo, tiene límites, porque nosotros somos trabajadores asalariados y quien nos contrata establece algunas demandas para nuestro trabajo, sino nosotros no tendríamos necesidad social. Y por otro lado la población que requiere los servicios donde trabajamos tiene demandas que son distintas. Dentro de este campo de tensiones es que nosotros tenemos una relativa autonomía-porque somos sujetos de nuestro trabajo-de definir direcciones para nuestra acción, y definir prioridades y formas de encaminarlas...(Marilda Iamamoto, 2002:98-99).

⁷ El trabajo citado de las autoras Cesaroni y Mendoza fue elaborado en el marco de desarrollo de experiencia profesional dentro del Sistema de Residencias de Trabajo Social, en la Provincia de Buenos Aires, dependiente del Ministerio de Salud Provincial. La práctica profesional fue desarrollada en el Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Alejandro Korn, durante los años 1995 y 1998.

El trabajo social estaría inserto en un campo atravesado por lo político e ideológico, supondría dimensiones de control social y de transmisión de ideologías oficiales hacia los y las trabajadores/as, cómo a la sociedad en general, pero es un trabajo que también podría estar dirigido hacia la efectivización de los Derechos, hacia la construcción de ciudadanías. Se trataría de elegir nuevos caminos para las intervenciones. “Transitar de la esfera de la necesidad, a la esfera de la libertad, a la posibilidad de imprimir rumbos, de establecer nuevas iniciativas” (Iamamoto, Marilda 2002:99).

Para los fines de nuestra investigación, creemos que es imprescindible referirnos a ello, ya que es muy común, y está naturalizado tanto en las instituciones como en los y las profesionales, que las mismas (instituciones) se transformen en un obstáculo a la hora de desarrollar el trabajo. La mayoría de las veces esta sensación tiene como consecuencia el estancamiento de las acciones. Llegando a limitar los abordajes en acciones burocráticas y administrativas, perdiendo el rumbo de la profesión.

Esta problemática que se atraviesa dentro de las instituciones, haría casi imposible la construcción de espacios de intervención y legitimación profesional, dejando que las demás disciplinas encomienden las tareas que por descarte ninguna de ellas puede llevar a cabo. De esta manera el trabajo social estaría siempre al servicio de otra profesión.

Cesaroni y Mendoza sostienen respecto a esta problemática que atraviesa a los y las trabajadores y trabajadoras sociales como colectivo profesional, que si bien existen diversos condicionantes que producen y reproducen los procesos de vulnerabilidad y exclusión, frente a los cuales no se podría tener mayor incidencia para su transformación, también es posible actuar desde una posición ético/política encontrando en los espacios de intervención puntos de rupturas y fuga de esta lógica hegemónica.

A partir de esta problematización sobre la intervención de los y las profesionales del Trabajo Social, las autoras realizan una propuesta metodológica para los abordajes en el campo de la Salud Mental que busca promover y facilitar estrategias de acción superadoras de las intervenciones mecanicistas y burocratizadas, logrando de esta forma, abordajes dirigidos a la reflexión crítica enmarcados en un proyecto ético/político que sustentaría las prácticas y posibilitaría la fundamentación teórica y metodológica de cada acción.⁸

⁸ Esta construcción metodológica, se encuentra sustentada en categorías conceptuales básicas como son:

Desde este marco teórico-metodológico, el/la sujeto/a es visualizado/a como el/la primer/a referente para la construcción del dispositivo de intervención, la búsqueda de referencias sociales propias, intentando comprender las significaciones que le otorga, esto permitiría identificar conjuntamente la situación vivenciada como obstáculo.

Es así que la demanda se problematizaría y a su vez lograría superar el ejercicio pragmático como el fin de la intervención.

“El Trabajador Social debe sostener un discurso argumentativo, con solidez teórica que le permita el protagonismo en las decisiones y romper con la idea subyacente dentro del imaginario social como técnicos de la acción” (Cesaroni, Estela; Mendoza, Fabiana, 2000:21).

Adriana Rossi al respecto dice que como profesionales se enfrentan siempre a una contradicción entre la norma institucional y los intentos de construir nuevos espacios que tengan en cuenta a las personas como sujetos y sujetas ciudadanos y ciudadanas. La norma institucional siempre supone mecanismos de control social a partir de las políticas que instrumenta. La postura de los y las profesionales, el “nada se puede hacer” legitima el orden instituido, y asume que forma parte de la organización y debe cumplir una determinada función, legitimar lo que ya está instalado. En este sentido, se convierten en profesionales subordinados, sin autonomía, realizando tareas en forma mecánica y reiterativa (Rossi, Adriana, 2008:128-129).

Teniendo en cuenta la trayectoria de la profesión en general y de los y las profesionales de trabajo social en particular, como así también los diferentes mecanismos y procesos instituidos e instituyentes que atraviesan sus prácticas cotidianas, se hace necesario analizar las representaciones sociales presentes en sus discursos, ya que de ello dependerán sus acciones futuras.

Las representaciones sociales constituyen sistemas de conocimientos formados por estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que orientarán las acciones que se realicen, de forma positiva o negativa frente a determinadas situaciones.

Sujeto: Determinado históricamente, obstaculizado para su producción y reproducción social, sin posibilidad de uso pleno de sus derechos y autonomías con particulares condiciones de existencia, sufriendo una doble exclusión social: desde el no acceso al intercambio de bienes materiales y simbólicos, y en su condición de enfermo mental.

Sociedad: Construcción histórico/social, dinámica, en donde pugnan intereses contradictorios, producto del sistema capitalista.

Demanda: Espacio donde se concretiza y objetiva la representación social acerca de la profesión, en relación a lo que se demanda y cómo lo percibe y significa.

Institución psiquiátrica: Creación social, caracterizada por los determinantes culturales e históricos de la sociedad manifestándose en sus prácticas, las relaciones de fuerza entre las distintas clases sociales.

Es necesario entonces interrogar sobre las construcciones y representaciones sociales presentes hoy en los discursos de los y las profesionales, que inevitablemente influyen sobre el modo de actuar que llevarán a cabo.

Las intervenciones que realizan los y las trabajadores y trabajadoras sociales en las instituciones de salud mental mayormente corresponden a un modelo de asistencia, un modelo tutelar que no reconoce a las personas como sujetas de derecho, sino que las acciones que se llevan a cabo parten del supuesto de incapacidad de las personas, siguiendo los postulados del paradigma tutelar. Por ello es importante realizar una breve descripción de dicho paradigma, para poder contrastarlo con el nuevo modelo social de discapacidad. El cual es de interés para los abordajes que realicen los y las profesionales en este campo, partiendo de considerar a las personas como portadoras de derechos.

2.4.2 Modelo Tutelar y Modelo Social en Salud Mental:

El paradigma aún vigente en la Argentina es el sistema tutelar de protección de los/as denominados/as incapaces. En función de esto, es entendible que tanto las instituciones estatales como los/as profesionales actúen partiendo del supuesto de que las personas con las cuales trabajan, sometidas a un proceso judicial por cuestiones de salud mental, no pueden decidir sobre sus propias vidas ya que estarían siendo resguardadas del “peligro” que implica la vida en sociedad, por ello las acciones que realizan estarían dirigidas a “ahorrarles” el esfuerzo que supone la toma de decisiones.

Este sistema tradicional de abordaje de los problemas de salud mental se basa en la idea de que las personas con malestar psíquico necesitan un aparato tutelar que vele desde afuera y desde arriba por sus intereses. Trata de sustituir la voluntad en la toma de sus decisiones y en consecuencia, restringe su capacidad de ejercer derechos.

El trabajo social posicionado desde este paradigma, sometería sus prácticas a un modelo de acción pragmático y mecanicista, el cual estaría dirigido a resolver las demandas de las propias instituciones o del sistema judicial, sin tener en cuenta las propias demandas de las personas con las cuales trabaja, sus intereses o necesidades. En este sentido sus abordajes no incluirían una reflexión crítica ni una mirada dirigida a la transformación, ya que sólo actuarían a favor del sostenimiento y legitimidad del status quo imperante el cual supone la realización de actividades para el control social y el mantenimiento del “orden” en la sociedad.

Sin embargo en este período histórico se hace vigente otra forma de abordaje respecto a la salud mental, el cual se sustenta en el paradigma social de atención. El mismo estaría dirigido a romper con las viejas estructuras tutelares, teniendo en cuenta a las personas como sujetas de derechos, es decir que sus prácticas partirían de la presunción de capacidad de todos/as. Proponiendo que las barreras y la exclusión por parte de la sociedad son los factores últimos que definirían la discapacidad. Reconociendo también que por más que algunas personas tengan impedimentos físicos, sensoriales, intelectuales o psicológicos, los cuales podrían causar limitaciones funcionales, estos no deberían obstaculizar su pleno desarrollo. Por lo tanto se deberían llevar a cabo acciones que eliminen cualquier obstáculo para las personas con discapacidad, generando mecanismos de apoyo y accesibilidad que promuevan la inclusión e integración en todos los ámbitos de la sociedad.

En este sentido, los y las profesionales de trabajo social, posicionados/as desde este nuevo paradigma, serían actores fundamentales para la construcción de herramientas y espacios de promoción. Al mismo tiempo que propiciarían con sus abordajes procesos de emancipación y fortalecimiento de la autonomía e independencia de las personas con discapacidad, ya que sus intervenciones partirían desde las propias decisiones de los/as protagonistas, teniendo en cuenta sus demandas, intereses y necesidades para llevar a cabo cualquier acción que influya en sus vidas.

2.5 Trabajo Social e Interdisciplina:

2.5.1 Equipos interdisciplinarios:

Según Alicia Stolkiner, existe hoy en el debate sobre lo interdisciplinario una yuxtaposición entre dos tipos de prácticas: “la de la investigación interdisciplinaria y la de la configuración de equipos interdisciplinarios asistenciales” (Stolkiner, Alicia, 1999).

La primera práctica dedicada a la investigación y producción de conocimientos y la segunda a la producción de acciones. Pese a esta diferencia en cuanto al producto que surge de cada uno de estos equipos, es importante aclarar que no pueden pensarse ninguna de las dos prácticas por separado, ya que el conocimiento que una produce, necesariamente, tendrá efecto en las acciones llevadas a cabo, y por otro lado, el desarrollo de las acciones produce, o podría producir conocimientos. Entonces esta dicotomía entre lo epistemológico y lo pragmático debería romperse y llegar a

considerarse dentro de un mismo proceso, es decir, dos caras de una misma moneda. Ni una es más importante que la otra, y separadas no tendrían razón de ser.

La autora antes citada, propone dos niveles para realizar un análisis sobre la temática:

Un primer nivel sería el Espistemológico y de historia del conocimiento. Este nivel implicaría un cuestionamiento tanto a los criterios de causalidad lineal, como así también a la fragmentación de los fenómenos a abordar. En este sentido se debe reconocer que los campos disciplinares que integran un equipo, no son, señala Stolkiner, “un reflejo de distintos objetos reales sino una construcción históricamente determinada de objetos teóricos y métodos”. (Stolkiner, A. 1999).

Cada disciplina deberá reconocer entonces que las miradas que se tiene sobre los fenómenos a abordar, según sus construcciones teóricas, no conforman la realidad en sí, y que existen por lo tanto otras miradas sobre esa misma realidad, también deberá tener en cuenta que la construcción que se haga de dichos fenómenos a nivel interdisciplinario será una nueva construcción, diferente a las de cada disciplina en particular, de esta forma se terminaría con la fragmentación de un mismo “objeto de estudio”, abordado desde diferentes lugares sin tener en cuenta la generalidad.

El segundo nivel es el *metodológico*: En este nivel se deberá tener en cuenta que, pensar en un desarrollo interdisciplinario implicaría dejar de lado la yuxtaposición de disciplinas, o el simple encuentro casual lo cual no conforma un trabajo interdisciplinario.

Para poder llevar a cabo este desarrollo por un lado se debería realizar una construcción conceptual del problema que sea común a todas las disciplinas intervinientes; también suponiendo un marco de representaciones comunes. Por otro lado realizar la programación de las actividades y los dispositivos necesarios, teniendo en cuenta el tiempo dedicado y reconocerlo como tiempo de trabajo, para ello deberían contar con reuniones periódicas de discusión, ateneos, asambleas, etc. Es importante para poder lograr la conformación de un equipo interdisciplinario, tener en cuenta que no es sólo un grupo heterogéneo de profesionales.

En el imaginario social existe una mirada sobre el/la trabajador/a social, como aquel o aquella que resuelve los problemas sociales, muchas veces las funciones otorgadas son las que no conforman objeto de intervención de ninguna otra profesión, de esta forma queda el trabajo social minimizado en relación a las demás profesiones, las cuales socialmente “tendrían ganado un status” diferencial, como por ejemplo la

medicina, la psicología y la abogacía, con las cuales se comparten espacios de intervención. Estas diferencias se evidencian dentro de los equipos interdisciplinarios, generando asimetrías entre sus integrantes en cuanto al ejercicio de poder. Existirán entonces los/as que decidan, y “los/as chicos/as de los mandados” (Cazzaniga, Susana, 2007:104-106).

Cuando se trabaja en espacios referidos a la salud, es frecuente que al/la trabajador/a social, se le asigne la tarea de conectarse con las familias de las personas, gestionar certificados, pasajes, medicamentos o realizar seguimientos una vez que se tiene el alta. Susana Cazzaniga sostiene que es imperioso reconsiderar las estrategias de intervención, y que esto debería realizarse en forma interdisciplinaria, independientemente de los espacios en donde se trabaje. Considera que en los lugares en donde las “misiones” están establecidas, el/la trabajador/a social deberá desplegar sus conocimientos teóricos a fin de expresar con claridad esa mirada particular que “permite decir y hacer con voz propia, y dialogar con otros saberes”. La capacidad de argumentar, la rigurosidad teórica y la intervención responsable, posicionarían al/la profesional de otra manera y otorgarían condiciones para el ejercicio de poder, “poder decir, poder hacer, poder construir” (Cazzaniga, Susana; 2007:109). Las prácticas sociales diferentes serían, en este sentido, las que lograrían remover las representaciones sociales que se tienen tanto de la profesión como de los y las profesionales, a nivel social e institucional.

La interdisciplina sería una herramienta que permitiría intervenir en lo social de una forma compleja e integral, dejando de lado las intervenciones aisladas y solitarias de los/as profesionales del trabajo social.

Considerar lo subjetivo de cada grupo y lo particular de las profesiones y profesionales dentro de los equipos interdisciplinarios sería indispensable para conformar verdaderos equipos. Todos los saberes disciplinarios implican una forma de poder, es importante analizarlos, ya que necesariamente es una cuestión que surgirá dentro de los grupos.

“En lo individual, la participación en un equipo de esta índole implica numerosas renunciaciones, la primera es la renuncia a considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema. Reconocer su incompletud”. (Stolkiner, Alicia, 1999).

Tanto la omnipotencia como la impotencia son actitudes que niegan la complejidad de la vida social y probablemente obstruirían cualquier posibilidad de intervención interdisciplinaria.

2.5.2 Trabajo Social, Interdisciplina y Salud Mental:

En los procesos de reforma del modelo psiquiátrico tradicional de atención, sería evidente, y necesario, el quiebre y deslizamiento desde una disciplina hegemónica, como lo es la medicina, la cual realiza un recorte de un objeto aislado y fragmentado considerándolo como objeto real, hacia un abordaje interdisciplinario que ya no se basaría en la acción de una sola disciplina.

Paralelamente a este desarrollo de la interdisciplina, se comenzarían a complejizar los modelos de atención comunitaria. Los mismos sostenidos en una epistemología que reconocería *la historicidad y la relatividad de la construcción de saberes disciplinarios* y que se enfocará en la *comprensión de la complejidad*, dejando de lado la búsqueda de respuestas aisladas que corresponderían al modelo tradicional de atención.⁹

La interdisciplina modificaría la relación entre las personas con las cuales se trabaja y los/as profesionales del equipo; pasando de una relación rígida de asistencia, de la institucionalización de “enfermos/as” a considerarlas personas con Derechos.

En estos abordajes se tendería a la integración tanto de los diversos saberes disciplinarios como así también de saberes no profesionales. Para lograr plenamente esta integración, los equipos deberían partir de la formulación de los programas que desarrollarán y sus objetivos. La definición del problema y sus actores implicaría generar acuerdos básicos ideológicos que comprendan el tipo de relación que quieren construir entre el equipo y las personas con las que trabajarán.

Frente al desafío de la desarticulación de las instituciones psiquiátricas y el quiebre de la hegemonía médica sobre las problemáticas de Salud Mental, los criterios comunitarios y el trabajo en equipos interdisciplinarios serían una alternativa para poder alcanzar el efectivo reconocimiento de los Derechos de todas las personas.

⁹ Solitario, Romina; Garbus, Pamela; Stolkner, Alicia. “Atención primaria de la salud e interdisciplina: Dos componentes claves para las reformas en Salud Mental”. Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca. Vol.17. Número 3. Julio-Septiembre 2007. Página 67.

“La idea de integralidad debe estar contenida en todas las prácticas en salud y la búsqueda de cooperación interdisciplinaria resulta eneludible para ello”¹⁰

En este Marco es indispensable hacer referencia al rol que ocupan los y las profesionales del Trabajo Social dentro de los equipos interdisciplinarios. Históricamente, como ya hemos señalado, el Trabajo Social ha estado subordinado a las demás disciplinas, cumpliendo con funciones delegadas por ellas, sobre todo y principalmente, ha estado al servicio de los tratamientos psiquiátricos, de la medicina. Es por ello que al asumir un rol protagónico dentro de los equipos interdisciplinarios, a través de sus saberes fundados teórica, metodológicamente y haciendo uso de sus competencias e incumbencias, estarían en condiciones de ejercer funciones transformadoras que probablemente no sólo tenderían a la efectivización de los Derechos de todas las personas con las que trabaja, sino que tal vez de esta forma dejaría de ser una profesión ejecutora de decisiones de las demás disciplinas.

En este capítulo hemos intentado conceptualizar el rol del/ la Trabajador/a Social tanto en los ámbitos de la salud en general, como en salud mental en particular. Haciendo un breve recorrido histórico por los procesos de profesionalización llevados a cabo, exponiendo las diferentes miradas y aportes que han realizado referentes latinoamericanos/as sobre los mismos. Creímos importante partir desde estas miradas para poder darle sentido a nuestra investigación dejando en claro el posicionamiento que al respecto se tiene sobre la intervención de los y las profesionales del trabajo social.

Hemos conceptualizado también la relación de la profesión en los ámbitos de la Salud Mental, sus intervenciones y posicionamiento dentro de los equipos interdisciplinarios por ser de incumbencia para nuestros objetivos de trabajo.

¹⁰ Solitario, Romina; Garbus, Pamela; Stolkiner, Alicia. “Atención primaria de la salud e interdisciplina: Dos componentes claves para las reformas en Salud Mental”. Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca. Vol.17. Número 3. Julio-Septiembre 2007. Página 67

Capítulo 3

Del “Manicomio” a las reformas de Salud Mental

*Si Ud. Hace caso omiso De nuestra sonrisa desdentada, De las contracturas, De las babas, Encontrará, le juro, un ser humano. Si mira más profundo todavía, Verá una historia interrumpida, Que hasta por ahí, es parecida... Si no puede avanzar, si acaso le dan náuseas o mareos... no se vaya... antes, por lo menos, deje los cigarrillos.
(Marisa Wagner; 2007)*

En este capítulo se intentará por un lado, describir la institución psiquiátrica en nuestro país desde el inicio, sus alcances, objetivos e intereses. Por otro lado se desarrollarán los diferentes procesos que se vienen llevando a cabo en el campo de la Salud Mental, los cuales tienen como objetivo la transformación de las instituciones psiquiátricas. En nuestro país se han ido configurando diferentes modelos de acción para llevar a cabo esta transformación, dos de ellos, implementados uno, en la provincia de San Luis y el otro en la provincia de Río Negro, ambos han tenido como resultado la eliminación de sus manicomios.

Durante el desarrollo de este capítulo también intentaremos destacar particularmente las prácticas que a través de la historia se han ido legitimando y naturalizando frente al problema de la “locura”. También se hará especial hincapié en la institución psiquiátrica que conforma nuestro objeto de estudio “La Colonia Nacional Montes de Oca”.

3. Reseña Histórica del Manicomio en nuestro País

El surgimiento del manicomio en Argentina puede ubicarse a finales del siglo XIX. En esta época los valores que predominaban estaban regidos por la modernidad y el positivismo. Era prematura la constitución de un Estado Nacional, y el ingreso del país al modelo de producción capitalista a nivel mundial. En este sentido también acontecía en esa época una acelerada urbanización debido a las inmigraciones y la creciente industrialización.

Dentro de este marco, el Estado consideraba al sujeto de su intervención, un sujeto pasivo, y sobre el cual debería influir teniendo como principal objetivo una mejora en su calidad como agente económico.

Es por ello que se crea un “dispositivo disciplinar para dar respuesta científica, moralmente adecuada e institucionalmente organizada a la presencia social de la locura”. Este dispositivo será el llamado Manicomio, que debía encontrar un lugar específico de control social, a todas aquellas personas que no se adapten moralmente a las exigencias sociales de la época, y que “pusieran en peligro” la estabilidad del sistema. Institución que tendrá como objetivo contener la “locura, la diversidad y la marginalidad improductiva para limpiar la ciudad y sostener el sistema, aunque por ello legitimara la negación de los derechos individuales y permitiese formas de represión agresivas” (Amico, Lucía del Carmen, 2005:26-27).

Es importante hacer una reseña de las características que engendran y reproducen en su interior estas instituciones, tanto en épocas anteriores como en la actualidad.

3.1 Características de las Instituciones Psiquiátricas:

Goffman en su reconocido y muy citado escrito sobre instituciones psiquiátricas intenta, a través de una experiencia propia, presentar un panorama sobre las instituciones totales, como viven y se relacionan los diferentes actores que participan.

En principio refiere que

...Una institución total es un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria administrada burocrática y formalmente... (Goffman; 1980:13).

En este contexto las personas pasaban sus días, meses y años. Las condiciones de vida dentro de las instituciones eran inhumanas, desde el derecho a la identidad hasta el derecho a la libertad eran violentados, negados y sustraídos, llegando al punto de que convertir a las personas en objetos. Quizás ese fue el objetivo de los manicomios, reclutar, reprimir, excluir, silenciar y segregar personas bajo el discurso de mantener el orden social, aquellas consideradas peligrosas para sí y para otros/as.

Para poder llevar a cabo dichos objetivos institucionales, el mecanismo más “efectivo” fue la violencia. A decir de Franco Basaglia una violencia ejercida por los/as que son parte del sistema, aquellos/as que detentan el poder, sobre aquellos/as que se

encuentran irremediablemente colocados/as bajo su dominio. La violencia y la exclusión se hallarían en la base de todas las relaciones susceptibles de instaurarse en nuestra sociedad (Basaglia, Franco, 1972: 131).

Originariamente, la persona sufre la pérdida de su identidad, la institución y los parámetros psiquiátricos le confeccionarán otra en su reemplazo, una nueva identidad: locos/as. Las personas con malestar psíquico eran colocadas en una institución cuya finalidad terapéutica resultaba ambigua por no querer ver más que un “cuerpo enfermo”, es decir, sólo pacientes diagnosticados con supuestas enfermedades psiquiátricas, consideradas peligrosas, alienadas y sin posibilidades de vivir en sociedad.

En este sentido, la institución modifica y le confiere un nuevo cuerpo, desposeídas de sus identidades encarnadas, el loco/a incorpora una nueva existencia, sobre la base de la negación de su autonomía. *Se convierte en un cuerpo vivido (construido) en la institución y por ella, hasta el punto de ser asimilada por la misma, como parte de sus propias estructuras físicas* (Basaglia, Franco, 1972:155).

Carmen Amico expresa en su libro “La institucionalización de la locura”, que el ingreso a un hospital psiquiátrico, con estas características antes descritas, implica una mutilación del Yo. Se genera un proceso que lleva a la anulación del rol social de las personas, a tener que obedecer sin lugar a decisiones propias, someterse a humillaciones desde sus superiores, se produce el despojo de cualquier pertenencia personal, deben cumplir con toda actividad programada, toda su privacidad queda expuesta, sufriendo violaciones de su intimidad, *profanaciones, degradaciones, castigos y amenazas, malos tratos, estigmatización, etc.* (Amico; 2005:29).

Las personas institucionalizadas no tienen permitido conservar nada como propiedad; su circulación es controlada; renuncian a la privacidad; su intimidad es inexistente (el baño común y sin puertas, las funciones corporales a la vista, las puertas sin su control, la habitación compartida, etc.) la pérdida de su singularidad como persona equivale a un completo estado de fusión-confusión con las demás personas, *desde el número o diagnóstico que reemplaza al nombre propio, la pérdida de la libertad, de los derechos civiles, etc.* (Galende, 1994:15 en Amico; 2005:30).

3.2 Primeros Asilos en Argentina

En Argentina, en 1899 se inaugura el Asilo de alienados en la localidad de Luján, el objetivo explícito fue dar respuestas a los grandes problemas sociales que

ocurrían en esa época, así lo declara el doctor Domingo Cabred en su discurso inaugural de dicho establecimiento: *Enfermos indigentes, alienados, e idiotas, así como el tratamiento de males que, como la tuberculosis y la lepra, requieren cuidados especiales para contener su avance* (Cabred, 1991 en De Lellis y Rossetto, 2008:237).

Hasta ese momento el Hospicio de las Mercedes, era casi la única institución que daba respuesta al problema de “los alienados”. El mismo desde sus inicios estuvo superpoblado, este hecho se agudizó como consecuencia de las oleadas masivas de inmigrantes a finales del siglo XIX y principios del siglo XX.

En 1887 se presenta al Poder Legislativo un proyecto de Ley solicitando la creación de un asilo o colonia de “alienados”, fuera de la ciudad de Buenos Aires, encomendándole la ejecución del mismo al Dr. Domingo Cabred.

La Ley 4953 de *Creación de hospitales y asilos regionales*, se promulgó el 26 de julio de 1906 y fue de trascendental importancia, daría respuestas al problema de la marginalidad e indigencia en Argentina. Estas instituciones asilares tenían un perfil característico llamado “sistema-colonia” con un carácter de autosuficiencia en el plano económico y autonomía en el plano administrativo-financiero (De Lellis-Rossetto; 2008:238).

Durante los veinticinco años que Cabred presidió la comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales se logró la creación de instituciones asilares y hospitales a lo largo de todo el país, alrededor de 11.200 camas, entre las instituciones más importantes se encuentran: el Hospital Regional de Resistencia, el Asilo de Alienados de Oliva, La Colonia Nacional de Alienados en Open Door (hoy colonia Cabred), la Colonia para niños retardados de Torres (actualmente Montes de Oca), el hospital de Bell Ville, el Hospital Común Regional de Río Negro, en Allen, el Asilo Colonia de Olivera, Hospital Común Regional Andino de La Rioja, Hospital Común Regional de Misiones, Hospital Común Regional de Chaco, Policlínico Regional del Litoral en Entre Ríos.

Cabred había viajado en diferentes oportunidades a Europa, donde quedó impresionado, especialmente en Alemania, por Alt Scherbitz, una institución en donde los “pacientes” con enfermedad y discapacidad mental se alojaban en casas tipo chalet, todas diferentes entre sí, sin rejas, con capacidad para 25 a 30 personas. Este establecimiento se regía por un sistema al que llamaban *no restraint* (sin coerción), había surgido en Escocia y expandido hacia otros países europeos.

De esta manera Cabred recomendó que se instalaran estos modelos en nuestro país “Se derribaron muros, se suprimieron rejas y se ofreció a los alienados libre y sin

interferencias, la vista del horizonte. Era el sistema Open Door” (Malamud, 1966:25 en De Lellis- Rossetto; 2009:9).

En el discurso inaugural citado anteriormente, el Dr. Domingo Cabred, deja en claro el posicionamiento positivista sobre el cual se apoyará para el desarrollo de estos nuevos establecimientos: *la creación de este Asilo abre así una nueva era en el tratamiento de los anormales, pues entre nosotros, lo mismo que en los países más adelantados de Europa, han sido los últimos en alcanzar los beneficios de la caridad y la ciencia* (Cabred, 1923 en De Lellis-Rossetto; 2008:240); en este mismo discurso sostiene que la internación es la mejor manera de “educar a los anormales” y que a partir de los principios científicos y humanitarios se podrá lograr obtener los mismos beneficios que se habían obtenido en los países europeos que aplicaban la misma lógica.

3.2.1 “Asilo Colonia Regional Mixto para Retardados”.

...Un día cualquiera, se te da por mirarte en el espejo (no abundan los espejos en el manicomio, por razones obvias, se me ha dicho). No importa, el espejo del que hablo, está en otro lado, adentro (...) Y te cruzas entonces, con otro espejo que deambula, más valioso y fidedigno... ¡Y acaece la revelación! ¡Qué voy a estar sola... si somos mil setenta locos acá dentro! Y cuando nos juntamos los espejos uno le da coraje a otro y resistimos. La subestimación. La discriminación. Los abandonos. Pero, bueno, estas ya no son cosas de locos...
(Marisa Wagner; 2007).

El Asilo Colonia Regional Mixto de Retardados fue creado por la Ley N° 4956 a instancias del proyecto presentado en el Congreso de La Nación por el Doctor Manuel A. Montes de Oca, quien fuera ministro de Relaciones Exteriores y Culto durante el período presidencial del Doctor José Figueroa Alcorta.

El 15 de Noviembre del año 1908 se inaugura la institución, Cabred dio su discurso inaugural, donde explicaba que el asilo había sido originalmente creado para atender a niños con retardo, y que desde ese momento estará destinado a la asistencia y educación de *retardados de ambos sexos, cualquiera sea el grado y la forma de insuficiencia psíquica. Los/las anormales leves, medianos y profundos, apáticos, inestables, amorales, con parálisis, con crisis convulsivas o delirantes, adaptables todos al medio escolar y al medio social*, se hallarían agrupados/as y distribuidos/as, según correspondiera, en las diferentes secciones y subsecciones que comprendería la institución (Argentina, Asilo Colonia Regional de Retardados, 1908:13).

El asilo se habilitó finalmente en el año 1915 en la localidad de Torres, un pueblo perteneciente al Partido de Luján, ubicado al noreste de la Provincia de Buenos Aires, ubicada en la ruta 192 km17, a 80km de Capital Federal. En ese mismo año se solicitó a través de un oficio dirigido al Ministro de Relaciones Exteriores y Culto, que la Sociedad de Beneficencia enviara...*hasta doscientos retardados, de uno o ambos sexos, de seis años para arriba, de los que se asisten en los hospitales dependientes de ella...* El dispositivo de “puertas abiertas” pretendía la rehabilitación de los y las “pacientes” a través del trabajo, el cual se ejercería dentro de un medio rural. En su discurso inaugural sostenía: *...no habrá muros de circunvalación que limiten el horizonte, y el sistema de puertas abiertas-open door- regirá ampliamente para estos anormales...* (Argentina, comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales 1923:16).

El modelo comprendía, por un lado una visión que promovía el aislamiento con fines terapéuticos, sostenida por el argumento que las personas con “enfermedad o debilidad mental” eviten exponerse a las tensiones y complejas demandas que caracterizaban la vida en las grandes ciudades. Por otro lado sometía a las personas, consideradas alienadas, al cultivo de la tierra y otras actividades agrícolas, con el fin de conseguir ingreso de recursos para la institución. El cultivo de la tierra permitiría ocupar mayor número de personas; sostenían que era la tarea más higiénica y que más les gustaría realizar ya que se efectuaría al aire libre. Este trabajo de cultivar la tierra en realidad representaría una fuente importante de recursos lo cual era el objetivo de su implementación (De Lellis-Rossetto; 2009:17).

El tipo de construcción que se llevó a cabo en este asilo fueron pabellones al estilo suizo-francés, todos rodeados de amplias galerías. Cada pabellón separado de los demás por jardines y pequeños bosques.

...se levantará en un hermoso prado, de doscientos treinta y cuatro hectáreas, muy fértiles, rodeadas de vías de comunicación y compuestas de numerosos pabellones separados. La forma de estos será la de chalets pequeños, sencillos y cómodos, adaptados a las condiciones de nuestro clima y ubicados en orden disperso, en medio de jardines, lo que dará la impresión de un pintoresco pueblecito... (Argentina, Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, 1923:14).

Con el pasar de los años, la sustentabilidad de este asilo, así como los demás asilos existentes, se vio afectada por el crecimiento del número de personas que alojaban. En el caso particular del Asilo que se describe, también tuvo un fuerte impacto el aumento de personas que comprendían cuadros patológicos de los más variados y a la

vez presentaban un deterioro social que hizo colapsar el mantenimiento de la institución.

La capacidad del hospital resultó cada vez más insuficiente, el hacinamiento y las condiciones precarias se revelaron como problemas centrales de la institución. De esta forma, las instituciones que originalmente se fundaron con el lema “sin muros” o “puertas Abiertas”, y con el supuesto objetivo de rehabilitación y protección, se transformaron en verdaderos espacios de exclusión social. Se profundizaron las internaciones indefinidas. La inactividad, el abandono y el encierro fueron prevaleciendo al interior de la institución. En los pabellones se habilitaron las denominadas “salas de Contención”, que eran verdaderos ámbitos de aislamiento, superficies reducidas en donde se privaba, a la persona encerrada, su desplazamiento motriz. Asimismo se instalaron rejas con el propósito de poder cuidar al mayor número de personas con el menor número de personal, esto reforzaba la misión de control social del modelo de atención manicomial (Rossetto-De Lellis; 2006:225-238).

La misión controladora de estas instituciones, ha tenido un protagonista esencial en su funcionamiento, el psiquiatra, quien ha sido la figura predominante elegida para ejercer el *poder disciplinario y la vigilancia* dentro de los manicomios. En este sentido, Foucault sostiene que:

El poder en la vigilancia jerarquizada de las disciplinas no se tiene como se tiene una cosa, no se transfiere como una propiedad; funciona como una maquinaria. Y si es cierto que su organización piramidal le da un “jefe”, es el aparato entero el que produce “poder” y distribuye los individuos en ese campo permanente y continuo. Lo cual permite al poder disciplinario ser a la vez absolutamente indiscreto, ya que está por doquier y siempre alerta, no deja en principio ninguna zona de sombra y controla sin cesar a aquellos mismos que están encargados de controlarlo; y absolutamente “discreto”, ya que funciona permanentemente y en una buena parte en silencio (Foucault, Michel, “1975.: . 182-184)

3.3 El rol de la Psiquiatría:

Franco Basaglia al hablar de los comienzos de la psiquiatría, se refiere a Philippe Pinel, recordando que a fines del siglo XVIII liberó a los locos de las prisiones, *pero – dice- desgraciadamente, luego de haberlos liberado, los encerró en otra prisión que se llama manicomio. Empieza así el calvario del loco y el gran destino del psiquiatra*¹¹.

¹¹ ...en la historia de la psiquiatría aparecen nombres de grandes psiquiatras; pero del enfermo mental sólo existen denominaciones, etiquetas: histeria, esquizofrenia, manía, astenia. La historia de la psiquiatría es la historia de los psiquiatras y no la historia de los enfermos. Franco Basaglia Fundador de la desmanicomialización en Italia y en el mundo, pronunció en 1979 en

La psiquiatría, encarnada en la figura del psiquiatra, concentrará el poder que se ejercerá sobre las personas con malestar psíquico. Esta disciplina será la encargada de decidir sobre la libertad de dichas personas, diagnosticando su “capacidad o incapacidad”, si son encerradas en los asilos/manicomios o se encuentran aptas para vivir en libertad. Este poder es legitimado a su vez por la sociedad, quien reconoce en ese profesional la competencia para determinar el estado de Salud/enfermedad del que gozan las personas. El diagnóstico de “locura” dado por el psiquiatra, será objeto de internaciones compulsivas en los manicomios, sólo se necesitará de un “supuesto saber práctico” sobre la presencia de síntomas de la “locura” y un certificado (firmado por el psiquiatra) que lo avale para ser efectivo el encierro.

La persona que se supone “enferma” se transforma en un mero objeto, pasivo, de un saber positivo. Dentro de esta lógica, el/la “paciente” se encuentra en condiciones de subordinación frente al médico y deberá someterse a su decisión siempre arbitraria. Todo esto conlleva en sí mismo funciones judiciales delegadas al poder psiquiátrico, ya que esta privación de la libertad que impone la figura del médico, de forma arbitraria toma forma de sentencia.

El psiquiatra entonces, *concentra en su persona la función judicial de observar y dictar sentencia con la internación compulsiva y el sometimiento del enfermo a los tratamientos que prescribe*. Esta figura será el *rostro visible del poder instituyente del dispositivo asilar* (Galende, Emiliano; 2006:84).

Es este poder el que legitima todas sus prácticas, más que el propio saber que supone la profesión. El psiquiatra se impone diagnósticos y prescribe su tratamiento escudado en una figura, o personaje que inspira temor y respeto. Philippe Pinel al afirmar el positivismo psiquiátrico tenía en cuenta estas funciones del médico psiquiatra dirigidas al control de las personas “enfermas”, él decía:

...El arte de subyugar y domesticar, por así decirlo, al alienado, poniéndolo bajo la estricta dependencia de un hombre que, por sus cualidades físicas y morales, tenga la capacidad de ejercer sobre él un influjo irresistible y modificar el encadenamiento vicioso de sus ideas... (P.Pinell en Galende, 2006:86).

Está claro que no es el saber el que determina el poder del psiquiatra, sino que, sus cualidades físicas y morales, son las que establecen la capacidad de dominación y control frente a la vulnerabilidad de las personas sobre las cuales ejerce su poder. Dicha

San Pablo, Brasil, una serie de conferencias –hoy recogidas en libro– en las que reflexiona sobre la locura, la sociedad y la emancipación. <http://www.pagina12.com.ar/imprimir/diario/psicologia/9-133467-2009-10-15.html>.

vulnerabilidad no es una característica innata de las personas, sino que son las condiciones a las que son expuestas, de subordinación y sumisión, las que vulneran su integridad.

La psiquiatría como profesión hegemónica en el tratamiento de la “locura”, y los manicomios como institución depositaria de ésta, han desarrollado conjuntamente, todo un mecanismo de control social, justificando el encierro y los tratamientos represivos con la falsa argumentación de tratamientos médicos que se dirigían a supuestas “curas”. Lo que en realidad es, claramente, una decisión política destinada a contener y aislar la “locura”, separarla del resto de la población para mantener el “orden social” impuesto considerándola una amenaza a su integridad.

Se trata de controlar al loco que crea o puede crear situaciones disruptivas en la vida de la ciudad. Son los enfermos mentales que habitan en la ciudad los primeros en sufrir este destino. Es sobre la base de la decisión política y de este ejercicio de poder que el médico instalará luego su pretensión de un saber disciplinario sobre la locura... (Galende; 2006:83).

El/la “loco/loca” pasa a ser objeto de estudio de la psiquiatría, despojándolo/a de su condición de sujeto/a de derechos. Esta disciplina desde su origen hasta hoy, ambiciona tener un conocimiento objetivo sobre la “locura”. La propia existencia de las personas, su historia, su cuerpo, su subjetividad y sus particularidades, quedarán suprimidas y a disposición del médico psiquiatra, de su poder, de su saber, del diagnóstico y tratamientos impuestos. El médico argumentará sus diagnósticos de enfermedad con una pretensión de objetividad, haciendo alusión a los supuestos de “alienación y peligrosidad”. Para poder cumplir con esto deberá dejar fuera de su mirada toda subjetividad de la persona, es así que el/la “loco/loca” pierde su status de sujeto. *Todo lo que este(a) argumente, la resistencia que oponga (...), la violencia con que trate de defenderse...serán considerados solamente cómo manifestaciones de su enfermedad.* Es solamente a través de ese despojo de subjetividad, que el psiquiatra, reduce toda particularidad perteneciente a la persona, al sólo funcionamiento cerebral. En consecuencia también se reduce a las personas a un simple diagnóstico o historia Clínica (Galende; 2006:84).

La historia de la psiquiatría ha sido y es aún hoy, un debate permanente entre los mismos psiquiatras cómo así también con otras disciplinas, sobre la supuesta objetividad en la que basa su poder de decisión sobre las personas. La psiquiatría cumple con sus postulados de objetividad y el imaginario social lo legitima, pero pese a

esto no ha podido nunca demostrar su saber sobre la “locura”. Entonces en este marco, el médico es el encargado de dictaminar el encierro de las personas, de aislar la “locura”, no por el hecho de conocerla, sí no porque es capaz de dominarla, y tiene el poder para hacerlo. (Galende; 2006:86).

3.4 Nuevas Alternativas :

En el Siglo XX comenzaron a tomar forma algunas reformas en cuanto a la Salud Mental, modificaciones que cuestionaron el manicomio y sus métodos de atención. Las primeras expresiones de este movimiento tuvieron lugar en Europa, llegando sus repercusiones a nuestro país. Los principales cuestionamientos se basaron en la defensa de los Derechos Humanos. Trataron de transformar los diferentes dispositivos institucionales que la lógica manicomial centralizaba respondiendo a un sistema custodial, según este enfoque antipsiquiátrico, las concepciones sobre salud/enfermedad que sostienen los manicomios serían de por sí negadoras de derechos.

Estos movimientos tuvieron lugar luego de la Segunda Guerra Mundial teniendo como finalidad el cierre definitivo de los manicomios, proponiendo para lograrlo, crear redes de atención y prevención en Salud Mental, diferentes dispositivos y servicios de atención en la comunidad.

En definitiva lo que buscaron fue generar espacios alternativos de prevención y promoción de la Salud Mental. Para ello fue necesaria la incorporación de distintos actores sociales y profesionales, como así también la participación de las personas con malestar psíquico, de su familia y de la comunidad.

Estas modificaciones implicarían la descentralización del poder que ejercía la figura del médico en las instituciones, se incluirían en el tratamiento de “rehabilitación” nuevos profesionales, psicólogos/as, terapistas ocupacionales, trabajadores/as sociales, etc. En otras palabras se intentaba oponer al manicomio (con su lógica disciplinadora, de control social, de encierro, de segregación y de censura) una nueva lógica de participación (atención comunitaria y defensa de los derechos) que priorizara a la persona por encima de su diagnóstico. Se tratarían de construir espacios donde las personas pudieran recuperar la plena ciudadanía que el manicomio les había arrebatado.

En los años '60 comienza a tomar peso un movimiento que expresaba manifestaciones antipsiquiátricas. Este movimiento dio visibilidad a las condiciones en las que se vivía en los manicomios, sus prácticas degradantes y los modos de vida

infrahumanos que allí se experimentaban. La “Antipsiquiatría” tuvo sus orígenes en los ideales presentados por psiquiatras como F. Basaglia, R. Laing, D. Cooper, estos propulsores de la psiquiatría comunitaria que cuestionaron explícitamente la existencia de las instituciones psiquiátricas y sobre todo sus prácticas.

Cármén Amico en su libro “la institucionalización de la Locura” cita a Alfredo Carballeda, quien señala los principios básicos en los que este movimiento antipsiquiátrico se apoyaba: El rechazo del modelo médico tradicional ejecutado por el psiquiatra y rechazo al manicomio al cual consideraban como el lugar en donde se producían los trastornos irreversibles. Consideraban que la persona con malestar psíquico no es un/una ser anormal que deba ser cambiado/a, sino una víctima inocente de un sistema patógeno que proviene de un medio que manifiesta constantemente las contradicciones y conflictos de la sociedad. Es así que la enfermedad mental sería una invención oportunista y opresiva de la sociedad y de la psiquiatría.

...La familia y el grupo, después de perturbar a ciertos sujetos, los declara enfermos y los “aniquila” con el tratamiento. La psiquiatría tradicional es un simple mecanismo de represión; constituye una disfrazada violencia oficial (o institucional)...Más que “la locura”, merece cuestionamiento el lugar social en que “se desarrolla la enfermedad” (Carmen Amico; 2005:53).

Desde esta óptica entonces se considera a las sociedades como productoras de las enfermedades y a las instituciones manicomiales como depositarias de estas patologías, fortaleciéndolas y a su vez produciendo otras patologías de carácter irreversibles por estar expuestos/as a condiciones inhumanas dentro de ellas.

En el marco de esta nueva lógica, se comenzaron a crear residencias intermedias como alternativas a la internación. Se abrieron residencias autogestionadas, las cuales son casas donde las personas no se encuentran institucionalizadas, contraen responsabilidades y obligaciones, realizan tareas de mantenimiento de su hogar, y gestionan los recursos para el sostenimiento de la vivienda. Se encuentran dentro de la comunidad, por ello es de suma importancia la descentralización institucional, es decir, que no funcionen como dispositivos de los manicomios, ya que muy fácilmente podrían llegar a convertirse en mini-asilos.

...Muchas veces cuando se plantea terminar con el manicomio, y en consecuencia se proponen estructuras intermedias, esto no pasa de ser sólo un cambio de nombre, es decir, el dispositivo manicomial bajo el disfraz de formas alternativas repite los mismos mecanismos asilares, en estas nuevas instancias intermedias... (Carmen Amico; 2005:58).

Es importante, cuando se habla de procesos alternativos, destacar que solamente la experiencia italiana ha tenido resultados óptimos, ya que en el resto de los lugares donde se implementaron alternativas al manicomio, éstas han terminado coexistiendo con él.

En Argentina en 1957, se crea el Instituto Nacional de Salud Mental. Goldemberg, quién estaba al frente del servicio de salud mental, extiende su asistencia a las prácticas comunitarias, creando Centros de Salud Mental y servicios de psicopatología en hospitales de la ciudad de Buenos Aires. En esa misma época también fueron importantes las comunidades terapéuticas como las que tuvieron lugar en Entre Ríos.

Todas las prácticas que se dirigieron hacia un cambio de atención en Salud Mental, enfocada en salud más que en la enfermedad, en los derechos más que en los diagnósticos de insania, tuvieron un punto de quiebre con la dictadura militar que irrumpió en nuestro país en el año 1976.

Más tarde, con la crisis de los 90 y la implementación de las políticas neoliberales en nuestro país, se descentralizaron todos los establecimientos que dependían del Estado Nacional, pasando a ser responsabilidad de cada provincia, esto dio como resultado la falta de recursos y el desmantelamiento de muchas instituciones públicas, sufriendo una gran decadencia el sector de la Salud, entre ellos el de la Salud Mental.

Hubo planes y propuestas tendientes a la disminución de las prácticas de internación institucional, modelos más abiertos y comunitarios, pero son sólo experiencias particulares las que tuvieron una exitosa implementación, cómo es el caso de Río Negro y San Luis quienes adoptaron principios básicos de las reformas llevadas a cabo en Italia desarrollándolas a nivel local, en el resto del país las contradicciones políticas y la falta de presupuesto limitaron el desarrollo potencial de estas nuevas alternativas.

3.4.1 Experiencias en la Provincia de Río Negro:

Hasta la restauración de la democracia en el país, el sistema de Salud Mental de Río Negro estaba centralizado en la asistencia en un único hospital psiquiátrico. Este era un hospital que se regía por la lógica manicomial: Una institución total, encierros, aislamiento y cronificación de los padecimientos.

En 1985, el Dr. Hugo Cohen asume el cargo de Jefe de Departamento de Salud Mental de la provincia, que, acababa de constituirse.

Consecuentemente se inicia un proceso de transformación en la atención en salud mental, teniendo como objetivo el cierre del manicomio, la sustitución del mismo por una política de promoción Sanitaria y Social de las personas con malestar psíquico. Comenzaron externaciones de las personas que se encontraban internadas en el hospital, y paralelamente se terminaron las internaciones. Elaboraron procedimientos para la intervención en crisis, conformando “equipos de patrulla” integrados, entre otros, por enfermeros, estudiantes, agentes sanitarios y profesionales de diferentes disciplinas.

Se conformaron también nuevos equipos de trabajadores en los hospitales generales, los cuales intentaron implicar activamente al resto de los trabajadores de la salud. Sólo internaban en ocasiones de crisis, por períodos cortos, dentro del hospital general, compartiendo las salas comunes con clínica médica lo cual implicó una fuerte decisión política para lograrlo, ya que esto generó resistencia dentro del sector, pero fue clave para poder lograr el cierre del manicomio, y ponerle fin a la marginación y al depósito de personas en esa institución.

Los equipos de Salud Mental intentaban reconstruir las redes sociales de las personas con sus familias y también con los centros periféricos en donde recibirían la atención que necesiten.

Esta modalidad de trabajo en salud mental entendida comunitaria, fue posible al estar sostenida por una decisión política, encontrando a su vez apoyo institucional y comunitario, lo que permitió su consolidación.

Este cambio de lógica, encarnó también una modificación en el modo de representar la “locura”. Las principales estrategias que se pusieron en marcha durante este proceso de reestructuración del sistema fueron: la intervención en crisis y la reinserción social. Los equipos comenzaron a operar en el lugar donde las personas desarrollan su vida cotidiana en libertad. También se implementaron actividades dirigidas a disminuir el uso de psicofármacos, actividades recreativas y promoción de actividades laborales o fortalecimiento de las mismas.

Esto se deriva de la concepción de que para lograr una efectiva desmanicomialización se necesitarían diferentes recursos y apoyos que garanticen una verdadera reinserción social y un mayor bienestar a las personas.

“Es en esta “despsiquiatrización” del tema de la locura a favor de un abordaje social que aparece la riqueza de los recursos de salud presentes en toda comunidad” (Carmen, Amico; 2005:63).

El Doctor Hugo Cohen sostiene que:

...La desmanicomialización debe destruir muros y rejas llegando hasta la transformación de nuestras mentes. Una actitud autoritaria es manicomial, se desarrolla dentro o fuera de las paredes del manicomio. Las acciones para reducir el estigma social y la discriminación son claves para la desmanicomialización... (Cohen, Hugo; 1994).

Todo este proceso dirigido a la transformación del sistema de salud mental, buscó la intervención de todos los sectores de la comunidad y las instituciones de la misma. Para poder concretarlo fue necesario su aporte y su compromiso, se pretendía la transformación de las personas, la construcción de una nueva representación social de la locura, restituir derechos, y construir espacios comunitarios que promovieran la salud.

3.4.2 Experiencia en la Provincia de San Luis

En la Provincia de San Luis se comenzó una reforma del sistema de salud mental, implementándose un plan de Salud Mental en el año 1993, teniendo como objetivo la transformación de la atención psiquiátrica.

Allí también la atención estaba centralizada en instituciones totales, teniendo una larga trayectoria de encierros, aislamiento, maltrato, y abandono social.

Se comenzó un camino de sustitución del manicomio, por un hospital de puertas abiertas y habitado por la comunidad.

El Dr. Pellegrini es el referente de esta reforma en la provincia, quien cuenta que el trabajo llevado a cabo allí comenzó con una actualización de los diagnósticos médicos, ya que los mismos habían sido realizados cuando las personas habían entrado al hospital, se sustentaban en descripciones médicas, que implicaban una sentencia de encierro. Expresa también que después de revisar cada historia clínica, llegaron a la conclusión de que el verdadero diagnóstico no eran las patologías que contenían dichas historias clínicas, sí no que el diagnóstico general era el de la institucionalización, cada paciente se comportaba como un loco(a), tal como se esperaba socialmente de él(ella)...el manicomio presenta ausencia de planes de externación y reinserción social y un exclusivo uso de psicofármacos como tratamiento...*encierro, calabozos,*

promiscuidad y suciedad, golpes, abandono, insultos en la conducta de agentes de salud...(Pellegrini; 1998:25).

Se comenzó con una política que se haría efectiva dentro de la comunidad, ya que se buscaba reconstruir los vínculos de las personas, que habían estado internadas desde hacía varias décadas, con su familia y su entorno. Es por ello que se puso en marcha un plan de externación, sustentado en una red de apoyos comunitarios. Para lograrlo se implementaron diferentes actividades educativas de salud dirigidas a toda la comunidad.

Esto generó gran movilización en la provincia, hecho que pudo lograr una mayor visibilidad de la problemática, la sociedad pudo conocer las condiciones en las que vivían las personas dentro del hospital psiquiátrico. No hay dudas de que también se generó una polémica frente a esto, personas que se oponían y personas que estaban de acuerdo con esta nueva reforma. Hubo quienes en teoría no estaban de acuerdo con el manicomio, pero que sostenían que el tratamiento era sinónimo de encierro, ya que suponían que la “enfermedad mental” era incurable y peligrosa.

Esta movilización y polémica abrió el debate en la provincia, encontró aliados y enemigos tanto dentro del hospital cómo fuera. Ya que toda reforma acarrea resistencias.

La visibilidad y la formación en materia de Salud Mental basada en el conocimiento de estas nuevas estrategias, fueron fundamentales para que se hagan efectivas las transformaciones.

Es así que el hospital psiquiátrico abre sus puertas, transformándose en un hospital polivalente, un hospital para toda la comunidad, una institución de promoción y atención de la salud integral, ya que se partía de la idea de que la salud mental no puede estar nunca separada de la salud en general.

El gasto en psicofármacos disminuyó significativamente, lo que dio lugar a que con ese dinero se solventaran planes de atención domiciliaria, y también ayudas sociales para personas externadas. El hospital les provee los medicamentos, la ropa, el calzado y en los casos necesarios materiales de construcción de viviendas.

El hospital se reestructuró, ahora es un centro de salud, no tiene pabellones, y todos sus sectores se encuentran comunicados. También se creó dentro del mismo establecimiento una escuela para la formación de personal.

3.5 Transformaciones en la “Colonia Montes de Oca”

En el año 2004 la institución Montes de Oca ubicada en la localidad de Torres, partido de Luján, comenzó un proceso de transformación institucional, reconversión del modelo de atención asilar por uno sustentado en la rehabilitación integral y la implementación de estrategias de inclusión social, denominado “Red de servicios de Salud y discapacidad”, esta reforma tendría como objetivo la inclusión de las personas internadas en los diferentes dispositivos de salud mental que se generarían. La atención con inclusión social es uno de los principales desafíos propuestos, por las autoridades de la Colonia. La apertura de Centros de Día, hogares, talleres laborales, residencias en la comunidad, unidad de rehabilitación y cuidados especiales, servicios de atención ambulatoria, el Programa “Regreso al Hogar”, la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental son algunas de las acciones que llevarían a cabo para el cumplimiento de sus objetivos. Sin embargo aún hoy persisten los grandes pabellones con personas internadas, quienes en su mayoría llevan más de 30 años de encierro. La institución cuenta con centros de día donde se reúnen a trabajar, un espacio para los/as ancianos, comedor, sanatorio, taller mecánico, lavandería, una capilla, guardería para los/as hijos/as de los empleados/as y un tambo.

En 2005 se abrió la primera casa de medio camino allí, en la localidad de Torres, a unos pasos de la institución cubriendo un número aproximado de 30 personas, quienes son atendidas por un equipo interdisciplinario compuesto por psicólogos/as, personal de enfermería, fonoaudiólogo/a y talleristas de rehabilitación.

Luego fueron surgiendo proyectos de crear residencias más independientes: En primera instancia la institución buscó una casa en Torres y se externaron 5 personas. Luego se continuó con la apertura de otras viviendas llegando a ser hoy 20 las casas en donde conviven personas externadas, y que según datos de la propia institución serían 89 las personas “beneficiadas”. Destacando que del total de viviendas, algunas siguen considerándose dispositivos de la institución, otras, casas co-gestionadas, en donde sus ocupantes a partir de los propios ingresos económicos saldan los gastos de alquiler y subsistencia.

La institución cuenta con un gran número de personas que habiendo cesado las causas que originaron su internación permanecen en la misma como consecuencia de carencias sociales, económicas y afectivas, constituyendo un importante factor de cronificación y deterioro personal, además de marginación y aislamiento de la sociedad. En la actualidad el avance en el área de la farmacología, ha permitido mejorar la calidad de vida de los pacientes con afecciones mentales, lo que en muchos casos no se corresponde con el

deterioro que produce la cronificación hospitalaria. Por talrazón es necesario articular respuestas superadoras del modelo protector, paternalista y estratificante, que le devuelvan al sujeto su entidad de ser social (Rossetto, De Lellis; 2008).

En este capítulo intentamos realizar una breve descripción sobre las instituciones psiquiátricas en nuestro país, su evolución, objetivos, alcances e intereses como institución de control social. Se desarrollaron también los diferentes procesos que se vienen llevando a cabo en el campo de la Salud Mental, los cuales tienen como objetivo la transformación de las instituciones psiquiátricas. Expusimos las experiencias llevadas a cabo en las provincias de Río Negro y San Luis.

Intentamos desarrollar particularmente las prácticas que a lo largo de la historia se fueron legitimando y naturalizando frente al problema de la “locura”. Haciendo especial hincapié en la institución psiquiátrica que conforma nuestro objeto de estudio “La Colonia Nacional Montes de Oca”.

Capítulo 4

La Salud Mental Como Derecho

...Hagamos cuentas... Se dice que yo le cuesto al estado, (a Ud. Señor que paga los impuestos). Dos mil pesos por mes, monto aproximado, estando aquí, internada. Yo digo... Si el estado me diera la mitad de ese dinero, yo solucionaría, afuera, mis problemas... Vivienda. Alimentación. Tratamiento ambulatorio, y hasta medicinas. ¿Querrá el estado ahorrar mil pesos mensuales, conmigo? ¡Enviaré con urgencia ésta propuesta! ¿O existen otros intereses creados?... (Marisa Wagner; 2007).

Este capítulo tiene como objetivo exponer el marco legal actual, respecto de la salud mental, tanto a nivel internacional cómo a nivel nacional.

Teniendo en cuenta la temática de esta investigación, es de suma importancia considerar estos aspectos jurídicos legales que buscan garantizar el bienestar de las personas.

Históricamente en el tratamiento de la “locura” a las personas, frecuentemente, se les ha restringido su libertad. Derivando esto en un traspaso de su capacidad jurídica hacia la figura de la tutela, sostenida por la lógica de evitar discriminaciones.

Respecto a los Derechos Humanos, a partir de esta nueva figura, surge la necesidad de generar diferentes mecanismos normativos que lleven a garantizar el goce de los Derechos.

Los mecanismos legales de alcance internacional son complementarios de las normativas nacionales, esto significa que deben ser interpretados como normas que contribuyan a una mejor protección de los derechos. Los estados nacionales sin embargo, no pueden generar mecanismos que vayan en detrimento de los derechos individuales, ya que los tratados internacionales por su naturaleza tienden a limitar los poderes del Estado.

En consecuencia, los Estados deberán generar normativas que garanticen el cumplimiento de los derechos de todas las personas, buscando alcanzar así los estándares de derechos internacionales.

Las Naciones Unidas desde hace tiempo vienen trabajando para revertir las situaciones de discriminación y sus efectos mediante acciones e instrumentos de

derechos jurídicamente obligatorios. Discriminación referente a las etnias, el genocidio y los derechos de las mujeres como así también de los grupos más desprotegidos.

Las personas que atraviesan períodos de malestar psíquico, o impedimentos físicos son con frecuencia discriminadas debido a dicha condición, durante todas las etapas de sus vidas deben enfrentarse con diferentes obstáculos que dificultan el acceso a los diversos espacios, tanto públicos como privados, restringiendo su desarrollo pleno y afectando la calidad de vida en detrimento de su bienestar.

Las sociedades no estarían correctamente estructuradas para ellos/as, es en el imaginario social, que la “locura” lleva a la población “sana” a tomar actitudes de miedo, por considerar peligroso/a a quien o quienes la padecen. Sería esta misma actitud, la que para evitar sus consecuencias, optaría como solución: el encierro.

Por todo ello es que se hace indispensable, tener en cuenta el marco legal que protege a las personas de estos avasallamientos de derechos, que todo Estado debería garantizar. También es importante tener en cuenta que los mecanismos legales, puestos en marcha se deben ejecutar en el marco de las declaraciones de derechos de las mujeres, para su protección y para garantizar el pleno ejercicio de los mismos.

4.1 Breve Reseña Histórica:

En el artículo primero de la Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por las Naciones Unidas en 1948, se expresa que *Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos* reconociendo así los derechos de las personas con discapacidad en virtud de su condición humana.

Para llevar a cabo el cumplimiento del conjunto fundamental de derechos que expresa la declaración, las Naciones Unidas establecieron dos instrumentos internacionales que promueven y vigilan su cumplimiento: El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos -PIDCP- y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales -PIDESC-, que forman la llamada “Carta Internacional de Derechos Humanos” junto con la Declaración Universal de Derechos Humanos.

A la vez se hicieron necesarios otros instrumentos para poder regular derechos específicos en cuanto a los diferentes grupos: Mujeres, niños/as, minorías, etc.

Luego, en el año 1971, se proclamó la “Declaración del Deficiente Mental”, la cual expresaba el derecho que tiene toda persona con discapacidad intelectual a la:

“evaluación de su capacidad social por expertos calificados”. Significa que toda declaración de incapacidad deberá examinarse periódicamente, permitiendo que toda persona que haya visto limitados sus derechos tenga la posibilidad de apelar ante un tribunal. La declaración también reconoce el derecho a la inclusión en la comunidad y a su integración en la misma, estableciendo que *el retrasado mental deberá vivir con su familia, o en un hogar que reemplace el propio, y participar en las distintas formas de la vida de la comunidad*. Así mismo se admite la institucionalización en caso que sea *necesario* (Galende y Kraut; 2006:124).

En 1975, la Asamblea General de las Naciones Unidas difundió la “Declaración de los Derechos de los Impedidos”, en la cual se pide la adopción de disposiciones, a nivel nacional e internacional, para *prevenir la incapacidad física y mental y de ayudar a los/as impedidos/as a desarrollar sus aptitudes en las más diversas esferas de actividad, así como de fomentar en la medida de lo posible su incorporación a la vida social normal* (Galende y Kraut; 2006:125). Esta declaración se dirigía hacia la protección de los derechos fundamentales, salud, empleo, participación política, social y educación, para poder disfrutar *de una vida decorosa, lo más normal y plena posible*.

La comunidad internacional ha expresado su compromiso con las personas con discapacidad, a lo largo de los años, a través de diversos acuerdos internacionales, entre los cuales se encuentran: La proclamación en el año 1981 como Año “Internacional de los Impedidos”, con el lema “Plena Participación e Igualdad”; también la declaración del “Decenio de las Naciones Unidas para los Impedidos” comprendiendo el período de 1983 a 1992.

En 1982 La Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó un programa de “Acción Mundial para los Impedidos”, que tenía como objetivo la promoción de medidas eficaces para prevenir la incapacidad, medidas para la rehabilitación y participación plena en la vida social y desarrollo de la igualdad.

El programa se proyectó para todos los Estados miembros, los mismos debían iniciar mecanismos nacionales, para poder alcanzar los objetivos que se proponían en el programa. Debían formar parte de su política nacional general. Los estados quedaron obligados a planificar y organizar, como así también financiar las actividades; crear legislación adecuada que contenga las bases jurídicas y el poder necesario para adoptar las medidas en pos del cumplimiento de los objetivos; brindar oportunidades, eliminando barreras y promoviendo la plena participación; ofrecer servicios de rehabilitación a través de asistencia social, nutricional, médica, docente y formación

profesional; movilizar organizaciones públicas o privadas que estén vinculadas con las personas impedidas, o prestar apoyo para la creación y desarrollo de organizaciones; preparar y difundir información relacionada con el Programa de Acción Mundial; promover investigaciones sobre asuntos relacionados; facilitar la participación de “los impedidos” en las decisiones relacionadas con el programa.

En 1991 la Asamblea General de las Naciones Unidas adopta los “Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de salud mental” (Principios de Salud Mental).

En la Conferencia Mundial de Derechos Humanos que tuvo lugar en Viena en 1993, se destacó el hecho de que los derechos humanos de las personas con discapacidad mental y física están protegidos por el derecho internacional, los gobiernos entonces deberán establecer legislaciones nacionales para reconocerlos. Se reafirmó que los derechos y las libertades fundamentales son universales, sin restricciones, también comprenden a las personas con discapacidad, se instó a los gobiernos, de ser necesario, adoptar o modificar sus leyes para poder garantizar el derecho a la vida, al bienestar, a la educación, al trabajo, a una vida independiente y a la participación activa en todos los aspectos de la sociedad, como también otros derechos de las personas con discapacidad.

Luego de estas recomendaciones de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba “Normas Uniformes sobre la Igualdad de oportunidades para todas las personas con discapacidad”.

En el año 1999 se celebró la “Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad”, esta convención tiene especial relevancia, ya que se define como “Discapacidad” deficiencia física, mental o sensorial, sea de naturaleza permanente o temporal que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, puede ser causada o agravada por el entorno económico y social (Art. I, Inc. 1). Por otro lado postula el concepto de discriminación, refiriéndose a toda distinción, exclusión o restricción basada en una discapacidad, antecedentes de discapacidad, consecuencias de discapacidad anterior o percepción de una discapacidad presente o pasada, que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de las personas con discapacidad, de sus derechos humanos y libertades fundamentales (Art. I, Inc. 2).

En el año 2000, debido a la poca información sobre derechos de las personas con discapacidad, la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas aprobó la

Resolución 2000/51, en la cual insta a los gobiernos a que tengan plenamente en cuenta la cuestión de los Derechos Humanos de las personas con Discapacidad para cumplir con las obligaciones de informar en el marco de los instrumentos pertinentes de las Naciones Unidas (Galende y Kraut; 2006:128).

...La legislación sobre derechos humanos exige protección contra intromisiones del gobierno en la libertad y la autonomía personales, y exige asimismo una acción positiva para garantizar que los servicios sean accesibles y apropiados. Además de dar protección dentro de las instituciones, la legislación sobre derechos humanos establece el derecho a servicios que promuevan la integración en la comunidad... (Galende y Kraut; 2006:139).

4.2 Protección Internacional de la Discapacidad:

Existen dos fuentes principales de derecho internacional vinculante, los que son llamados Derecho Internacional consuetudinario y los instrumentos jurídicos.

Los Derechos Internacionales consuetudinarios son aquellos que comprenden principios jurídicos ampliamente aceptados por los gobiernos, a tal punto que no es necesario que consten por escrito como tales. Por ejemplo que un gobierno deba proteger contra la tortura, tratos inhumanos y degradantes es considerado un derecho internacional consuetudinario. Los principios jurídicos no vinculantes, en cambio, pueden con el tiempo llegar a ser ampliamente aceptados y pasar a ser parte de los derechos vinculantes. Sin ir más lejos la Declaración Universal de Derechos Humanos, es un instrumento que inicialmente era no vinculante, adoptado en 1948 como resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas sin tener fuerza jurídica obligatoria, pero con el tiempo ha pasado a ser ampliamente considerado como Derecho Internacional consuetudinario vinculante.

Los derechos de las personas con discapacidad mental, aún no han llegado a generar consensos respecto de las obligaciones que los gobiernos deben cumplir, por lo tanto muchos de ellos no constituyen derecho internacional consuetudinario. Sin embargo, al igual que para las demás personas, los gobiernos tienen la responsabilidad de garantizar los principios esenciales del derecho consuetudinario, ellos son: el derecho a la vida, a la dignidad, y el concepto de no discriminación.

Otra fuente de derecho internacional importante, con aptitud vinculante, son los instrumentos jurídicos internacionales, ellos pueden ser convenios, convenciones,

tratados, pactos, o cartas. Los mismos son vinculantes para los gobiernos que los han ratificado, aquellos que pasan a ser Estados partes.

Se desarrollará a continuación una breve reseña histórica de las diferentes declaraciones y convenciones de derechos, que han tenido lugar en nuestras sociedades, a nivel internacional y nacional.

4.2.1 Sistema Interamericano de Derechos Humanos

En 1969 se adoptó la Convención Americana, poniéndose en vigencia en 1978, este es un paso muy importante para establecer obligaciones jurídicas en el ámbito de los derechos humanos, para aquellos países que ratificaron la Convención.

Los Estados partes de la Convención Americana se comprometieron a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella, como así también dar garantías para su libre y pleno ejercicio a todas las personas. Esto quiere decir que los gobiernos, deberán adoptar medidas legislativas o de otro carácter, que fueren necesarias para hacer efectivos tales derechos y libertades.

Fue creada en Santiago de Chile, la **Comisión Interamericana de Derechos Humanos**. Esta Comisión es competente para recibir denuncias individuales que provengan de Estados Miembros de la Convención. Entre las funciones de esta Comisión, las más importantes son la elaboración de informes especiales sobre la situación de los derechos humanos como así también la tramitación de peticiones individuales.

Toda persona puede realizar una petición cuando considere que se han violado sus derechos fundamentales y no ha tenido respuesta gubernamental, o el derecho interno no ha sido capaz de reparar o evitar esa transgresión. Las denuncias pueden ser presentadas por toda persona, aun no siendo la víctima, por organismos no gubernamentales o el propio Estado.

Por otro lado, la **Corte Interamericana de Derechos Humanos** es una institución jurídica autónoma, que tiene como finalidad la aplicación e interpretación de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Tiene dos competencias, una de naturaleza consultiva, y otra de naturaleza contenciosa.

La competencia consultiva limita su función a la interpretación de tratados en que esté directamente implicada la protección de los derechos humanos en un Estado miembro del Sistema Interamericano.

La contenciosa, verifica que el Estado demandado sea parte de la Convención y que haya reconocido la competencia contenciosa de ésta. Luego decide si hubo o no violación de un derecho o libertad protegidos por la Convención Americana, y según el caso, dispone que se garantice al/la lesionado/a el goce de su derecho o libertad conculcado (Art. 63.1 CADH). Según sea el daño, la corte dispondrá que se reparen las consecuencias de la medida o situación y el pago de una justa indemnización a la parte lesionada. La dificultad reside entonces en los largos y laberínticos procesos que las personas afectadas deberán atravesar antes de llegar a constituirse en un “caso” por la Corte Interamericana.

4.2.2 Convención Internacional Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

En el año 2008, nuestro país, adhiere a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, a través de la Ley 26.378.

Los principios Generales detallados en el Artículo 3 de dicha Convención son los siguientes:

- El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;
- La no discriminación;
- La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;
- El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;
- La igualdad de oportunidades;
- La accesibilidad;
- La igualdad entre el hombre y la mujer;
- El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

Así mismo, en su Artículo 5, se reconoce que todas las personas son iguales ante la ley y en virtud de ella, por lo tanto deberán tener derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna. Para poder cumplirlo están obligados a prohibir toda discriminación por motivos de discapacidad,

garantizando a todas las personas con discapacidad la protección legal igual y efectiva contra la discriminación por cualquier motivo.

Siendo el tema que nos ocupa, el derecho de las mujeres, más aún las mujeres con discapacidad, es importante citar el Artículo 6, de dicha Convención, el cual expresa que las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación, es por esta razón que los estados deberán adoptar medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. Para ello, se deberán tomar todas las medidas pertinentes que aseguren el pleno desarrollo, adelanto y potenciación de las mujeres, con el propósito de garantizar el ejercicio y goce de los derechos y las libertades fundamentales.

Respecto de la libertad en su artículo 14, como derecho fundamental, la convención señala que deberán garantizar los Estados, que las personas con discapacidad no se vean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente y que cualquier privación de libertad sea de conformidad con la ley, y que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad.

En el Artículo 16, señala que se adoptarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, social, educativo y de otra índole que sean pertinentes para proteger a las personas con discapacidad, tanto en el seno del hogar como fuera de él, contra todas las formas de explotación, violencia y abuso, incluidos los aspectos relacionados con el género. Respecto a este señalamiento, se hace hincapié en que deberán adoptar todas las medidas necesarias, ya sea legislación y políticas efectivas centradas en las mujeres y en la infancia, para asegurar que los casos de explotación, violencia y abuso contra personas con discapacidad sean detectados, investigados y, en su caso, juzgados.

Por otro lado es importante destacar, el Artículo 19, el cual señala el Derecho a una vida independiente, y participación en la comunidad, que tengan la oportunidad de decidir su lugar de residencia, dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico; que puedan gozar del acceso a una variedad de servicios. Que se garanticen tanto la asistencia domiciliaria, residencial, como así también otros servicios de apoyo de la comunidad, necesarias para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad evitando su aislamiento o separación de ésta.

Respecto a la rehabilitación el Artículo 26, de dicha convención, señala que deberán adoptarse medidas efectivas y pertinentes, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. Para ello deberán promover, intensificar o ampliar servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales. En este sentido es destacable que el artículo, señala que dichos servicios, deberán estar lo más cerca posible de su comunidad, para poder lograr una inclusión y participación plena en ella.

Por último, es de relevancia destacar el Artículo 28, que refiere a las garantías que deberá otorgar el Estado, para proteger y promover la mejor calidad de vida, y brindar la protección social necesaria para hacerlo efectivo. Se reconoce el derecho de las personas con discapacidad a gozar de un nivel de vida adecuado tanto para ellas como para sus familias, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados.

4.2.3 Protección de las Personas con Discapacidad en el Derecho Argentino.

Los instrumentos internacionales sobre derechos humanos, en nuestro país, tienen una jerarquía constitucional, formando parte del derecho interno. Así lo dispone la Constitución Nacional en su Artículo 75, Inciso 22 *...tienen jerarquía constitucional, no derogan artículo alguno de la primera parte de esta Constitución y deben entenderse complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos...* Así mismo la Constitución Nacional, establece el reconocimiento de protección a las personas con discapacidad, y ampara la diferenciación para la igualdad, en el artículo 75, Inciso 23, determinando la garantía de no discriminación e imponiendo la integración de las personas con discapacidad, fundamentada en el acceso a la igualdad real de oportunidades con relación a las demás personas.

En los últimos años, la problemática de la salud mental en la Argentina comenzó a formar parte de la agenda del Estado, considerándola como una cuestión de Derechos Humanos, otorgándole un lugar en los debates públicos como así también en la sociedad civil. Reconociendo a las personas con discapacidad psicosocial como colectivo que han visto relegadas sus reivindicaciones en cuanto a derechos fundamentales. Este hecho propicia la construcción de diferentes espacios que otorguen la oportunidad de intervenir para reparar las faltas graves a las que dicho colectivo se encontraba o se

encuentra sometido. El encierro, la estigmatización y la exclusión social fueron, y aún hoy siguen siendo, marcas que definen los lazos sociales de estas personas y condicionan su identidad desde hace décadas. El reconocimiento explícito de su dignidad, el ejercicio de la autonomía y la recuperación de su condición ciudadana es una deuda aún pendiente del Estado y de la sociedad en su conjunto.

...El modelo social de la discapacidad como marco de referencia para el diseño de políticas dirigidas a este colectivo colisiona con los viejos modelos tutelar y biomédico que, a pesar de ser incompatibles con la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) sancionada en 2010, continúan siendo efectivos en las prácticas institucionales y en las representaciones sociales de la locura... (CELS; 2013:389).

4.3 Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657

El 25 de noviembre del año 2010 fue sancionada la Ley Nacional de Salud Mental, con el número 26.657, y promulgada el 2 de diciembre del año 2010. Sin embargo se ha reglamentado recién en el año 2013.

Esta Ley tiene como objetivo principal *asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos.*

Es importante el nuevo marco legal en el cual se basa, ya que marca una destacada transformación conceptual en cuanto a la Salud Mental, partiendo la misma, de la presunción de capacidad de todas las personas. Consideradas las personas con malestar psíquico, no cómo pacientes, si no como personas sujetas de derechos.

En definitiva, la ley, marca un punto de inflexión con el antiguo paradigma que consideraba la enfermedad mental a partir de diagnósticos médicos¹², eje central, dando lugar a un nuevo paradigma que pone énfasis en la promoción de la Salud.

Se considera a la Salud Mental cómo un proceso, determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

¹² Según la Ley 26.657 en su Capítulo II, Artículo 3 se sostiene que en ningún caso se deberá diagnosticar sobre las bases exclusivas de status políticos, económicos, sociales, culturales, etc. Tampoco por pedidos familiares, laborales o por falta de conformidad frente a valores religiosos, morales, culturales, políticos, etc. De la misma forma se prohíbe diagnosticar por orientación o identidad sexual.

En su Artículo 6, deja clara indicación de que todas las instituciones, o efectores de salud, públicos o privados, deberán adecuarse a los principios de la Ley.

En el Artículo 7 se mencionan y explican los derechos que deberán garantizarle a las personas con padecimiento mental. Ellos son:

a) Derecho a recibir atención sanitaria, social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;

b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;

c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;

d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;

e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;

f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;

g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;

h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;

i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;

j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;

k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;

l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación;

m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;

n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable;

o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;

p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

Respecto a las modalidades de abordaje, también marca un quiebre, con las antiguas formas de atención en salud mental, ya que dicha ley establece que debe promoverse el abordaje en equipos interdisciplinarios, integrado por profesionales, técnicos/as y otros/as trabajadores/as capacitados/as (psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes).

Establece también que los procesos de atención deberán realizarse fuera del ámbito de la internación, basándose en los principios básicos de la atención primaria de la salud orientándose al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

Se deberá poner énfasis en los procesos de abordajes comunitarios, garantizando los recursos y apoyos necesarios para la plena reinserción en la sociedad, de las personas que reciben el alta de internación¹³.

En cuanto al poder que la psiquiatría ejercía dentro de los ámbitos de la Salud Mental, la ley establece una ruptura fundamental para democratizar las instituciones. Las profesiones con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Esto quiere decir que ya no será exclusivamente “el psiquiatra” el que necesariamente tenga que asumir el cargo de dirección en las instituciones de salud mental.

Respecto a las internaciones, caso que nos ocupa, a partir de la ley las mismas son limitadas, sólo podrá usarse el recurso de la internación en casos excepcionales, como último recurso, y con fines terapéuticos. Las internaciones deberán ser lo más

¹³ Según la **Ley 26.657. Artículo 11:** Se deben promover e implementar acciones de inclusión social, laboral y de atención a la salud mental, con bases en la comunidad. Esto significa desarrollar dispositivos y servicios comunitarios, garantizando los recursos y apoyos, tanto a las personas afectadas como a su familia. De la misma manera se deben promover mecanismos de prevención y fortalecimiento de la salud mental.

breves posibles, y 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 competentes¹⁴.

4.3.1 Órgano de Revisión:

Con el objeto de proteger los Derechos que la Ley Nacional de Salud Mental establece, se crea el Órgano de Revisión en el ámbito del Ministerio Público de Defensa, el mismo debe estar integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios/as y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos, debiendo ser multidisciplinario.

Dicho órgano tiene como funciones principales las siguientes: la supervisión y regulación de las condiciones en que se brindan los servicios; el seguimiento y la revisión de los casos de internaciones involuntarias o voluntarias prolongadas y otras intervenciones terapéuticas, cuando no se cuente con el consentimiento informado de la persona; el control y la denuncia frente a violaciones de los derechos humanos de las personas con malestar psíquico; la identificación de problemáticas estructurales del sistema; la formulación de propuestas de actuación dirigidas a la autoridad de aplicación, y la implementación de la ley en general.

También deberá hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en que hubiera irregularidades

La creación de este órgano es de suma importancia, para garantizar el cumplimiento de la Ley, teniendo en cuenta que es reciente la aplicación de la misma, que busca romper estructuras fuertemente ancladas en todos los ámbitos institucionales para hacer efectivo el verdadero reconocimiento y acceso a los derechos de las personas.

En su Informe del año 2013, el Centro de Estudios Legales y Sociales, se refiere a las incumbencias del órgano de revisión, poniendo énfasis en que como la máxima autoridad es la encargada de garantizar los derechos de las personas privadas de su

¹⁴ La Ley también incluye en su **Artículo 16**. Para realizar internaciones se deben realizar exhaustivos diagnósticos interdisciplinarios, justificando la internación, es necesario también contar con el consentimiento informado de la persona o representante legal.

libertad en psiquiátricos para detener las graves y sistemáticas violaciones a los derechos humanos de este grupo que ha estado históricamente invisibilizado, abandonado, estigmatizado y segregado detrás de los muros de los manicomios argentinos, tanto públicos como privados. Consideran también, desde ese Centro de Estudios, que no se trata de hechos aislados, sino de violaciones estructurales que siguen lógicas de intervención normalizadoras con el propósito casi exclusivo de responder a las demandas represivas del medio social que encuentra una amenaza en la diferencia.

4.4 Reformas en el Código Civil

Los cambios legislativos que se fueron dando en nuestro país, plantean grandes desafíos en cuanto a la administración de la justicia, sobre todo para poder acercarse a los estándares internacionales de Derechos Fundamentales. El marco legal, impuesto a partir de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, y la Ley Nacional de Salud Mental, establece una transformación del rol que tiene el Estado cómo garante de derechos, y también hace necesaria una revalorización del rol del Poder Judicial cómo último intérprete de los derechos fundamentales, cuando los demás poderes incumplen en sus obligaciones.

Antes de que entrara en vigencia la Ley Nacional de Salud Mental, los problemas relativos a la salud mental eran (son) judicializados a través de dos tipos de procesos: las interdicciones o restricciones de la capacidad jurídica (inhabilitaciones e insanias) y las internaciones involuntarias o forzosas, lo cual fue facilitado por la normativa imperante, especialmente por el Código Civil de la Nación.

El Código Civil de nuestro país (el cual dejará de regir desde 2016) establece el modelo de la *incapacidad total* y la sustitución de la voluntad por un/a curador/a. A la vez, asocia la discapacidad psicosocial con la internación. Es decir, el encierro en grandes manicomios, cómo modelo sistemático. La judicialización de las personas con discapacidad basada en la idea de peligrosidad, quienes a partir de este hecho quedan despojadas de su capacidad jurídica, estigmatizadas cómo insanas e inhabilitadas.

Recientemente, se ha sancionado, en nuestro país el Nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, el cual regula especialmente los temas vinculados con la capacidad jurídica y la internación psiquiátrica, en forma articulada con la Ley Nacional de Salud Mental y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad,

conforman los tres órdenes normativos, generando una estructura sobre la cual deberá construirse un nuevo paradigma con el objetivo de que los derechos establecidos puedan verdaderamente efectivizarse.

Según el nuevo texto la noción de *incapacidad*, que anteriormente era motivo de representación judicial, se reserva para casos extremadamente excepcionales en los que la persona se encuentre en situación de absoluta falta de voluntad jurídica para dirigir su persona o administrar sus bienes (estado de coma permanente, padecimientos mentales profundos que impiden tomar decisión alguna). Es decir, que la capacidad jurídica se presume, aún cuando la persona se encuentre internada en un establecimiento asistencial.

A partir del año 2016, cuando entre en vigencia el nuevo texto, las personas que hoy, en el Código actual, son consideradas “incapaces de obrar” serán personas a las que asistirán los apoyos para que tomen sus propias decisiones y puedan ejercer sus capacidades.

...las personas con discapacidad psicosocial, en consonancia con el nuevo Código, la CDPD y la LNSM, que amplía considerablemente sus derechos, podrán de ahora en más ser amparadas por los principios de legalidad, inclusión, no discriminación y ciudadanía con la mira puesta en un acceso efectivo a sus derechos, hoy sistemática e impunemente vulnerados... (Kraut, Alfredo; 2014).

Respecto de las internaciones en instituciones psiquiátricas, el nuevo Código consagra la internación y la externación como un derecho fundamental de la persona. Esto significa que, desde la perspectiva de los derechos respetando la dignidad humana, cualquier restricción a un derecho debe ser legal, con respeto del debido proceso. Concibiendo la internación como un mecanismo para la protección y mejora de la persona, imponiendo el control constante de la legalidad de dicha restricción y el cambio, siempre que sea posible, de la medida por cualquier otra que implique menor restricción. Es por ello que todo tratamiento psiquiátrico exigirá el consentimiento informado previo y la persona pasará de ser objeto a sujeto.

El reciente Código establece reglas que cambiarán el modelo vigente: *procura dotar de ciudadanía a personas con marcada hiposuficiencia jurídica y transformarlas en sujetos plenos de derechos, estén internadas o no, estén en crisis o no* (Kraut, Alfredo; 2014).

El nuevo Código, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Ley de Salud Mental apuntan entonces a generar una revisión total de las prácticas, tanto judiciales como asistenciales, implica también la implementación de nuevas metodologías respetando la normativa vigente, busca una revalorización, y una re-estructuración del sistema judicial, generando y propiciando un nuevo sistema en defensa de las personas con discapacidad psicosocial que históricamente han sido postergadas.

4.5 Las Mujeres en el Derecho

4.5.1 Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (también conocida por sus siglas en inglés CEDAW).

El 18 de Diciembre de 1976 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

Entre los tratados internacionales de derechos humanos la Convención ocupa un importante lugar por incorporar a las mujeres en la esfera de los derechos humanos en sus distintas manifestaciones. El espíritu de la Convención tiene su génesis en los objetivos de las Naciones Unidas: reafirmar la fe en los derechos humanos fundamentales, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres. La Convención define el significado de la igualdad e indica cómo lograrla. En este sentido, la Convención establece no sólo una declaración internacional de derechos para las mujeres, sino también un programa de acción para que los Estados Partes garanticen el goce de esos derechos.

Reconoce explícitamente que *las mujeres siguen siendo objeto de importantes discriminaciones" y subraya que esa discriminación viola los principios de la igualdad de derechos y del respeto de la dignidad humana. Según el artículo 1, por discriminación se entiende toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo, en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.*

Afirma positivamente el principio de igualdad al pedir a los Estados Partes que tomen *todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de la mujer, con el objeto de garantizarle el ejercicio y el*

goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con el hombre.

4.5.2 Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belem do Para".

En 1994, se establece la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la Mujer, la misma afirma que la violencia contra las mujeres constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales, que limita total o parcialmente a las mujeres el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades;

Sostiene que la violencia contra las mujeres es una ofensa a la dignidad humana y una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y varones, trascendiendo todos los sectores de la sociedad independientemente de su clase, grupo étnico, nivel de ingresos, cultura, nivel educacional, edad o religión.

Considera que la eliminación de la violencia contra las mujeres es condición indispensable para su desarrollo individual y social y su plena e igualitaria participación en todas las esferas de su vida. En el marco de esta convención se entiende por violencia contra las mujeres cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres, tanto en el ámbito público como en el privado. Incluye la violencia física, sexual y psicológica:

a. que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual;

b. que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar;

c. que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra¹⁵.

¹⁵ Artículo 2, Capítulo 1. Convención Interamericana Belem Do Para. 1994.

Esta convención, tiene como propósito, promover una vida libre de violencia a las mujeres, y que puedan ejercer las libertades fundamentales sin que estas sean vulneradas en ningún ámbito de su vida. Se establece también que los Estados deberán tener en cuenta prioritariamente la situación de las mujeres que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad mayores por causa de niveles socioeconómicos, discapacidad, embarazos, niñas o ancianas.

4.5.3 Ley Nacional 26.485: Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.

En nuestro país, en el año 2009, fue sancionada la ley de protección integral de las mujeres. Con el objetivo de garantizar y promover la eliminación de la discriminación entre mujeres y varones en todos los órdenes de la vida, el derecho de las mujeres a una vida sin violencia, generar las condiciones aptas para prevenir, sancionar y erradicar la discriminación y la violencia hacia las mujeres en todos los ámbitos donde se desarrollan, el acceso a la justicia, la asistencia integral a las mujeres que padecen violencia, la generación de políticas públicas, y la remoción de patrones socioculturales que promueven y legitiman las desigualdades de género y las relaciones de poder sobre las mujeres.

La ley entiende como violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Comprendiendo también las perpetradas desde el Estado o por sus agentes.

La ley en su Artículo 5 reconoce y conceptualiza los tipos de violencias siguientes:

Física: La que se emplea contra el cuerpo de las mujeres produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato agresión que afecte su integridad física.

Psicológica: La que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación aislamiento.

Incluye también la culpabilización, vigilancia constante, exigencia de obediencia sumisión, coerción verbal, persecución, insulto, indiferencia, abandono, celos excesivos, chantaje, ridiculización, explotación y limitación del derecho de circulación o cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación.

Sexual: Cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de las mujeres de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres.

Económica y patrimonial: La que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de las mujeres¹⁶.

Simbólica: La que a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de las mujeres en la sociedad.

Por otro lado expone las diferentes modalidades, es decir, diferentes ámbitos en donde las mujeres son vulneradas. Estas modalidades incluyen:

Violencia doméstica contra las mujeres: aquella ejercida contra las mujeres por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres.

Violencia institucional contra las mujeres: aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley. Comprendiendo también, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil;

¹⁶ a) La perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes;

b) La pérdida, sustracción, destrucción, retención o distracción indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales;

c) La limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna;

d) La limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo.

Violencia laboral contra las mujeres: aquella que discrimina a las mujeres en los ámbitos de trabajo públicos o privados y que obstaculiza su acceso al empleo, contratación, ascenso, estabilidad o permanencia en el mismo, exigiendo requisitos sobre estado civil, maternidad, edad, apariencia física o la realización de test de embarazo. Constituye también violencia contra las mujeres en el ámbito laboral quebrantar el derecho de igual remuneración por igual tarea o función. Asimismo, incluye el hostigamiento psicológico en forma sistemática sobre una determinada trabajadora con el fin de lograr su exclusión laboral;

Violencia contra la libertad reproductiva: aquella que vulnera el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos.

Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.

Violencia mediática contra las mujeres: aquella publicación o difusión de mensajes e imágenes estereotipados a través de cualquier medio masivo de comunicación que legitimen la desigualdad de trato o construya patrones socioculturales reproductores de la desigualdad o sean generadores de violencia contra las mujeres.

En este capítulo intentamos realizar por un lado una breve reseña del marco legal internacional y nacional con el que contamos actualmente para garantizar el derecho tanto a la salud en general, como a la salud mental en particular. Por otro lado intentamos dar visibilidad a la importancia de considerar estos mecanismos legales en el marco de los derechos de las mujeres, desarrollados brevemente en la legislación que los sustenta. Como así también los cambios sociales en torno a las nociones o categorías utilizadas a lo largo de la historia respecto de la consideración de las personas con malestar psíquico.

PARTE II

Capítulo 5

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

En la presente tesis nos propusimos como objetivo principal *conocer las intervenciones del trabajo social tanto en las instituciones psiquiátricas como en los procesos de externación, con el fin de comprender los efectos de las intervenciones en la salud de las mujeres con malestar psíquico*. De este objetivo se desprendieron los siguientes: por un lado *indagar sobre las intervenciones de los/as trabajadores/as sociales, desde una perspectiva de género, tanto dentro de la institución como en los procesos de externación*, por otro lado *conocer las implicancias que las intervenciones del trabajo social tiene sobre la salud de las mujeres internadas/externadas*.

Las posibles respuestas teóricas a los objetivos propuestos han conformado nuestras anticipaciones de sentido, las cuales nos han guiado en nuestra investigación. Las hemos denominado “anticipación de sentidos” ya que al ser una investigación cualitativa, las mismas cumplen una función de guía, operando como un motor tanto en el recorrido bibliográfico como en la construcción de estrategias de recolección de datos (Rodríguez, Rosana; 2012).

De allí que, los supuestos conceptuales que nos han guiado fueron: *La intervención del trabajo social tanto en las instituciones psiquiátricas como en los procesos de externación de mujeres, se sostiene en un discurso basado en los derechos humanos, lo que llevaría a promover la autonomía y autodeterminación de las personas, sin embargo, sus acciones o prácticas continúan en cierta forma encuadradas en modelos de salud acotados, tutelares y paternalistas, restringiendo así el acceso y el ejercicio de los derechos*.

En un primer momento nos centramos en los discursos de los y las profesionales de trabajo social que desempeñan sus tareas en la institución, esto sin embargo nos llevó necesariamente a pensar en otros supuestos, referidos a las prácticas concretas que realizan en ese ámbito y en relación con las mujeres. *Las prácticas que realizan los y las profesionales del trabajo social con las mujeres, tanto internadas como externadas*

de las instituciones psiquiátricas, se sostienen en un modelo institucionalizado que desconoce las desigualdades de género. A su vez las intervenciones que realizan los profesionales del trabajo social, muchas veces reproducen las concepciones de salud hegemónicas, si bien los cambios de paradigmas resultan evidentes, las prácticas continúan enmarcadas en modelos tutelares, curativos, pragmáticos y a-históricos.

Las bases teóricas que hemos adoptado para posicionarnos y sostener tanto teórica como ideológicamente han sido los Estudios de género y feministas, el modelo social de atención en salud que conforma una mirada compleja, integral, crítica y reflexiva sobre los abordajes que se realizan en los ámbitos de salud en general, y salud mental en particular. Respecto al trabajo social hemos adoptado los aportes de las teorías críticas, en donde sus autores/as nos marcan un posicionamiento analítico y reflexivo sobre las intervenciones de la profesión. Posicionarnos desde estas miradas críticas-reflexivas nos permitió develar tanto la complejidad de los escenarios, como las problemáticas que allí se construyen y desarrollan.

Para poder aproximarnos a nuestros objetivos de trabajo hemos utilizado la metodología cualitativa. Con la elección de una metodología estamos optando por un determinado modo de enfocar los problemas y de buscar respuestas. Según sean nuestros intereses y propósitos elegiremos una u otra metodología. Desde la perspectiva teórica feminista, buscamos comprender las experiencias desde la propia mirada de las protagonistas, examinando el modo en que ellas experimentan el mundo y contribuir a desactivar las relaciones de poder de varones sobre mujeres.

La metodología cualitativa nos permitió la producción de datos descriptivos, surgidos desde las propias palabras de las personas, tanto habladas como escritas, y de las situaciones o conductas observadas. Desde este posicionamiento es importante que observemos lo que va aconteciendo como si estuviesen ocurriendo por primera vez. *Es decir, que nada se dará por sobreentendido, por lo cual, todo lo que observemos puede llegar a ser un tema de investigación. En este sentido, todas las perspectivas son valiosas, porque no se trata de buscar la verdad, sino una comprensión detallada de las perspectivas de las personas* (Taylor, S.J y Bogdan, R; 1987:11-23).

Pudimos realizar un acercamiento a la vida cotidiana de las mujeres externadas, pudiendo comprender desde sus propias experiencias las perspectivas acerca del mundo que ellas tienen.

Para poder llevar a cabo este acercamiento, y comprensión utilizamos como técnica de recolección de datos tanto *la entrevista* como *la observación participante*.

Por un lado Atkinson y Hamersley consideran la técnica de observación participativa como un modo de estar en el mundo, asumiendo la preocupación por aquellas formas de vida u organización que pueden considerarse relativamente “anormales”, es decir fuera de la norma dominante de la sociedad. Por lo que buscará e intentará comprender lo que aún no se *entiende, lo incipiente, otras culturas, grupos semiocultos o aquello que tiende a encerrarse entre los muros de las instituciones, aquellos espacios sociales donde lo “normal es puesto entre paréntesis* (Callego Gallego, Javier; 2002:5). En este sentido, el uso de la observación como instrumento de recolección de datos, es especialmente interesante para acercarse y comprender las relaciones que se configuran dentro de las organizaciones y grupos sociales que ocupan un lugar periférico en la sociedad.

Una de las características de la observación participativa es la integración de la persona que observa en los espacios y prácticas que estará observando. Es decir que se dará una interacción entre observador/a y observado/a en el espacio de estos/as últimos/as. Los datos recolectados durante la observación configurarán su instrumento básico: las notas de campo. En ellas se registrará lo más significativo, serán una síntesis entre lo que se observó y lo que puede recordarse, ya que las anotaciones se harán fuera de la mirada de las personas observadas. La acumulación de detalles de las notas, las palabras del observador/a que contarán lo visto o escuchado constituirá el material que permitirá dar visibilidad a esa realidad observada.

Por otro lado la técnica de *la entrevista* es también un instrumento que tiene una gran concordancia con este enfoque cualitativo. Permite un diálogo interpersonal, en donde a medida que avanza este encuentro podemos ir construyendo en nuestra mente una imagen del/la entrevistado/a, adquirimos las primeras impresiones a través de la observación de los movimientos, el tono de voz, la comunicación no verbal, etc. El contexto verbal nos permitirá, o no, motivar el interés de la persona.

El objeto de la entrevista en la investigación cualitativa es obtener descripciones del mundo vivido por las personas a las cuales se entrevista y poder comprender tanto las significaciones que tienen de sus experiencias como también sus puntos de vistas sobre determinados temas o sucesos de la vida cotidiana.

En este caso, la palabra aparecerá como *el dato*, el/la entrevistador/a debe esperar constantemente que la persona a quien entrevista vaya más allá de lo dicho.

El tipo de entrevista que utilizamos en nuestro trabajo de campo fue la *entrevista semiestructurada*, confeccionamos una lista de temas sobre los cuales buscaríamos indagar,

las respuestas de cada una de las personas variaba según sus experiencias y sus puntos de vistas, en este sentido, si las respuestas eran muy acotadas o no dejaba en claro lo que quería expresar se profundizaba sobre el tema, o se preguntaba con mayor exactitud. Del mismo modo ocurría si la respuesta de las personas daba paso a otros interrogantes o temas significativos que no estaban previstos. Una de las ventajas de la utilización de esta técnica es su flexibilidad, ya que permite acomodarse a cada persona particular, lo que motiva a estimular el interés y aumentar el grado de participación.

Continuando con la estrategia metodológica utilizada, la selección de casos lo realizamos por medio del muestreo intencional, el cual consiste en la selección de los casos que se adecuan a nuestra investigación. En este tipo de muestras, los/as sujetos/as son elegidos/as para formar parte de la muestra con un objetivo específico. Es un muestreo discrecional, porque se cree que algunas experiencias son más adecuadas que otras, para la investigación. Por esta razón los casos son elegidos deliberadamente porque cumplen los requisitos de la población objeto de estudio, es decir que no son seleccionados al azar.

Para la realización de las entrevistas confeccionamos una lista de temáticas que pretendíamos abordar, las mismas nos proporcionarían datos que nos permitirían develar tanto los discursos como las prácticas de las trabajadoras sociales en el campo de salud mental que investigábamos, también las significaciones que tienen sobre dichas prácticas y discursos las mujeres con las cuales las profesionales realizan los abordajes, y la influencia que generan en sus vidas.

5.1 Criterios metodológicos utilizados:

Las decisiones metodológicas que fuimos tomando, y los procedimientos que llevamos adelante en esta investigación derivan, como expresamos en el punto anterior, de la metodología cualitativa. Hemos intentado estudiar una realidad específica: los modos de intervención del Trabajo Social en los procesos de externación de mujeres en el hospital psiquiátrico “Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca”. A fin de dar sentido y visibilidad a las experiencias particulares utilizamos el registro obtenidos de las entrevistas y observaciones, su posterior análisis e interpretación.

A partir del relato de las profesionales de trabajo social que se desempeñan en la institución, y de las mujeres externadas de la misma, hemos podido comprender los procesos que se desarrollan tanto dentro de la institución como fuera de ella, también pudimos develar la distancia que existe entre los discursos de las profesionales y sus

prácticas concretas. Respecto a la vida cotidiana de las mujeres entrevistadas pudimos, a partir de sus propias experiencias, realizar un análisis de las diferencias existentes entre el modelo asilar/tutelar que despliega el manicomio y el modelo social de salud que reconoce los derechos de las personas con discapacidad psicosocial.

5.2 Recolección de datos y trabajo de campo:

Las entrevistas semiestructuradas fueron realizadas a seis mujeres externadas de la Colonia Nacional Montes de Oca y a cuatro trabajadoras sociales que se desempeñan en el ámbito de la salud mental, tres de ellas dependientes de la institución Montes de Oca realizando abordajes tanto dentro como fuera, y una de ellas sólo interviene en los procesos de externación.

En cada una de las entrevistas, informamos acerca de la utilización de grabadoras, ya que posibilita una recolección de datos más eficaz, en dos de los casos obtuvimos una respuesta negativa, por lo que recurrimos a la recolección de datos etnográfica tradicional, esto es a través del registro a mano en el cuaderno de bitácora. A su vez intentamos que el espacio para desarrollar las entrevistas fuese privado, de manera que las personas pudiesen expresarse libremente sin interrupciones. En el caso de una de las entrevistas se optó por realizarla grupalmente, ya que se trata de mujeres que han sido externadas de la institución psiquiátrica y que actualmente comparten una vivienda, el espacio de la entrevista ha sido su propia casa, por lo que se encontraban reunidas allí al momento de la realización, además consideramos que sería oportuno brindar su punto de vista respecto de su experiencia de convivencia y la organización colectiva del hogar.

Como hemos señalado la selección de la muestra fue intencional, ya que buscamos mujeres que hayan sido externadas de la Colonia Nacional Montes de Oca luego de haber transcurrido largos períodos de institucionalización y que actualmente se encuentren viviendo en una casa fuera de la institución, ya sea en forma grupal o individual, pero dependiendo en la menor medida de la institución. Respecto de las profesionales de trabajo social seleccionadas algunas cumplen funciones en los procesos de externación, otras dentro de la institución y algunas de ellas en las dos áreas. Esto fue permitiéndonos develar las diferencias de abordajes entre un espacio y otro. Las entrevistas han tenido como tiempo de duración entre 30 minutos y 1 hora, según la predisposición de las personas, con excepción de una de las entrevistas en donde la persona no quiso hablar expresando miedo a que se tomen represalias por parte de la institución. Es importante aclarar que al comienzo de cada una de las entrevistas

anunciamos que la misma tendría carácter de anónima ya que consideramos que el ámbito en que decidimos realizar esta investigación, es un espacio en donde, además de existir fuertes tensiones políticas, se desarrollan claros mecanismos de control, vigilancia y castigo, es por ello que muchas veces las situaciones que allí tienen lugar quedan invisibilizadas por distintas razones, entre ellas el miedo a perder el puesto de trabajo. Por ello preferimos realizar en forma anónima las entrevistas y mantener la confidencialidad de los datos y resguardo de la identidad de las profesionales y las mujeres externadas.

Las observaciones participantes, se han realizado en diferentes viviendas co-gestionadas, donde residen mujeres externadas, las mismas se sustentan conjuntamente entre las personas convivientes y la institución. A su vez hemos tenido la posibilidad de observar y participar de otras experiencias de desmanicomialización desarrolladas por un equipo interdisciplinario perteneciente a la Colonia Montes de Oca que constituyeron un gran aporte para analizar la actualidad de los procesos alternativos llevados a cabo en el ámbito de la salud mental.

También pudimos ingresar a la institución Colonia Nacional Montes de Oca, donde realizamos “extensas” observaciones que nos permitieron develar tanto las condiciones de vida en las que se vive allí como las relaciones de poder existentes.

La observación fue de tipo participante ya que el ingreso a la institución se realiza bajo una determinada condición laboral como acompañante terapéutica en uno de los pabellones, lo cual también nos permitió ingresar a las casas-co-gestionadas y autogestionadas- y tener un acercamiento a las mujeres.

Nuestras unidades de análisis son tanto las mujeres externadas como las profesionales que intervienen dentro y fuera de la institución, quienes a su vez comportan nuestras unidades de observación.

- **Características de la Institución:**

La Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca es una institución en proceso de transformación cuya misión principal es brindar atención a personas adultas, de ambos sexos, con discapacidad intelectual y otras discapacidades asociadas y a personas con trastornos psiquiátricos agudos. El organismo es referente nacional en esta problemática específica y en atención ambulatoria de problemas de salud de la población general en el área geográfica de influencia. El financiamiento de sus

actividades se realiza a través de recursos de autogestión y de la facturación a obras sociales por servicios prestados a “pacientes” con cobertura social, internados/as o ambulatorios/as.

Desde su Dirección proclaman que la institución va constituyendo gradualmente una “Red de servicios de salud y discapacidad” que se compone de programas, efectores propios, dispositivos asociados y efectores de otras jurisdicciones con convenios de cooperación. En este marco se plantearon la necesidad de profundizar las acciones de reforma del modelo de atención a través de tres componentes:

- La reestructuración de los servicios de atención, que involucra:
 - Realizar el mejoramiento edilicio general y la reconversión de los pabellones en pequeños hogares.
 - Realizar la reorganización funcional y edilicia de los servicios médicos para la atención en internación y ambulatoria, interna y externa, así como la implementación de estrategias de atención primaria en el área de referencia de la institución.
- Las estrategias de rehabilitación e inclusión social, cuyas principales acciones comprenden:
 - Abrir nuevas casas de convivencia en la comunidad para pacientes que actualmente están internados en la institución.
 - Fortalecer el Subprograma Regreso al Hogar, consistente en un subsidio económico para pacientes que por razones principalmente socioeconómicas se encuentran institucionalizados.
 - Realizar el proyecto de construcción de hogares y Centros de Día en terrenos de la institución que se hallan localizados en la localidad de Torres, que reemplazarán tres pabellones.
 - Reforzar los equipos de rehabilitación, la capacitación en servicio del personal que desempeña tareas asistenciales, intensificar las salidas terapéuticas y altas, crear nuevos Centros de Día y talleres educativos laborales, entre otras acciones.
 - Profundizar el Programa Comunitario de Dispositivos Asociados, que contempla una asociación estratégica entre la institución y las Curadurías Oficiales de la Provincia de Buenos Aires para la

habilitación de casas en la comunidad gestionadas por los propios usuarios.

- El fortalecimiento institucional y la capacitación, que comprende las siguientes líneas de acción a desarrollar:
 - Intensificar la oferta de capacitación en temáticas vinculadas a gestión de la transformación institucional, discapacidad intelectual, salud mental, rehabilitación y estrategias de inclusión social, entre otros temas de interés.
 - Desarrollar la plataforma de capacitación virtual.
 - Incorporar nuevas herramientas de comunicación institucional.
 - Promover intercambios y pasantías con otras instituciones.
 - Optimizar y racionalizar los recursos mediante la creación de centros de costos, en principio sobre la base de determinación de piso de gastos.
 - Fortalecer el sistema de información de la institución.

Alcances de la institución:

DENOMINACIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
Alojamiento Externo para Rehabilitación y Reinserción Social	Residente Asistido	84
Alojamiento Externo para Rehabilitación y Reinserción Social	Vivienda Alquilada	11
Alojamiento Permanente de Personas con Discapacidad Mental	Persona Asistida	640
Asistencia Financiera para la Externación - Regreso al Hogar	Persona Asistida	65
Atención de Pacientes	Consulta Médica	18.480

Ambulatorios		
Rehabilitación en Centros de Día	Concurrente Asistido	350
Servicio de Admisión	Egreso	80
Servicio de Admisión	Persona Asistida	80

Características de casas Co-gestionadas: Las casas co-gestionadas, son viviendas compartidas por personas externadas de la institución, en la cual los/as residentes realizan el pago tanto del alquiler, servicios y gastos de otra índole en forma conjunta. La mayoría de las personas que integran estas viviendas poseen ingresos económicos ya sea pensiones por discapacidad o subsidios pertenecientes a la institución. Como sistema de apoyo cuentan con operadores/as y enfermeros/as dependientes de la colonia, quienes realizan turnos, en su mayoría de 6 horas, para poder cubrir el día entero. Algunas de las personas también cuenta con acompañantes terapéuticos/as. Dichos ingresos económicos son administrados por sus respectivas curadurías. Un equipo interdisciplinario, también dependiente de la institución es el encargado de realizar el seguimiento de la vida cotidiana y de abordar las problemáticas que surjan, también se encargan de las decisiones y actividades que deben realizarse.

La institución le otorga una caja con alimentos en forma mensual a cada una de las personas, como así también los medicamentos necesarios. Alguna de ellas optan por realizar las consultas psiquiátricas en centros de salud más cercanos a su hogar, y otras concurren a los consultorios externos ubicados en la colonia Montes de Oca.

Dispositivos Institucionales: Existen varias viviendas y centros de días, que dependen exclusivamente de la institución, quién se encarga de pagar los alquileres, o bien se encuentran dentro de terrenos pertenecientes a ella. Cuentan con personal médico y profesionales que también dependen de dicha institución, así como también operadores/as y enfermeros/as. Características de estos dispositivos es, además de la

forma de gestión económica, es la permanencia de las personas convivientes, ella no es fija, los tiempos de permanencias depende de los comportamientos, y de los diagnósticos médicos. Las personas van rotando, de un centro de día a los pabellones, de los pabellones a otro dispositivo, y así sucesivamente. Si en un dispositivo se desocupa una cama seguramente pronto se ocupará con otra persona. Las personas que transitan este tipo de dispositivos son las llamadas: “Residentes Asistidos” (Cuadro Anterior).

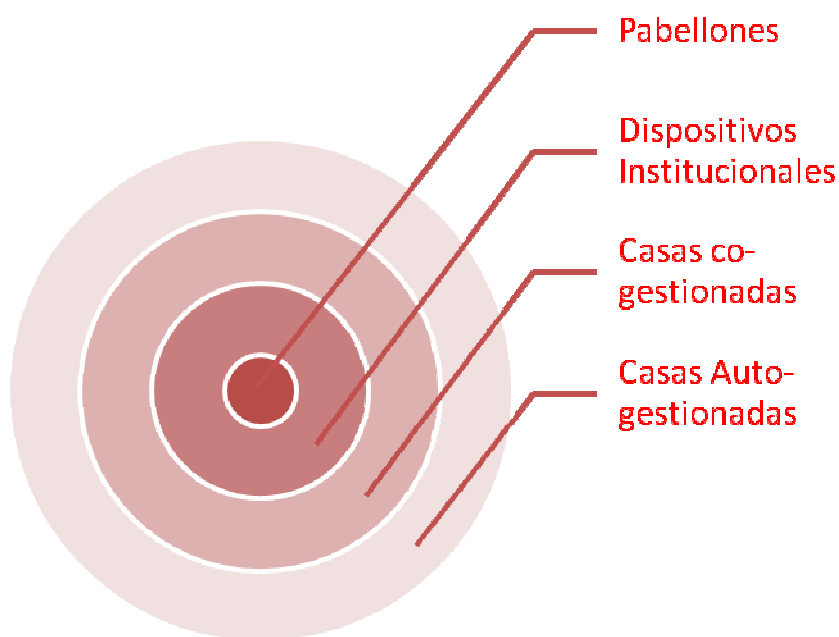
Casas Auto-gestionadas: Son viviendas alquiladas y sostenidas en casi su totalidad por las personas que residen allí. Ellas afrontan los gastos generados en forma conjunta. Cuentan con un sistema de apoyo de “Referentes/as comunitarios/as”, esta figura que acompaña el proceso de socialización, cobra sus honorarios de forma autónoma, sin depender de la institución, son los/as residentes quienes se hacen cargo del pago de dicho servicio así como también el pago de sus acompañantes terapéuticos/as. Es decir son empleadores/as de su propio sistema de apoyo. También en algunos casos cuentan con personal dependiente de la colonia, con quienes se dividen los turnos para poder cubrir la mayor parte del día. Esta modalidad de casas, se posiciona en un estilo de trabajo comunitario, en donde las decisiones se toman en asambleas semanales, participando de ellas tanto los profesionales, referentes/as, operadores/as, acompañantes terapéuticos/as como los/as propios/as residentes de las casas, quienes en definitiva desde esta lógica son protagonistas principales.

Es así que en esta línea, se dirigen a construir espacios de recuperación y restitución de derechos y a generar/promover mecanismos de emancipación de las personas, quienes tendrán el poder para decidir sobre todo lo que influya en sus propias vidas.

La administración de los recursos económicos la realizan las curadurías a las que pertenece cada persona. La mayoría cuenta con pensiones por discapacidad o subsidios de PAMI, ya que al momento de nuestra investigación, muy pocas contaban con el subsidio “regreso al hogar”.

En el siguiente cuadro se grafica la relación que se establece entre los diferentes dispositivos y la institución. Desde adentro hacia fuera se muestra el grado de autonomía que presentan, en donde el círculo interno es el de mayor dependencia institucional, y el exterior el de mayor independencia.

En este sentido las casas auto-gestionadas serían las de mayor independencia, ya que gran parte de los gastos son afrontados por las propias personas. La institución sólo les otorga la caja de alimentos por persona y los medicamentos necesarios, también en algunos casos ofrece operadores/as terapéuticas.



Es importante aclarar que durante el transcurso de la investigación, la experiencia de casas “auto-gestionadas” fue avasallada por el poder institucional, transformándose en un nuevo “dispositivo asilar”, que será analizada en el capítulo dedicado al análisis.

- **Perfiles de las mujeres entrevistadas:**

- **Mirta:**

Tiene 52 años, ha estado internada en la Colonia Montes de Oca durante un año. Sin embargo, a partir del fallecimiento de su padre en el cuando apenas era una adolescencia, dicho evento produjo en ella un incesante recorrido por diversas instituciones psiquiátricas y consultado a más de un/a profesional de psicología o psiquiatría debido a un diagnóstico de fuerte depresión.

Ingresó en la Colonia por voluntad propia ya que se encontraba en situación de calle luego de haber sufrido diferentes situaciones de violencia de parte de sus hijos varones y parejas (varones). Tiene dos hijos y una hija, su madre no mantiene relación con ella, y cuando lo hace es en forma despectiva, indiferente y descalificativa, al igual que sus hijos/as.

Actualmente, después de vivir durante dos años en libertad e independencia, lleva adelante un micro-emprendimiento, que es su sostén económico además del subsidio que recibe de parte del programa “regreso al hogar”, de esa forma alquila su propio departamento.

➤ **Norma:**

Tiene 63 años, permaneció institucionalizada alrededor de 40 años, recorriendo en su adolescencia diversas instituciones. Su diagnóstico describe una “discapacidad física y mental” agregando “retraso mental leve y esquizofrenia”. Su familia al no poder “hacerse cargo” de ella decidió internarla.

Actualmente, desde hace tres años vive en una vivienda co-gestionada compartida. Tiene relación con sus hermanas, las cuales la visitan en fechas claves, como cumpleaños o fiestas, y en ciertas oportunidades la “llevan” a sus casas.

Norma cuenta sólo con el subsidio “regreso al hogar” ya que su pensión por discapacidad se encuentra en trámite. Este ingreso económico lo administra su curadora oficial, y con el dinero que le habilitan puede solventar los gastos que le implican el alquiler y la alimentación mensual, en conjunto con el resto de las mujeres que viven con ella.

➤ **Josefina:**

Tiene 63 años. Cuando era joven fallecieron su padre y su madre, lo cual hizo que su hermano mayor tuviera que cuidarla. Durante el transcurso de este período en donde su hermano debió ser el responsable de su protección, ella sufrió abusos sexuales de su parte, lo cual hizo que la relación se tornara cada vez más compleja y traumática para ella. En la adolescencia cuando Josefina quiso comenzar una relación amorosa con una persona su hermano decidió internarla. A partir de allí nunca más tuvieron contacto, ella

ya no recuerda el lugar donde se encuentra su casa, y el recuerdo de su hermano se asemeja a un monstruo que a menudo la atormenta.

Actualmente Josefina convive con tres mujeres más en una casa co-gestionada. Tiene una curadora oficial, quien administra su pensión por discapacidad y el subsidio de “regreso al hogar” con lo cual ella solventa sus gastos de alquiler y supervivencia junto con sus compañeras.

➤ **Susana:**

Tiene 51 años, debido a que su padre y su madre no pudieron “hacerse cargo” de ella y tampoco de su hermana, decidieron internarlas a ambas, hace aproximadamente 30 años en la Colonia Montes de Oca. Las dos presentan el mismo diagnóstico médico “Retraso mental con esquizofrenia”. Su hermana continúa internada.

Susana tuvo hijos/as dentro de la institución, los/as cuales fueron quitados/as al nacer y dados en adopción. Hace algunos años pudo tomar contacto con uno de ellos, pero no pudo construir un vínculo dado los obstáculos que la familia adoptante le presentó, y a su vez el rechazo por parte de su hijo.

Con respecto a su madre, la relación es débil, debido al poco contacto que tuvieron durante sus años de internación. Por su parte la madre no expresa interés en retomar el vínculo, y no quiere que viva con ella.

Actualmente Susana está en pareja con un muchacho. Ella se encuentra viviendo en una casa co-gestionada compartida con tres mujeres, solventan los gastos de la vivienda entre todas. Tiene una curadora oficial, quien se encarga de administrar sus ingresos, ella cuenta con el subsidio “regreso al hogar” y una ayuda económica que le brinda la obra social “PAMI”.

➤ **Juana:**

Tiene 40 años, al fallecer su madre ella queda a cargo de su hermano quién por motivos económicos decide internarla. Estuvo institucionalizada por 20 años.

Actualmente se encuentra conviviendo con tres mujeres más en una vivienda co-gestionada, en donde comparte los gastos con sus

compañeras a través de una pensión por discapacidad y el subsidio “regreso al hogar”. Su curador es el hermano, con el cual mantiene contactos esporádicos, ella va de visita a su casa por períodos de tiempo cortos debido a que no le gusta vivir con él, a su vez este demuestra un explícito desinterés por su hermana, por lo que la convivencia entre ambos es compleja e insostenible.

Nombre	Edad	Tiempo de institucionalización	Tiempo de externación	Familiares	Curaduría	Recursos económicos
MIRTA	52	1 AÑO	2 AÑOS	AUSENTES	NO TIENE	SUBSIDIO
NORMA	63	40 AÑOS	3 AÑOS	CONTACTO ESPORÁDICO	OFICIAL	SUBSIDIO
JOSEFINA	63	40 AÑOS	3 AÑOS	AUSENTES	OFICIAL	-SUBSIDIO -PENSIÓN
SUSANA	51	30 AÑOS	3 AÑOS	VÍNCULOS DÉBILES	OFICIAL	-SUBSIDIO -AYUDA ECONÓMICA
JUANA	40	20 AÑOS	3 AÑOS	CONTACTO ESPORÁDICO	FAMILIAR	-SUBSIDIO -PENSIÓN

Respecto de las profesionales del trabajo social, realizamos 5 entrevistas en profundidad, que evitaremos sus perfiles con el objeto de mantener la confidencialidad de los datos y el resguardo de la identidad de las mismas, dado que al señalar las funciones y área laboral en la Colonia Montes de Oca, resulta evidente el reconocimiento de las mismas.

5.3 Categorías de Análisis

Finalmente en función del marco teórico y de dichas entrevistas se despliegan las categorías de análisis. A partir de la interpretación de las expresiones utilizadas por las entrevistadas y las notas de campos obtenidas de las observaciones participantes

procedemos a realizar el análisis a través de las siguientes categorías. Nuestras categorías centrales son:

Los discursos y las prácticas de los/as profesionales del trabajo social en el ámbito de la salud mental. Haciendo referencia por un lado a **los discursos** como formaciones ideológicas que se materializan en el habla, pero que también coexisten con los silencios e implícitos, es decir con todo aquello que durante una conversación se excluye formando parte de la zona de lo prohibido. *Uno sabe que no se tiene derecho a decirlo todo, que no se puede hablar de todo en cualquier circunstancia.* Muchas veces los discursos se “adornan” para poder adueñarse del poder que está en juego. Según Foucault el discurso también manifiesta aquello por lo que se está luchando para conseguir lo que desea (Foucault, Michel; 1970:14).

Por otro lado, y en relación a la categoría anterior, nos referimos a **las prácticas** como modo de intervenir en las problemáticas sociales, a un posicionamiento teórico-metodológico que guiará las decisiones y acciones. Prácticas que guiadas por la lógica del capital serán alienadas y alienantes, convirtiéndose en intervenciones tutelares y asistencialistas, y prácticas que sustentadas en un posicionamiento de reconocimiento de derechos y subjetividades de las personas, se traducirán en intervenciones emancipadoras.

Ambas categorías están íntimamente relacionadas, ya que al observar **las prácticas** y reflexionar sobre ellas se podrá dilucidar si corresponden con lo expresado en **los discursos**.

En base a las dos categorías centrales hemos desarrollado para cada una dos sub-categorías: En relación a los discursos, *Discursos que reconocen los derechos y Discursos tutelares*. En relación a las prácticas, *prácticas autónomas y prácticas heterónomas*.

-Discursos que reconocen los derechos: Aquellos que en sus enunciados reconocen a las personas como sujetas de derechos, y también asumen la existencia de marcos legales que deben guiar sus acciones para garantizarlos.

-Discursos tutelares: Aquellos que en sus enunciados, de forma explícita o implícita, no tienen en cuenta a las personas, sino como objetos de intervenciones, descalificando o subestimando su capacidad de decisión y autonomía.

-Prácticas autónomas: Aquellas guiadas por la reflexión crítica dirigidas a generar rupturas en las estructuras hegemónicas. Intervenciones que buscan la construcción de ciudadanía, en las cuales los/as profesionales adoptan una posición ética

y política, toman decisiones y se responsabilizan de sus consecuencias. Se dirigen a construir y fortalecer procesos de emancipación de las personas.

-Prácticas heterónomas: Aquellas que se encuentran ligadas a modelos de intervención tradicionales, dirigidas a la atención de demandas de las instituciones o de otros/as profesionales. Sostienen la estructura hegemónica, transformando su acción en un tecnicismo pragmático y repetitivo. Sus abordajes sólo fortalecen los procesos instituidos por la lógica dominante.

Para realizar el análisis de las entrevistas y observaciones también hemos construido las siguientes categorías:

Procesos de institucionalización: Nos referimos a las situaciones que atraviesan las personas que se encuentran internadas en instituciones totales, en donde asumen las reglas internas como propias. Generalmente este proceso se hace efectivo a través del uso de la fuerza o coerción. Algunos de los efectos que produce en las personas son:

- Pérdida de la identidad.
- Pérdida de habilidades sociales.
- Pérdida de la individualidad/subjetividad.
- Pérdida de la privacidad.
- Pérdida de la autonomía e independencia.
- Pérdida de la capacidad jurídica.

Procesos de externación: Nos referimos a todas aquellas alternativas puestas en marcha dentro de la comunidad para desinstitucionalizar a las personas. Procesos dirigidos a la construcción de mecanismos a través de los cuales se garanticen espacios, recursos y apoyos que promuevan la restitución de derechos de las personas que han sido excluidas en instituciones psiquiátricas. Estos procesos llevados a cabo desde un posicionamiento ideológico que reconozca a las personas como sujetas de derechos producirán los siguientes efectos:

- Recuperación de la identidad.
- Recuperación de habilidades sociales.
- Recuperación de su individualidad/subjetividad.
- Recuperación de la privacidad.
- Recuperación y fortalecimiento de su autonomía e independencia.

- a. Identidad:** Considerada como la representación particular que las personas tienen sobre sí mismas, construida a través de su trayectoria, su contexto y de las demás personas con las que se relaciona. A partir de esta representación realiza una identificación/diferenciación frente al resto, comportando características que le son propias. Construyendo a su vez una visión del mundo y un modo de actuar en él. Existen elementos importantes que intervienen en la constitución de la identidad como el nombre y apellido; la nacionalidad; el lugar de nacimiento o residencia; un empleo; una carrera; la familia o grupo de pertenencia; etc.
- b. Habilidades sociales:** Consideradas como aquellas habilidades que nos permiten desarrollarnos en una sociedad, son aprendidas y aprehendidas socialmente. Se considera que el conjunto de ellas favorecen las interacciones entre las personas permitiendo vínculos más fuertes y duraderos. A su vez facilitarían la concreción de objetivos y la obtención de mejores condiciones de vida a quién las desarrolle. Se consideran habilidades sociales: La comunicación; los vínculos interpersonales; contraer responsabilidades; expresarse para demostrar conformidad o disconformidad; pedir ayuda; iniciar reclamos; expresar emociones; empatizar; participar; opinar; etc.
- c. Privacidad:** Considerada como el ámbito de la vida personal, en donde la intimidad de cada persona es preservada frente al resto de la sociedad o de su entorno. Esta preservación de la intimidad otorga un cierto grado de seguridad, ya que en el ámbito de lo personal se resguardará todo aquello que considere propio.
- d. Singularidad/subjetividad:** Considerada como la construcción que realizan las personas a lo largo de su vida a través de la interacción con el mundo que las rodea y en el cual se desarrollan, de esta forma aprenden a relacionarse, a pensar y actuar frente a determinadas situaciones o en determinados contextos. Estas construcciones se encuentran atravesadas por las premisas culturales que forman parte de la reproducción social. Dichas premisas o mandatos culturales van cambiando y transformándose de una generación a otra. Al estar inmersas en los procesos sociales, las personas también van modificando su forma de relacionarse y representarse en sociedad, pero a su vez aportan a través de su propia subjetividad, elementos para esa transformación, ya que son sujetos/as que dentro de este movimiento construyen y se construyen, de-construyen y

vuelven a construir a lo largo de su historia el mundo particular en el cual se desarrollan.

- e. **Autonomía/Independencia:** Considerada como la capacidad que tiene una persona para poder decidir sobre su propia vida sin intervención de otra persona o bien brindar consentimiento frente a mandatos u obligaciones impuestas. Nos referimos a la posibilidad de que puedan ser protagonistas de sus propias decisiones hasta en las cuestiones más simples de su existencia, como por ejemplo: Horarios de comidas, de descanso, de aseo, elección de vestimenta, elección de actividades, sexualidad, elección de su contexto y de personas con las cuales relacionarse, etc.
- f. **Capacidad Jurídica:** Categoría tomada del Derecho, considerada como la aptitud de una persona para adquirir derechos y contraer obligaciones por sí misma sin necesidad de mediación o autorización de otra.

En relación con nuestro objeto de estudio, analizaremos las categorías antes expresadas teniendo en cuenta la **perspectiva de género**, incluyendo las sub-categorías **Intervenciones diferenciales por género y violencia hacia las mujeres**.

El análisis desde una **Perspectiva de Género** nos permitirá dilucidar en el sistema de salud mental, los discursos y prácticas de los y las profesionales de Trabajo Social, relaciones de saber-poder sobre los cuerpos de las mujeres como así también las representaciones históricas que se tienen sobre las mismas, y que prevalecen en sus enunciados justificando y legitimando sus acciones. Hablar de género refiere a las construcciones sociales y culturales que históricamente han ido tomando forma sobre lo que “es o debería ser” una mujer y lo que “es o debería ser” un varón, para considerarse dentro de la “normalidad” social en la que está inmerso/a. De esta manera nos encontramos con los estereotipos, profundamente anclados en las bases de nuestra sociedad, en donde el macho “debe ser”, fuerte, reflexivo, inteligente, dominador, insensible, sostén de familia, etc.; la hembra en cambio, “debe ser”, sensible, débil, irreflexiva, sumisa, ama de casa, madre, contenedora de las emociones familiares, etc., de esta manera podrán asumir sin dificultades el género que la sociedad les adjudica por haber nacido biológicamente de un sexo u otro.

Intervenciones diferenciales por género: Con frecuencia la única diferencia entre varones y mujeres, expresada en los discursos de los y las profesionales, se

encuentra en su función reproductiva ya que históricamente se ha equiparado sexo/género tomando como única diferencia la biológica, generando infinitas desigualdades, es esperable que la diferencia en los aparatos reproductivos de uno y otra sean el eje diferencial entre varones y mujeres para la atención de su salud.

Se deben, por un lado, tener en cuenta las construcciones sociales y culturales que existen sobre las mujeres y los varones, para dilucidar componentes y factores de riesgos influyentes en los procesos de salud/enfermedad que los/as atraviesan de manera distinta en nuestra sociedad; por otro lado tener en cuenta que las diferencias biológicas no significan la existencia de desigualdades físicas/psíquicas entre los géneros, por lo tanto muy probablemente existan “algunas” problemáticas respecto a la salud que influyan de manera similar.

El concepto de género tiene un fuerte impacto en lo referido a la salud debido a las relaciones de poder que se concretizan sometiendo un género sobre otro, esto es el masculino sobre el femenino, teniendo como resultados posibles situaciones de discriminación y violencia. Dejando en condiciones de mayor vulnerabilidad y precariedad a las mujeres. Este posicionamiento impacta en los perfiles psicológicos que se construyen sobre los géneros, dejando también del lado más vulnerable las patologías psíquicas femeninas consideradas las mujeres más propensas a sufrir padecimientos mentales.

Violencia hacia las mujeres: Consideramos que todas las violencias ocurridas dentro de los hospitales psiquiátricos son verdaderos atentados contra los derechos humanos, pero que cuando estas violencias, además, son sufridas por mujeres deberían considerarse violencias de género como así lo señala la Ley N° 26.485. Una primera violencia de género hacia las mujeres es aquella que las ha catalogado como “locas por naturaleza”. El paradigma patriarcal sugiere la histeria, junto con otras definiciones como paranoia, demencia senil, epilepsia y melancolía, para explicar su posicionamiento respecto a la “locura” de las mujeres, las cuales siguen vigentes aún en nuestros días.

Teniendo en cuenta la ley nacional que garantiza la protección contra todo tipo de violencia ejercido contra las mujeres, tendremos en cuenta, para su análisis, la violencia entendida como toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica,

sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Por ello consideramos los siguientes tipos de violencia a los que las mujeres pueden estar sometidas y es necesario dilucidar para darle visibilidad:

Física: La que se emplea contra el cuerpo de las mujeres produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato o agresión que afecte su integridad física.

Psicológica: La que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal, buscando degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación ó aislamiento. Incluye también la culpabilización, vigilancia constante, exigencia de obediencia, sumisión, coerción verbal, persecución, insulto, indiferencia, abandono, chantaje, ridiculización, explotación y limitación del derecho de circulación o cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y autodeterminación.

Sexual: Cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de las mujeres de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso y abuso sexual.

Económica y patrimonial: La que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de las mujeres.

PARTE III

CAPÍTULO 6

ANÁLISIS DE CATEGORÍAS

Como hemos mencionado en el capítulo anterior, realizamos un total de diez entrevistas en profundidad, seis de ellas a mujeres externadas de la institución “Colonia Montes de Oca” y cuatro a Trabajadoras sociales que se desempeñan tanto en dicha institución como en los diferentes dispositivos de externación. A su vez hemos realizado un trabajo de campo, a través de la técnica de observación participante, dentro del ámbito institucional y en una de las casas auto-gestionadas donde residen personas externadas.

En función de los datos relevados a través de las técnicas utilizadas, siguiendo con nuestros objetivos de investigación, hemos diseñado las siguientes categorías de análisis: *“Discursos y prácticas de los/as profesionales del Trabajo Social: Discursos que reconocen Derechos y Discursos Tutelares; Prácticas Autónomas y Prácticas heterónomas”*; *“Procesos de institucionalización y Procesos de externación: sus efectos; Identidad, Habilidades Sociales, Privacidad, Individualidad/subjetividad, Autonomía e Independencia y Capacidad Jurídica”*; *“Perspectiva de Género: Intervenciones Diferenciales por Género y Violencia hacia las Mujeres”*.

6.1 Discursos y prácticas de los/as profesionales del Trabajo Social

6.1.1 *Discursos que reconocen Derechos y Discursos Tutelares:*

Durante nuestro trabajo de campo nos hemos ido encontrando con discursos que denotan distintos posicionamientos respecto a las personas y sus derechos, algunos de ellos reconociéndolos sin contradicciones, otros sólo de manera testimonial evidenciando posturas tutelares a lo largo del desarrollo discursivo, dejando entrever ideologías paternalistas/asistencialistas en sus enunciados.

Al hablar de *discursos que reconocen los derechos*, nos referimos a aquellos sustentados en los nuevos paradigmas dirigidos a la protección integral de todos los derechos de las personas, sin discriminación alguna. Los mismos, en sus enunciados reconocen a las personas como sujetas de derechos, y también asumen la existencia de marcos legales que deben guiar sus acciones para garantizarlos.

✓ **Discursos Tutelares**

Los *discursos tutelares* son aquellos que guiados por los viejos paradigmas paternalistas, anulan a las personas, sometiendo sus decisiones a la de una tercera persona. Son los que en sus enunciados, de forma explícita o implícita, no tienen en cuenta a las personas, sino como objetos de intervenciones, descalificando o subestimando su capacidad de decisión y autonomía, o en su defecto a través de discursos que envueltos en ciertas actitudes protectoras/benefactoras niegan, ocuyen y marginan la voluntad de las mujeres con malestar psíquico. Se trata de profesionales del trabajo social que exclusivamente trabajan dentro de la institución. Como es el caso de María y Carmen.

Al analizar los diferentes discursos o enunciaciones desarrolladas por las trabajadoras sociales entrevistadas, encontramos evidencias de posturas tutelares:

Carmen, Trabajadora Social de la Colonia Montes de Oca expresa lo siguiente:

...Hoy todo el mundo habla de Derechos Humanos, todo el mundo tiene ese discurso... pero raritos hay en todos lados. Se debe tener en cuenta la protección del ser humano, se necesitan políticas de Estado, consultorios externos, viviendas para todos, contención, sostén... Pero no estamos preparados para eso, no se invierte en esas cosas... Para mí hablar de derechos humanos es discriminativo, prefiero hablar de derechos de todos, parece que está de moda hablar de Derechos Humanos...

Existen elementos en los enunciados que por un lado, intentan reconocer los derechos, al decir que se debe tener en cuenta la protección de las personas y generar políticas de estado, pero por otro lado dan cuenta de una cierta resistencia -malestar, incomodidad- hacia ese reconocimiento, al considerar “los derechos humanos” como una moda, y a las personas “raritas” debido a sus diferencias. Esta caracterización del/la otro/a como “raro/a” evidencia una anulación de los derechos ya que implícitamente está sugiriendo una anomalía, fuera de la norma, de la ley, de lo incorrecto, de lo enfermo, lo patológico.

Pensar en estos términos implica una perspectiva dicotómica moderna que reduce unos de los polos de una variedad de grupos conceptuales binarios, a la subordinación a otro. Esta distinción también produce rangos de jerarquías implícitas, donde algunas personas son merecedoras de derechos y otras no, pero a su vez asume que no existen políticas ni recursos necesarios para hacer efectivo ese reconocimiento. Por último encontramos, de manera aún más explícita, un enunciado que supone dicha existencia del rango de jerarquías entre personas en la expresión de la profesional que considera que hablar de “derechos humanos es discriminatorio”, por lo cual prefiere hablar de “derechos de todos”...Frente a este planteo nos surge el siguiente interrogante: **¿considera más inclusivo hablar de “derechos de todos” porque, para ella, no todos/as seríamos humanos/as?** Otro aspecto que podemos interpretar de esta expresión es que ha sucedido un proceso de deslizamiento de sentido que implica hacer equivalentes cuestiones muy disímiles. Como derechos humanos = discriminación. Esta ecuación es una contradicción de sentido y tiene implicaciones políticas graves porque en realidad encubre un malestar respecto del avance de las políticas de derechos humanos en el país en los últimos tiempo, consecuencias de la resistencia incansable las organizaciones de derechos humanos y de las madres de plaza de mayo, pero que resultan claramente asociadas a los gobiernos de Néstor Kirchner y Cristina Fernández Kirchner.

María, también trabajadora social de la institución, expresa que: *Se debe mejorar la calidad de vida de los pacientes, porque esta gente ha sido postergada por mucho tiempo. Es una institución que ha funcionado como depósito.*

Podemos señalar que la expresión citada, enuncia el reconocimiento de derechos que deben ser restituidos, pero de todas formas al hablar de “pacientes” deja entrever un posicionamiento que otorga pasividad a las personas con las cuales trabaja, dejando de lado su autonomía o autodeterminación. Las personas desde esta caracterización dejan de ser sujetas de derechos. Si bien, esta interpretación puede ser algo dura, las intervenciones no son neutrales, crean realidades, estigmatizan y por cierto tienen una fuente de justificación en los paradigmas que los sostienen, en este sentido se deduce un paradigma médico hegemónico.

Continuando con el análisis del discurso nos encontramos con expresiones como estas: *...Mi trabajo se basa más que nada en las demandas que me hacen los pacientes,*

de dinero más que nada, porque es lo único que tienen acá adentro, no tienen otra cosa, entonces cuando se les da un poco de plata se adueñan de eso...

Por un lado estamos frente a una práctica asistencialista, que más adelante analizaremos, pero por otro lado, anuncia que las personas dentro de la institución no tienen otra cosa más que su dinero, el cual, ella dice, que cuando se les otorga, las personas se adueñan, dejando en claro que a pesar de sostener en su discurso que las personas son titulares de ese dinero, no considera que les pertenezca, ya que refiere “se adueñan” como una expresión que sugiere un favor, un regalo, un “beneficio” y no el reconocimiento de su propio dinero.

Con respecto a los derechos, María sostiene que...*Tenemos que buscar su autonomía, la independencia...* Pero seguido de ello agrega que no todos/as son “dignos/as” de esos derechos, ya que expresa:...*de los que se pueda claro, porque obviamente no todos pueden...* Habla también de una cierta superioridad frente a las personas con las cuales trabaja, y un ejercicio de poder sobre ellas, evidenciando, además de prácticas paternalistas o tutelares, ciertos mecanismos de control social:...*Yo trato de atender las demandas, pero siempre teniendo en cuenta que hay una asimetría, y que tengo que ejercer poder sobre ellas eso es así, porque lo tengo...* En dicha expresión también se puede identificar el sentido otorgado al referirse a las demandas, ya que al decir que “trata de atender todas las demandas” pero teniendo en cuenta su superioridad sobre las personas se estaría refiriendo a que no puede guiar sus prácticas según las decisiones de las personas, sino que sería ella la que tiene el poder para decidir “cuáles demandas son merecedoras de atención y cuáles no” en este sentido y por último, citamos una expresión que busca enunciar una cierta política institucional referida a la incorporación de los derechos en la agenda...*Desde la dirección hay una lógica de rehabilitación...ahora se hizo un relevamiento con una comisión evaluadora para ver qué actividades iba a realizar cada uno...*dejando en evidencia, a partir de estas palabras, que las decisiones de las personas siguen estando subordinadas a las decisiones arbitrarias de otras personas, encargadas de evaluar su “capacidad” o “incapacidad” para realizar ciertas actividades, dejando de lado el interés personal de cada una.

✓ **Discursos que reconocen derechos**

Los discursos reconocedores de derechos son, como ya hemos expresado, aquellos que en sus enunciaciones tienen en cuenta la importancia de considerar a las

personas como sujetas de derechos, y se dirigen a visibilizar el compromiso de trabajar en pos de hacerlos efectivos. También asumen la existencia de marcos legales que los garantizan.

Victoria, Trabajadora Social independiente de la Colonia Montes de Oca, quién desempeña sus tareas en una casa co-gestionada de mujeres externadas de dicha institución, contratadas por las curadurías, expresa que:

...Hay que asegurar el proceso de reinserción, respaldando que se cumplan todos los derechos...que puedan tener acceso a todos los recursos y apoyos que hagan falta para que puedan estar afuera porque muchas veces no los tienen... En este sentido se evidencia el reconocimiento de la existencia de derechos de las personas para garantizarles una vida digna en libertad.

Victoria...buscar la autonomía, pero dando los apoyos que necesitan propiciando la participación y la toma de decisiones, y creo que eso hace la diferencia en las intervenciones...el grado de autonomía que generan este tipo de intervenciones es muy alto...

Aquí se enuncia la importancia de tener en cuenta las decisiones de las personas con las que se trabaja, pero también habilita a dilucidar la existencia de intervenciones dirigidas a fortalecer la autonomía y participación, de esta forma estamos en presencia de discursos que reconocen derechos pero que también guían sus prácticas a tal fin... *El compromiso es lo más importante, y trabajar en la sociedad para poder darle visibilidad...* Se valora el trabajo en la comunidad, esencial para poder hacer efectivos los derechos de las personas, sobre todo para que puedan gozar de una vida digna en libertad.

Paula, Trabajadora Social de la Institución, que también se desempeña como profesional en una de las casas auto-gestionadas, refiere la importancia del acompañamiento, tanto de personas cercanas como a nivel económico, dice que... *es fundamental, si vos le ponés todo el recurso humano, pero ponés en tela de juicio si cobra o no cobra el subsidio que necesita no se puede; si le ponés todo el recurso económico pero no la gente que tiene que estar en el día a día para acompañar a la persona, también se cae...* Además de reconocer los derechos de las personas a ser externadas, evidencia la necesidad, como derecho, de recibir los apoyos necesarios para poder hacer efectivo el proceso, y que puedan sostener una vida fuera de la institución, al igual que cualquier ciudadano/a. Al hablar de los subsidios, nos cuenta que *para una*

persona que cree que el Estado tiene que resarcir todos los daños que le causó a esta gente, sería un derecho. Otra que piensa que el “loco es loco”, va a pensar que está tirando la plata... Podemos decir entonces que existen dos posturas al respecto, hay quienes consideran a las personas como sujetas de derechos, y otras con pensamientos sustentados en la lógica de la figura de “insanía”. Frente a esto nos surge el interrogante ¿Cuál es la postura del propio Estado al respecto? Paula nos dice:

...El Estado mismo la ve como un subsidio. Planteado en esos términos no lo está considerando un derecho. Además es un programa, no una ley. La pensión sí la ve como derecho, pero no todos la tienen...

Vemos que existen contradicciones respecto al marco legal que debe garantizar los derechos, y a su vez, la dificultad del Estado para cubrir sus propias responsabilidades, en el caso que analizamos, “el subsidio” al que nos referíamos, corresponde a un “programa”, el cual es parte de la institución, por ello el alcance se acotado a su población. Además de ser focalizado es selectivo, y se encuentra a cargo de los equipos que desarrollan el programa, lo que provoca una dependencia de las personas a la institución.

En cuanto a las responsabilidades del Estado encontramos otra deficiencia, las “pensiones por discapacidad”, contempladas como derechos de las personas, sin embargo no todas las personas son titulares de las mismas, lo que evidencia ser más una política o “recurso” focalizado, que un “derecho universal”.

Paula...Si la Ley se aplicara bien, tendría que tener no solo la pata económica, sino también un recurso de rehabilitación, o psicosocial, psicolaboral, porque eso también como recurso material falta...Si una persona con padecimiento mental está todo el día en una casa, cuando está acostumbrada a una institución gigante, donde podía dar vueltas por todos lados, permanece reducida en un 90% de espacio, es lógico que va a fumar y tomar mates y después va a caminar por las paredes. Nosotros que nos hacemos llamar “normales” caminaríamos por las paredes...

En estas expresiones dilucidamos el reconocimiento de los marcos legales existentes, y también las deficiencias por parte del Estado de generar políticas estructurales que se dirijan a garantizar los recursos y apoyos necesarios para hacer efectivos los derechos que, dichos marcos legales, proclaman. Respecto a ello, la profesional reconoce *la falta de espacios pertinentes para la verdadera inclusión*. Dado los años de “encerramiento” resulta un nuevo aprendizaje vivir en libertad, la movilidad, implica un largo proceso de reconocimiento, de nuevos hábitos, de nuevas

socializaciones, se requiere de un contexto que garantice las posibilidades de “**poder hacer**”.

Una de las diferencias encontradas a partir de las entrevistas fue, que las profesionales dependientes de las instituciones son quienes en sus relatos sostienen posturas paternalistas/asistencialistas, es decir discursos tutelares, por el contrario, los discursos reconocedores de derechos los hemos encontrado en aquellas profesionales que se desempeñan fuera de la institución, más allá de ser empleadas de la misma.

6.1.2 Prácticas Autónomas y Prácticas Heterónomas

A partir de las entrevistas podemos decir que existen, por un lado prácticas de las profesionales de Trabajo Social que intentan ser más autónomas, llevadas a cabo desde equipos interdisciplinarios, en donde las profesionales toman decisiones desde un posicionamiento teórico-metodológico, teniendo en cuenta también la decisión y autonomía de las personas con las cuales trabaja, pero sobre todo sin someterse a la sola demanda de la institución o de otras profesiones. Por otro lado persisten, dentro del ámbito de Salud Mental, prácticas de carácter heterónomas, las cuales están subordinadas a las demandas institucionales o de otras profesiones, guiadas por lógicas manicomiales, transformándose en prácticas mecanicistas y repetitivas que no conllevan una reflexión ni posicionamiento ético de sus abordajes/intervenciones.

*Carmen: ... lo que se hace es tratar de **emparchar errores**. Yo creo que respecto al perfil profesional, antes lo teníamos más claro, ahora hay mucha diversidad, y se hace difícil, las nuevas no saben lo que quieren. Se debe hacer un trabajo fino con la familia, porque si están cortados los vínculos es muy difícil volver a **emparchar** con el abordaje...*

Evidentemente nos encontramos frente a un posicionamiento sustentado en una lógica asistencialista, en este sentido las prácticas están dirigidas sólo a “emparchar”, lo cual sugiere acciones coyunturales sobre problemáticas estructurales, aquí la profesión no tiene injerencia en procesos de transformación, más bien sería un/a operador/a de procesos mecánicos y repetitivos. Tampoco es partícipe de la toma de decisiones de las cuales se derivan sus acciones, sino que es el/la ejecutor/a de decisiones arbitrarias tomadas por instancias superiores, según la jerarquía institucional en la que está

inmerso/a, es decir que sería el último eslabón de la cadena, quien sólo se restringe a ejecutar acciones encomendadas. Al hablar de que no se tiene claro el perfil profesional también está evidenciando un obstáculo epistemológico, este posicionamiento limita la profesión, es decir, que sin un “saber específico”, sin “un campo específico de intervención”, sin “sujetos propios”, sin “métodos y técnicas específicas”, sin “objetos exclusivos”, la profesión no tendría razón de ser, y quedaría vulnerable e indefensa ante las demás profesiones.

...Si todos los asistentes sociales y exclusivamente ellos son depositarios de ciertas funciones, métodos, teorías, etc., ningún otro profesional podrá invadir ese espacio funcional sin que esto atente contra el principio de preservación de la “propiedad privada”, alma del sistema social en el cual se desarrolla. Y sí para eso la condición de “no ser invadido” es “no invadir”, el canje parece justo. Nada más positivista, nada más subalternizante, nada más conformista y comodista que este principio... (Montaño, 2000: 117).

El trabajo social somete sus prácticas a un modelo de acción pragmático y mecanicista dirigido a resolver las demandas de las propias instituciones o del sistema judicial, sin tener en cuenta las propias demandas de las personas con las cuales trabaja, sus intereses o necesidades. En este sentido sus abordajes no incluyen una reflexión crítica ni una mirada dirigida a la transformación, sólo actúan a favor del sostenimiento y legitimidad del status quo imperante, que supone la realización de actividades para el control social y el mantenimiento del “orden” en la sociedad. Ello se refleja en el énfasis puesto en las expresiones “emparchar”, lo que nos sugiere pensar en algo que “debe” ser de una forma, por lo tanto las acciones que realizan se dirigen “a tapar” todo aquello que no cumpla con las condiciones pre-determinadas socialmente. Estas intervenciones acrílicas, llevan a dilucidar que los abordajes que se realizan dentro de las instituciones psiquiátricas, tienen como objetivo normalizar y normativizar a las personas, como así también la intencionalidad de adaptación de las mismas a la sociedad.

Estas “limitaciones”, con las cuales se enfrentan los y las profesionales, hacen que sus prácticas se estanquen en la mera administración de recursos, en la recaudación de información, en la simple instrumentalidad de recursos técnicos.

*María:...el rol del trabajo social es multifacético, porque realiza muchas actividades, por ejemplo tenemos que manejar las **cuentas pacientes**, todo lo referido a la salud... mi trabajo se basa más que nada en las demandas que me hacen los pacientes. Obviamente no estudiamos para hacer mandaditos a los pacientes...hoy en día actuamos sobre la urgencia, que tampoco se puede postergar...*

En este sentido podemos decir que si bien se asume que las prácticas se dirigen a resolver problemáticas que derivan de las demandas de las personas con las cuales trabajan, la ideología que las sustenta sigue siendo tutelar o asistencialista, dado el modo de referirse a las personas como “pacientes”, o a las “demandas/mandaditos” no como derechos sino como algo insignificante, que las coloca en un lugar de disponibilidad, y que descalifica sus funciones. Si bien, como venimos expresando a lo largo de este trabajo, los discursos niegan los derechos, marcan las diferencias entre el derecho y las personas como clientes, hay actitudes que evidencian la falta de compromiso o posicionamiento ético al respecto y la confusión respecto de las demandas de las personas como si se trataran de consumidores, negando su capacidad de agencia y de reclamo de derecho. Para algunas de las trabajadoras sociales las personas demandan “servicios”, “recursos” que ellas consideran que no se corresponden con sus derechos.

Las personas siguen siendo tratadas como objetos, las demandas son siempre definidas desde las profesionales y la institución, por ello se niega la agencia de las personas, además de ser caracterizadas como pasivas frente a sus necesidades, más aún frente a sus derechos. Ello pudimos evidenciarlo a través de expresiones como la siguiente:

*María: ...Creo que las externaciones son importantes, pero tampoco hay que **sacarlos** así porque sí, sin saber que pasará después...todo depende de dónde van a ir, se tratará de buscar lugares cerca de las familias, si es que tienen, por ejemplo hogares o geriátricos...si nosotros hacemos que vuelvan con las familias y les ponemos ese peso, las familias por ahí son de bajos recursos, la madre tiene que trabajar, porque si no no comen, y por ahí seguramente para poder **hacerse cargo** deberá dejar de trabajar, para poder darle los cuidados que necesite, y eso no está bien, en esas condiciones no se puede externar...*

Observamos que al referirse a las personas, lo hace cosificándolas, siempre pasivas, al hablar de “sacarlos” “hacerse cargo”, etc. A su vez notamos que al hablar de las familias, supone que una persona sólo puede externarse, o vivir con su familia, cuando tiene los recursos económicos necesarios para hacerlo, y que eso sería una responsabilidad de la propia familia, cuando en realidad corresponde a una responsabilidad del Estado. También supone que las personas no tienen autonomía e independencia, que al vivir con sus familias no habría quien se “haga cargo” de ellas, cuando, por el contrario, los procesos deben dirigirse a generar mecanismos que

fortalezcan la autonomía y autodeterminación de las personas garantizándole, a su vez, los recursos y apoyos necesarios para hacerlos efectivos.

No debe legitimarse, mucho menos desde la profesión, la privación de la libertad por causas económicas, así lo prescribe la nueva Ley de Salud Mental y en este sentido, la profesional entrevistada lo desconoce. Ella dice: *...no creo que afuera se respeten más derechos porque quizás no tengan los apoyos que se necesiten. Entonces no vale la pena...* No negamos que esta realidad que expone sea cierta, pero el posicionamiento de la profesional no está sustentado en una reflexión crítica de esa realidad existente, sino que está convencida que dentro de la institución se encuentran mejor, desconociendo que existen marcos legales que deben respetarse y como profesionales debemos luchar para lograr su cumplimiento, o, al menos, realizar prácticas dirigidas a tal reconocimiento. Es decir que, el trabajo social, al estar inserto en un campo atravesado por lo político e ideológico, supone dimensiones de control social y de transmisión de ideologías oficiales hacia los y las trabajadores/as, cómo a la sociedad en general, pero es un trabajo que también puede, y en el mejor de los casos debe, estar dirigido hacia la efectivización de los Derechos, hacia la construcción de ciudadanía; por lo cual debemos elegir o construir nuevos caminos para nuestras intervenciones.

Al referirse al trabajo en equipo interdisciplinario, María expresa en todo momento que es muy importante realizar todas las actividades en equipo; al preguntarle si tienen reuniones periódicas para planificar las acciones, ella contesta: *...si, siempre hablamos, yo les dejo las cuestiones que fueron surgiendo durante el día o los días que estoy yo, y los demás me dejan avisado a mí...* Como no nos había quedado claro si realmente tenían reuniones de equipo se le vuelve a preguntar, a lo que ella contesta: *...Ahora todavía no pudimos organizar bien los días que nos vamos a juntar...* Lo que claramente pone en evidencia que los discursos no coinciden con las prácticas llevadas a cabo; en todo momento refiere que es muy importante trabajar en equipo, pero la realidad es que nunca organizaron actividades ni tomaron decisiones en conjunto. Por ello es que consideramos que aquí no hay conformado un equipo interdisciplinario, sino que lo que existe es sólo un encuentro casual de diferentes disciplinas. También es importante analizar la expresión, *...hoy en día soy la que más carga de actividades tengo, también los pacientes me buscan a mí, yo llego y me persiguen “como moscas”...* podemos decir que orgullosamente aclara que dentro del “equipo”, es la que más tareas realiza, ya que se le había preguntado cuál era su lugar respecto a las demás

profesiones, refiriéndonos si se tenía en cuenta el trabajo social como profesión de importancia para los procesos que se llevan a cabo.

El trabajo social dentro de los equipos interdisciplinarios, aún no ha encontrado un espacio, es decir, no es tenido en cuenta a la hora de tomar decisiones, quedan en manos de profesiones que, a nivel social e institucional, están legitimadas, sobre todo científicamente, como lo es la medicina, que dentro de las instituciones ocupa un lugar de poder casi indiscutible. Es así que los/as profesionales de trabajo social, terminan sobrecargados/as de tareas que no forman parte de las competencias del resto de las disciplinas, y son encomendadas al/la trabajador/a social. Es de suma importancia referir a la expresión “me persiguen como *moscas*”, lo cual pone en evidencia la postura ideológica que sostiene la mirada sobre las personas con las cuales trabaja, dicha mirada no está exenta de las decisiones o actividades que lleva a cabo durante sus intervenciones ya que las prácticas siempre están guiadas, en mayor o menor medida, por las representaciones que tengamos de las personas con las cuales trabajamos. En este sentido consideramos que las representaciones sociales constituyen sistemas de conocimientos formados por estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que orientan las acciones que se realizan, de forma positiva o negativa frente a determinadas situaciones (Carballeda, Alfredo; 2002).

Victoria, Trabajadora Social independiente de la institución, que se desempeña en una casa de mujeres externadas, nos habla acerca de su experiencia, si bien es trabajadora social, no es “responsable” de muchas de las decisiones que se toman, ya que al ser una casa co-gestionada, cuenta a su vez con un equipo interdisciplinario que depende de la colonia Montes de Oca, y es este equipo el encargado de tomar las decisiones. Ella nos cuenta que muchas veces ha experimentado situaciones en las que el equipo ha estado ausente.

...si fuera por el equipo que está a cargo, muchas veces habrían estado muy solas. Porque nadie las venía a ver, nadie se preocupaba por el estado de ellas. Porque acá no hay un equipo consolidado, y creo que eso es esencial. Dentro de ese equipo no se cumple con la función del trabajo social, muchas veces si yo no las alerto de tales cuestiones no se preocupan...

En este sentido, estamos nuevamente frente a un encuentro casual de disciplinas, pero no a un equipo interdisciplinario. Victoria sostiene que es necesario

...un equipo que realmente esté con todas las pilas para enfrentar la institución, me parece que hay mucho miedo, falta de unión, para poder

enfrentarse a los desafíos. Se necesita tirar todos para el mismo lado. Que si tratan de sabotear, puedan estar todos juntos y frenar ese sabotaje...

Esto evidencia la existencia de una profesión subordinada a lo institucional, no pudiendo llevar a cabo prácticas autónomas que se dirijan a un verdadero reconocimiento de derechos, mucho menos procesos que legitimen la profesión.

Como profesionales siempre nos enfrentaremos a una contradicción entre la norma institucional y los intentos de construir nuevos espacios que tengan en cuenta a las personas como sujetos y sujetas, ciudadanos y ciudadanas. Es decir, la norma institucional siempre va a suponer mecanismos de control social a partir de las políticas que instrumenta, en este sentido la postura de los y las profesionales, el “nada se puede hacer” legitima el orden instituido, asumiendo que forma parte de la organización y debe cumplir una determinada función, lo que tiende a legitimar lo instalado, convirtiéndose en profesionales subordinados/as, sin autonomía, destinados/as a realizar tareas en forma mecánica y reiterativa.

Como profesionales tenemos la autonomía de decidir sobre nuestras acciones, eligiendo si queremos contribuir a sostener el status quo imperante, que en el caso de las instituciones psiquiátricas se dirige al control social y al orden, o por el contrario contribuir a promover y fortalecer procesos dirigidos a la emancipación de las personas y reconocimiento de los derechos de las mismas.

...Cómo nosotros somos trabajadores, nuestra intervención, nuestro trabajo, tiene límites, porque nosotros somos trabajadores asalariados y quien nos contrata establece algunas demandas para nuestro trabajo, sino nosotros no tendríamos necesidad social. Y por otro lado la población que requiere los servicios donde trabajamos tiene demandas que son distintas. Dentro de este campo de tensiones es que nosotros tenemos una relativa autonomía-porque somos sujetos de nuestro trabajo-de definir direcciones para nuestra acción, y definir prioridades y formas de encaminarlas... (Marilda Iamamoto, 2002:98-99).

Victoria nos expresa que a raíz de algunos problemas con algunas casas de externación

...comenzaron a aparecer más (el equipo) en la casa de ellas también, pero más que nada la presencia ahora es de control...y dependencia, porque la lógica del equipo o de la institución es esa. Ahora nos trajeron un cuaderno, donde yo tengo que anotar todo lo que pasa, creo que es algo invasivo, y ellas (las mujeres que allí viven) se sienten perseguidas, me preguntan qué es lo que escribo, y por qué...no está bien porque yo en mi casa no tengo un cuaderno...

En este caso, tanto la profesión como el equipo, ejercen funciones de control social, subordinadas a la lógica de la institución, generando a su vez mecanismos de dependencia entre las casas de externación y dicha institución. Esto nos hace pensar que las viviendas se transforman, a partir de estas prácticas, en dispositivos asilares, más allá de no estar físicamente dentro de sus límites. A su vez, podemos decir que las prácticas realizadas por el trabajo social, se someten a las decisiones arbitrarias del poder psiquiátrico legitimado, el cual se dirige a controlar y mantener el orden social, pero sobre todo a continuar ejerciendo dicho poder sobre las personas. Por ello creemos que es de suma importancia la descentralización institucional, es decir, que no funcionen como dispositivos de los manicomios, ya que muy fácilmente se terminan convirtiendo, como en este caso, en “Mini-asilos”.

Respecto al significado que le dan las personas externadas al trabajo social, una de las mujeres entrevistadas nos cuenta cómo es la relación con la profesional de su “equipo tratante”

Mirta: ...ella (trabajadora social) tendría que haber venido a ver donde estoy yo, cómo estoy, nunca vino a ver como estoy, pero para darme órdenes o decirme lo que tengo que hacer sí, siempre hay alguna. Yo por eso no les cuento más nada de lo que hago...

En este sentido observamos que la vinculación entre las profesionales de trabajo social, y las personas externadas es débil. La presencia sólo se manifiesta en ocasiones, con objetivo de control social. Como ya veníamos expresando anteriormente, se reproducen las mismas prácticas asilares dentro de los dispositivos dependientes de la institución.

Haciéndose más evidente el control social, otra de las mujeres, la cual al momento de la entrevista no quería hablar manifestando temor a represalias, nos pudo expresar que:

Mariana: ...Me dijeron que no hable, que si se enteraban que hablaba me iban a retar...

Es importante aclarar que en el período en el que se realizó la entrevista, la situación de las casas de externación, atravesaban un momento de profunda movilización interna, ya que en algunos casos se estaban experimentando transformaciones respecto a la metodología de abordajes, lo cual fue observado y detallaremos más adelante. Es por ello que la mujer entrevistada manifiesta temor,

mecanismo de control utilizado para mantener el orden en las viviendas, siendo esta, una estrategia recurrente en las instituciones totales.

Paula, dejando claro su posicionamiento respecto a lo que cree que corresponde y no corresponde a la profesión, diferencia los abordajes que son exclusivos de las demandas de la institución, con aquellos que son más autónomos y surgen desde espacios profesionales construidos a nivel interdisciplinarios

Paula: ...En la colonia el trabajador social como único profesional es el que hace el manejo del dinero de personas “insanas” y yo creo que no es una competencia del trabajador social...Te contratan para eso y para las tareas afines a la función y al departamento, que no están especificadas en el contrato...quiere decir que te las pueden ir cambiando con el transcurso del tiempo...

A partir de estas expresiones se le pregunta si entonces, el/la trabajador/a social, debe responder a todo lo que se le plantea, a lo cual dice:

Paula: ...claro, pero no todo puedes compartirlo. En la vinculación con la familia sí, en trámites de beneficios sociales sí, o lo que sea identidad, cobertura social, vinculación con los juzgados, pero tendríamos que tener el apoyo de un abogado, porque los juzgados escriben e interpretan las cosas de una forma diferente a lo que es el trabajo social...hacer el manejo del dinero es una locura, porque tienen un curador que deposita una plata, y vos tenés que hacer las cosas que te pide la persona internada...ese rol (del/la curador/a) es intransferible para la constitución nacional...

La sobrecarga de actividades que se delegan en la figura del/la trabajador/a social denota la existencia de transferencias de responsabilidades del poder judicial hacia el/la profesional, lo cual limita la acción a tareas administrativas y burocráticas. Respecto de sus funciones y el ejercicio de poder que ejercen las demás disciplinas, particularmente la psiquiatría, sobre el trabajo social, Paula nos cuenta que existen profesionales *a los que les gusta mandar...se dicen los psiquiatrones, que tienen esa cuestión del saber médico y la jerarquía médica ante todo, es difícil trabajar con eso; o te dejan trabajar mientras no le rompas los esquemas, cuando le rompiste mucho los esquemas te sacan...*

Se hace evidente la subordinación dentro de las instituciones psiquiátricas y el poder que ejerce la psiquiatría sobre las demás profesiones, lo cual ha sido la lógica imperante y originaria desde el inicio de los manicomios. Es importante destacar que aún en nuestros tiempos siguen vigentes estas prácticas hegemónicas que obstaculizan

la implementación de las leyes y la puesta en práctica de los nuevos paradigmas de salud mental.

Paula: ...podría tener toda la sobrecarga si me creo omnipotente, capaz de hacer todo y el resto nada. Si yo tengo que responder un oficio sobre "x" persona, sola no lo puedo hacer; primero porque a los juzgados no le sirve una firma sola, segundo porque yo tengo un conocimiento, la psicóloga va a tener otro, la médica otro, la psicopedagoga otro. Sola a mi no me sirve hacer un informe, me sirve hacerlo con el conjunto, porque enriquece todo lo que sea...

Aquí podemos decir que para la profesional resulta relevante la formación de un equipo, por lo expresado, ya que permite un accionar colectivo, un espacio generado para poder llevar a cabo decisiones autónomas, teniendo en cuenta que desde este posicionamiento se considera que el trabajo en equipo lleva a enriquecer las prácticas que desarrollen; de esta forma no se sobrecarga una sola disciplina con tareas y actividades que las demás profesiones no absorben, ya que los objetivos están planteados en conjunto, y todas las disciplinas despliegan sus funciones a partir del mismo, con el fin de concretarlo. La profesional dice al respecto:

... yo no me considero ni mejor ni peor que el resto, tengo un saber que tengo que tratar de usarlo para el bienestar de las personas con las que estoy trabajando junto con los demás compañeros que tienen otro saber, que va a ayudar a llevarlo a cabo (el bienestar de las personas)...En el equipo de trabajo todos tienen que estar trabajando a la par. Cuando no está el equipo es cuando se empiezan a complicar las cosas y no se puede trabajar...

Cada disciplina debe reconocer que las miradas que se tiene sobre los fenómenos a abordar, según sus construcciones teóricas, no conforman la realidad en sí, que existen, por lo tanto, otras miradas sobre esa misma realidad; también debe tener en cuenta que la construcción que se haga de dichos fenómenos a nivel interdisciplinario será una nueva construcción, diferente a las de cada disciplina en particular, rompiendo con la fragmentación de un mismo "objeto de estudio", abordado desde diferentes lugares sin tener en cuenta la generalidad.

...En lo individual, la participación en un equipo de esta índole implica numerosas renunciaciones, la primera es la renuncia a considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema. Reconocer su incompletud... (Stolkiner, Alicia, 1999).

En este sentido Paula dice:

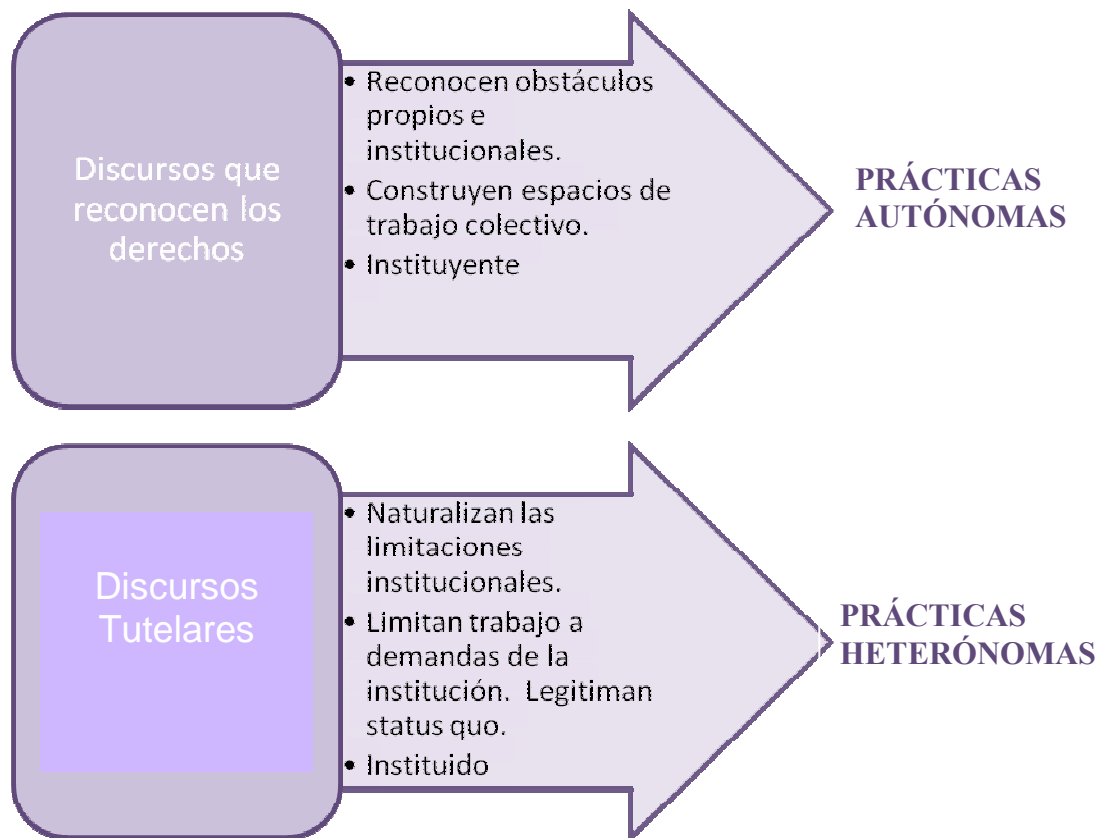
...Si el otro cree que yo sólo puedo hacer tareas administrativas, me van a mandar a enviar cartitas y nada más, o hacer los mandados y nada más, "vos andá a hacer los mandados que yo me encargo del resto"....si es que se hace el resto...en

cambio si podemos hacer un todo, un equipo es más rico. Yo creo que es mitad de la omnipotencia que tenga cada uno, o la soberbia que tengan algunos...

En este aspecto Paula aporta respecto de el poder de ciertas disciplinas, y que tanto la omnipotencia como la impotencia son actitudes que niegan la complejidad de la vida social y obstruyen cualquier posibilidad de intervención interdisciplinaria.

En síntesis hemos podido visualizar por un lado que las trabajadoras sociales que desempeñan sus funciones exclusivamente dentro de los pabellones, o aquellas que lo hacen en dispositivos con una mayor **dependencia de la institución**, son las que durante el desarrollo de sus relatos dejan en evidencia una **postura tutelar** respecto de las personas con las cuales trabajan, sin realizar ningún tipo de reflexión crítica en cuanto a los obstáculos institucionales, por el contrario, los naturalizan. Pudimos dilucidar entonces, que en los casos de mayor dependencia institucional, se ejercen **prácticas heterónomas**, subordinadas a las demandas de la institución o de otras profesiones. Las profesionales de trabajo social llevan a cabo abordajes mecanicistas y pragmáticos, limitando sus funciones a lo administrativo-burocrático, naturalizando y legitimando las relaciones de poder instituidas dentro del ámbito en el cual se desarrollan.

Por otro lado, las profesionales que se desempeñan en casas de externación con una mayor independencia institucional, más allá de desempeñar funciones también dentro de los pabellones, sostienen **discursos reconocedores de derechos**, pero manteniendo una **mirada crítica y reflexiva** tanto de sus prácticas como de los **obstáculos** que se desprenden de lo institucional. Así es que sus prácticas comprenden una mayor **autonomía** respecto de las demandas de la institución, estas experiencias son las que pudieron construir espacios de ejercicio profesional interdisciplinario para lograr objetivos colectivos, efectivizar derechos y velar por el cumplimiento de las leyes que los garantizan.



6.2 Procesos de institucionalización

...Hace 731 días Que no hago el amor, Que no como papas fritas, Que no voy al cine, Que no me tomo una cerveza, Que no veo a mis amigos. Hace 731 días de todo o casi todo... Hoy hace dos años que llegué al hospicio. ¡Feliz cumpleaños! Voy a brindar Tomándome las pastillas de un solo trago...

Marisa Wagner; 2007 (Sobreviviente del Manicomio)

Al hablar de procesos de institucionalización nos referimos a situaciones que atraviesan las personas que se encuentran internadas en instituciones totales, en donde asumen las reglas internas como propias. Generalmente este proceso se hace efectivo a través del uso de la fuerza o coerción.

...Una institución total es un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria administrada burocrática y formalmente... (Goffman; 1980:13).

En este contexto las personas que hemos entrevistado han pasado, en su mayoría, alrededor de 30 años internadas. Las condiciones de vida dentro eran inhumanas, desde el derecho a la identidad hasta el derecho a la libertad fueron violentados, negados y sustraídos. Las instituciones con estas características han tenido históricamente la función de reclutar, reprimir, excluir, silenciar y segregar personas bajo el discurso de mantener el orden social, considerándolas como peligrosas para sí y para terceros. A partir de nuestra observación participante, y los datos recogidos dentro de la institución, hemos podido visualizar que la transformación de estas instituciones no ha alcanzado aún para terminar con dichas condiciones.

El ingreso a un hospital psiquiátrico con las características antes descriptas, implica una pérdida de identidad, generando procesos que llevan a la anulación de la mayoría de las habilidades sociales de las personas, teniendo que obedecer sin poder tomar decisiones, sometiéndose a humillaciones por parte de sus superiores, de esta forma se las despoja de cualquier pertenencia personal, todas las actividades son programadas, su privacidad e intimidad expuestas; es decir, que las personas al estar institucionalizadas no tienen permitido conservar nada como propiedad; su circulación es controlada, su intimidad es inexistente (el baño común a todo el pabellón y sin puertas, las funciones corporales a la vista, la habitación compartida, etc.); la pérdida de su singularidad como persona equivale a un completo estado de fusión-confusión con las demás, su nombre, en el mejor de los casos es reemplazado por el apellido, cuando no lo es por el número de cama, diagnóstico o historia clínica; de esta forma también pierden su libertad, autonomía, y capacidad de decidir incluso en los mínimos detalles de su “propia vida”, la que ya no le pertenece, porque a partir del encierro las decisiones las tomará otra persona, su judicialización como “insana” la inhabilitará para dirigir su vida en libertad, la misma pasará a ser parte de un/a curador/a, quien se supone velará por su bienestar y dignidad.

A partir de nuestras observaciones dentro de la institución, y de las entrevistas realizadas, hemos podido visualizar efectos que genera la institucionalización en las personas, los cuales hemos separado en diferentes categorías que analizaremos a continuación.

Efectos de la institucionalización en la subjetividad

Respecto a la **capacidad jurídica**, la cual se considera como la aptitud de una persona para adquirir derechos y contraer obligaciones por sí misma sin necesidad de mediación o autorización de otra, Carmen, Trabajadora Social de la institución dice:

Carmen: ...dentro de las instituciones los pacientes sufren agonía desde que entran, al estar internados la mayoría pierden sus vínculos...el encierro es iatrogénico, además es una muerte civil, porque quedan inhabilitados, pasan a ser insanos cuando entran acá, se les sacan todos los derechos...

Como veníamos expresando, la figura de “insania” con la cual se estigmatizan, desde el poder judicial a las personas internadas en hospitales psiquiátricos, impide que las mismas sean capaces de tomar decisiones por su cuenta. Toda elección/decisión que influya en su vida estará a cargo de un/a tutor/a, curador/a, que puede ser tanto un/a familiar, como también un/a curador/a oficial. Todo este mecanismo responde al paradigma tutelar de atención, en el cual las personas no son tenidas en cuenta como ciudadanas, mucho menos capaces de decidir, ya que representan (según este paradigma) un peligro para sí, o para terceros/as debido a su diagnóstico psiquiátrico. Se estigmatiza a las personas a partir del “supuesto padecimiento de una enfermedad mental”. La profesional entrevistada admite que existe, como consecuencia de estos mecanismos, *... una exagerada judicialización, control, discriminación y exclusión...* de las personas internadas.

La prohibición de ejercer la capacidad jurídica, no solamente se puede observar en personas internadas en la institución, sino que, como mostraremos en el siguiente caso, mediante el registro de nuestras observaciones, en una curaduría, en un contexto vinculado al acompañamiento de personas que aún siguen judicializadas, a pesar de encontrarse externadas, porque así lo disponen sus curadores/as, que continúan administrándoles el dinero que perciben, y también decidiendo por ellos/as.

Fuimos testigos de un debate que ponen en evidencia las tensiones de poder existentes:

Una profesional de Trabajo Social que desempeñaba en curaduría, le sugería a una acompañante terapéutica que *...tenés que hacer lo que el equipo interdisciplinario de la casa te diga, respecto a las necesidades de la persona que acompañás...* a lo cual la acompañante le responde que *... yo tengo que hacer lo que corresponda según las necesidades que la persona me exprese, es una persona capaz de decidir y debe ser*

respetada... en ese momento la Trabajadora Social con un tono bastante irónico responde...*lo que pueda decidir puede ser peligroso, no puedes guiarte por eso...*

Lamentablemente se sigue estigmatizando a las personas a partir de su diagnóstico, sin tener en cuenta que la nueva Ley Nacional de Salud Mental considera que todas las acciones que se lleven a cabo deben partir de la presunción de capacidad de las personas, no en base a diagnósticos médicos o discapacidades.

El problema actualmente en estos casos reside a nivel judicial, ya que el Código Civil vigente en nuestro país establece el modelo de incapacidad total y la sustitución de la voluntad por un/a curador/a asociando, a su vez, la discapacidad psicosocial con la internación. La judicialización de las personas con discapacidad se basa en la idea de peligrosidad, quienes a partir de este hecho quedan despojadas de su capacidad jurídica, estigmatizadas cómo insanas e inhabilitadas. Dicho código civil, dejará de regir a partir del año 2016, si bien el nuevo código ya se sancionó, no entrará en vigencia hasta el año próximo.

Según este nuevo texto, la noción de incapacidad, motivo de representación judicial, se reservará para casos extremadamente excepcionales en los que la persona se encuentre en situación de absoluta falta de voluntad jurídica para dirigir su persona o administrar sus bienes (estado de coma permanente, malestares psíquicos profundos que impidan tomar decisión alguna). Es decir, que la capacidad jurídica se presume, aún cuando la persona se encuentre internada en un establecimiento asistencial.

En síntesis, en nuestros días, presenciamos varias contradicciones, que se transforman en obstáculos a la hora de garantizar derechos a partir de los marcos legales existentes, ya que algunos elementos, en este caso, el código civil, entran en contradicción con la Ley de Salud Mental 26.657; lo que hace que el destino de las personas judicializadas quede en manos de la voluntad de sus representantes, quienes pueden optar por actuar según lo prescribe la Ley 26.657, o, por el contrario, lo establecido en el Código Civil. Las acciones resultantes de una y otro serán totalmente opuestas. Las personas que tengan representantes comprometidos/as con los derechos podrán acceder a ellos, o gozar de los “beneficios” que les sean otorgados según sus demandas; por el contrario las personas cuyos representantes prioricen la figura de “insanía” y actúen en consecuencia, verán inhabilitadas sus decisiones o demandas.

Durante la institucionalización se ven afectadas también las **habilidades sociales** de las personas, siendo ellas las que nos permiten el desarrollo en sociedad; son

aprendidas y aprehendidas socialmente. Su despliegue favorece las interacciones entre las personas permitiendo vínculos más fuertes y duraderos; a su vez facilitan la concreción de objetivos y obtención de mejores condiciones de vida.

Respecto a las habilidades sociales, que durante la institucionalización se ven afectadas, podemos encontrarnos con relaciones familiares y vínculos que se debilitan, y que en la mayoría de los casos se rompen, teniendo como consecuencia personas que perdieron el total contacto con su familia a partir del encierro.

María, Trabajadora Social nos cuenta

... muchas familias están ausentes. Yo trato de si me piden llamar a las familias hacerlo, para que puedan mantener el vínculo, tampoco molestar todos los días a las familias...Acá están muy institucionalizados, y cuando van a la casa enseguida se vuelven, o no quieren irse, además las familias no saben cómo hacer...

Podemos observar que las personas que tienen la posibilidad de mantener actualmente el contacto con sus familias, no pueden hacerlo en el momento que lo deseen, si no que deben pedir permiso; desde la institución se cree que llamar a las familias es causa de molestia, ó que no van a saber qué hacer cuando reciban la “visita de su familiar”, claramente considerando a las personas como “algo” que molesta, incomoda, o causa malestar.

Paula: ...hay muchas personas que no tienen familias, también hay personas N.N...Las instituciones, no sólo Montes de Oca, eran expulsivas de la familia, y todos los años, o cada vez que cambiaban de gobierno, cambiaban la política, un año tenían en cuenta a la familia y otro no, entonces todos los días un discurso diferente hacia las familias, y las familias tenían que seguir su curso...La desafectivización que hay en ese vínculo es muy grande y la distancia del manicomio no ayuda para el vínculo...(trabajadora social)

Muchas de las personas internadas provienen de provincias o lugares alejados de la institución, de esta forma, con el tiempo han ido perdiendo el contacto con sus familiares. Los largos años de encierro, la distancia y las políticas restrictivas, han terminado de romper los vínculos; muchas veces frente a este hecho, se culpabiliza a las familias tomando la postura de “por algo los/as dejaron acá y se olvidaron” “seguro no los/as quieren”. Respecto a ello, Paula nos cuenta que dentro de la institución es muy común escuchar frases como esas...” ¿Qué querés acá?””Quiero llamar a mi mamá” “¿Para qué? si tu mamá no te quiere”...

La institución a través de sus políticas, de sus prácticas manicomiales, del encierro, prohibiciones, desvalorización de las personas y múltiples malos tratos, propicia que las personas pierdan el vínculo con sus familias.

Dentro de la institución hemos presenciado situaciones en las que médicos psiquiatras no firmaban los permisos para que las personas pudieran visitar a sus familias, porque consideraban que no estaban en condiciones de salir; esto evidencia la postura ideológica desde la cual toman las decisiones y las consecuencias de sus acciones.

Paula: ...Tenerlas entre el montón de gente, aisladas de su medio, sin rehabilitación diaria, sin que pueda mirarse al espejo, sin que tenga uso del baño limpio, sin que tenga la forma de cocinarse a diario y demás, en el transcurso de veinte años, sí, la dejas hecha una autómata y te dicen: “es un tarado” y no, es la falta de rehabilitación...

La privación de la libertad, con el paso del tiempo, genera la pérdida de capacidad para poder relacionarse, para realizar actividades, comunicarse, decidir y expresar emociones. El encierro genera la pérdida de lo más simple, como la capacidad de mirar a los ojos; pudimos constatarlo en nuestras reiteradas visitas a la institución, donde encontramos personas deambulando por el parque, los pasillos o en los lugares más recónditos de la colonia; también observamos personas durmiendo bajo los árboles, o al rayo del sol, sobre el pasto o las calles. Una de las personas internadas nos contó que aprovechaban a dormir en cualquier lugar porque no las dejaban entrar en las habitaciones en todo horario, y como la medicación les genera sueño no “les queda otra”.

La mayoría de las personas con las que nos cruzamos allí dentro parecen sentirse inmóviles como dentro de un cuadro, te miran, pero no esperan nada de vos, están acostumbradas a ser invisibles, cuando las saludas se les dibuja una sonrisa en la cara, pero también miran para los costados o hacia atrás porque piensan que quizás no las estás saludando a ellas, cuando se dan cuenta que sí, que las viste, que las estás saludando, es como si de pronto con un “hola, ¿cómo estás?” les devolvieras la vida aunque sea por un instante, entonces aprovechan ese segundo para venir a abrazarte... (notas de campo).

Lo expresado anteriormente es el relato de una de las notas de campo realizadas a partir de nuestra observación participante en la Colonia, la cual consideramos importante y a su vez explicativa, para visibilizar la situación que se vive adentro, la imagen que refleja el relato nos da cuenta de la pérdida de habilidades sociales que el encierro genera en estas personas.

Tanto la situación descrita anteriormente, como muchas otras que pueden observarse, se encuentran naturalizadas y probablemente las personas que allí trabajan con el paso del tiempo ya no las advierten; ejemplo de esto es la existencia de personas con sus partes íntimas a la vista, o simplemente desnudas. Resulta relevante comprender en los contextos de encierro, las múltiples prácticas degradantes para las personas internas, y no porque creamos ofensivo observar los cuerpos desnudos, sino porque dentro de las instituciones no perciben las condiciones denigrantes que las propias personas sufren a diario; la desnudez no es una decisión autónoma, es parte del descuido, de las condiciones indignas a las que están sometidas.

... sale del baño una persona con los pantalones bajos, del otro lado una enfermera venía caminando, supuse que le aconsejaría que se los levante, pero no, siguió su rumbo, como si no hubiese visto nada...Nadie le dijo nada. Pero después de unos minutos entra otra persona, sin pantalones ni ropa interior, se dirige hacia la oficina del pabellón, en donde se encontraba gran parte del personal, cuando ingresa se escuchan gritos de espanto, sale alguien de la oficina corriendo y busca en un casillero otro pantalón, se lo da y le dice “tomá este que es viejo así no te lo roban de nuevo” ... (Nota de campo).

¿Por qué se escandalizaron cuando entró la persona sin pantalones, siendo que deambulan continuamente muchas de ellas con los pantalones bajos (o sin ellos) y nadie les dice nada? Creemos que el hecho que los/as escandalizó, no fue que haya estado desnuda, sino que haya entrado en la oficina, espacio de privilegio del personal, quizás si se quedaba deambulando en otro sitio donde nadie la viera no decían nada, porque no lo percibirían. En la institución hay sitios visibles e invisibles, según las normas, la desnudez se torna visible en las oficinas, lugar exclusivo de los/as profesionales, en el patio, la desnudez resulta “natural”, “normal”, porque es el espacio que dominan los “locos/as”.

Las salidas son restringidas, no todas pueden gozar de ese privilegio, deben obtener primero el permiso de algún/a integrante del equipo que interviene en el pabellón, así lo relata una de las mujeres entrevistadas, quien desde hace un tiempo se encuentra en libertad.

Mirta: ...es muy fácil entrar, ¡pero salir no es tan fácil eh!...yo trataba de quemar horas ¿viste?, era quemar horas, lavar platos, lavar ropa...yo hacía todo eso y me daban las mejores pilchas...podía salir a Torres, pero con un papel que firmaba el doctor los miércoles, y si no tenías el papel te jodías, y para salir te pedían el papel en la portada. Pero ¿A dónde ibas a ir sin plata?.

Podemos observar que otra de las variables que intervienen en este sentido, es el recurso económico, ya que además de no contar con el derecho a salir cuando quieran,

tampoco cuentan con dinero para movilizarse, lo cual inhabilita aún más las relaciones por fuera de la institución.

En síntesis, el encierro en estas grandes instituciones, como ya hemos expresado, inhabilita a las personas a relacionarse o desarrollarse en el mundo exterior, lo cual hace que la construcción de vínculos fuertes y duraderos sea imposible, el contacto con las familias es débil o inexistente, las personas han perdido la capacidad de expresar emociones, y se encuentran sometidas a condiciones ignominiosas, sin posibilidad de elección frente a este sometimiento. Se han vuelto invisibles, porque han sido invisibilizadas a través del encierro, el aislamiento, la indiferencia, la desvalorización y la estigmatización.

La **Privacidad** como derecho de todas las personas, se encuentra vulnerada dentro de la institución; el ámbito de la vida personal, en donde la intimidad de cada persona es preservada frente al resto de la sociedad o de su entorno. Esta preservación de la intimidad le otorgará un cierto grado de seguridad, ya que en el ámbito de lo personal se resguardará todo aquello que considere propio. Es en este sentido que pudimos observar la ausencia de mecanismos de preservación de la intimidad o privacidad de las personas, la existencia de situaciones en donde se vulnera este derecho es evidente. Hemos expresado anteriormente la presencia de personas que deambulan por la institución con sus cuerpos semidesnudos, sin ropa interior, o con los pantalones bajos, muchos de ellos/as pelados/as, esta situación además de ser denigrante para las propias personas, es también una muestra de vulneración de la intimidad y privacidad de las mismas.

En una de nuestras visitas por la institución presenciamos un hecho impactante, el cual denota la gran pérdida de privacidad a la que se someten las personas internadas; al entrar a uno de los edificios, en el cual se encuentra la dirección de rehabilitación

...lo primero que hice fue mirar hacia un costado, sentí estar en una película de la Alemania Nazi, veo un cuarto que casualmente estaba con la puerta abierta, una fila de personas, desnudas, esperando algo, no sé bien qué, a lo que preferí suponer que estarían esperando ser revisadas, o algo así. Esta imagen difícilmente se borre de mi memoria (Nota de campo).

Decimos entonces que la intimidad no existe, las personas deben exhibirse frente a las demás sin su consentimiento, quizás estas situaciones sean comunes, y también se encuentren naturalizadas, probablemente ese grupo de personas estaba

esperando a ser revisadas, pero ¿por qué todas juntas?, ¿Era más rápido y más cómodo para el/la profesional?, ¿Por qué una institución que supuestamente tiene como objetivo la desmanicomialización, permite estas prácticas manicomiales?, preguntas que por ahora no tendrán respuestas, pero que evidencian la vulnerabilidad a las que están expuestas las personas.

Un grupo de mujeres externadas de la institución, nos cuenta sus experiencias en relación a esto

Josefina: *...Todas juntas a la misma vez nos bañábamos...En los baños también había gente con silla de ruedas que las bañaba yo, y también bañaba a algunas en la cama porque no caminaban, las bañaba yo y las cambiaba....* (mujer interna ahora en situación de externación)

Dentro de los pabellones los baños son comunes a todas las personas, las duchas son compartidas por lo cual deben bañarse todas juntas y en el mismo horario.

Mirta: *...para mí fue horrible, cuando me dijeron nena sacáte la ropa y andá desnuda caminando por el pasillo, te juro que fue algo que me hizo muy mal porque yo soy re vergonzosa...*

La mayoría de las mujeres entrevistadas hicieron alusión a esta situación, lo que manifiesta haber sido degradante para ellas, y posiblemente sea una marca difícil de borrar.

También surgió otro de los temas de importancia para analizar dentro de este apartado, relacionado con las relaciones sexuales, a su vez tuvimos el aporte de una de las trabajadoras sociales entrevistadas quien expresó la naturalización de estas situaciones por parte de los y las trabajadores/as de la institución.

Paula: *...entre hombres y mujeres mantienen relaciones “como perros”, las hacen en el campo, ni siquiera dos adolescentes en su peor rebeldía mantienen sus cuestiones íntimas de una forma tan denigrante como lo hacen en la colonia. Me ha pasado de abrir la puerta del servicio y encontrar dos personas teniendo relaciones en la puerta, por lo menos lo estaban haciendo en un piso de cerámica, pero que lo hagan en el campo, la verdad no es lindo... (trabajo social).*

Al preguntarle a Mirta sobre las relaciones íntimas dentro de la colonia, ella nos cuenta:

Mirta: *...Dicen que allá atrás en el campo, se van todos los que quieren tener relaciones, yo nunca fui, no lo conozco. Le dicen el vivero... (externada, ex-residente de la institución).*

Queda claro entonces que la intimidad no existe dentro de los muros de la institución, las personas no cuentan con el derecho a resguardarse de las demás personas, son expuestas en muchos casos a exhibirse frente a ellas, como el momento de aseo o de revisión médica que hemos desarrollado anteriormente.

Respecto a la privacidad es importante destacar que no solamente la intimidad de su cuerpo es vulnerada, sino que también el derecho a tener pertenencias, las personas no cuentan, en la mayoría de los casos con objetos personales, por el motivo que allí dentro nada es propio, todo pasa a ser de todos/as y de nadie a la vez. Hemos visto el caso de la persona a la que le sustrajeron el pantalón, y no es la excepción, eso sucede con todo. Es por ello que algunas personas tienen un casillero, al cual le ponen candado para que no les quiten sus cosas, la mayoría de las veces lo que guardan y acumulan allí son cigarrillos y yerba, la llave la llevan colgada en sus cuellos para no correr el riesgo de que también se las roben o de perderlas.

En síntesis podemos decir que no existen mecanismos de preservación de la intimidad de las personas, lo que hace que sean sometidas a situaciones degradantes ante el entorno, baños y duchas compartidas, relaciones sexuales en espacio colectivos sin resguardo de su intimidad, grandes habitaciones también compartidas, inhabilitación para poder conservar objetos personales, etc. Estas situaciones hace que las personas pierdan la seguridad ante el resto, y todas las demás se transformen en una amenaza, ya que si consiguen conservar algunas cosas, lo llevan consigo a todas partes por miedo a que se lo sustraigan, es por ello muy común observar, dentro del gran espacio institucional, personas que caminan llevando lo poco que tienen en sus manos sea donde sea que vayan.

Continuando con el desarrollo de los efectos que produce la institucionalización, y en relación a lo que veníamos exponiendo, nos parece importante analizar la categoría **subjetividad** la cual consideramos como la construcción que realizan las personas a lo largo de su vida a través de la interacción con el mundo que las rodea y en el cual se desarrollan, de esta forma aprenden a relacionarse, a pensar y actuar frente a determinadas situaciones o en determinados contextos. Dichas construcciones otorgan a las personas una forma particular de enfrentarse a las situaciones. Esta subjetividad y su singularidad dentro de las instituciones psiquiátricas, a través del encierro, el aislamiento, la pérdida de habilidades sociales, la pérdida de su capacidad de decidir, la homogeneización de todas las personas, etc., se va difuminando, hasta desaparecer; es

decir, las personas dentro de estas instituciones, terminan siendo todas iguales, vestidas de la misma forma, comiendo lo mismo, levantándose y durmiendo al mismo horario, realizando las mismas actividades, sometiéndose a las mismas condiciones, relacionándose con las mismas personas, etc. No hay lugar para la subjetividad, no hay lugar para la decisión, tampoco para poder ser. Las condiciones de estas instituciones, llevan a las personas internadas aceptar ser parte de las mismas, el caso de negación a las normas, explícitas o implícitas, puede resultar mucho más perjudicial. Allí se impone a fuerza del cincel la identidad necesaria para la institución.

En relación a esta categoría nos parece de suma importancia analizar otra que también se encuentra afectada por la institucionalización, hablamos de la noción de **identidad** la cual consideramos como la representación particular que las personas tienen sobre sí mismas, construida a través de su trayectoria, su contexto y de las demás personas con las que se relaciona. Partiendo de esta conceptualización podemos decir que debido a las diferentes condiciones a las que son expuestas las personas dentro de la institución, como ya hemos enunciado, la identidad junto con la singularidad queda erosionada. Existen, dentro de estos ámbitos, mecanismos de homogeneización, lo cual hace imposible la diferenciación de sí misma con el resto. La institución les imprime una nueva identidad, común para todos/as los/as que conviven allí, una identidad propia de los establecimientos manicomiales, la cual comporta en sí misma un estigma. Al hablar de ello nos referimos tanto a la vestimenta, como a actitudes que van adoptando las personas al estar encerradas, o conductas propias de la medicación que se les administra, que en algunos casos también es común a todos/as. Por un lado la vestimenta hace que todos/as se vean iguales, al llevarse al lavadero la ropa vuelve a los pabellones, limpia, pero no son pertenencia de ninguna persona, es decir que hoy puede usarla una y mañana otra; a su vez las zapatillas que usan están marcadas, por ello probablemente, si pueden conseguir el “privilegio” de hacer una salida al exterior, fácilmente se pueda distinguir que son personas institucionalizadas de la Colonia Montes de Oca. Por otro lado, la mayoría de las personas adoptan la conducta del “deambular”, otras las de dormir en cualquier lugar que encuentren, otras presentan síntomas de sobremedicación, cuestión sobre la cual no vamos a profundizar porque no es un área específica de nuestro saber, pero que es importante destacar, ya que nos hemos relacionado sin dificultad con personas dentro del hospital, a las cuales, en otras ocasiones, las hemos encontrado en estado catatónico, con pérdida de saliva, sin poder

hablar, y al indagar sobre esa situación nos comentaron que por “portarse mal” la habían “pinchado”. Lo cual nos dio a entender que no era una situación fisiológica “natural”.

Algunas de las personas que se encuentran internadas pueden llegar a conseguir el “beneficio” de obtener ropa en mejores condiciones, que no esté rota, manchada, o que sea de su talla, pero sigue siendo la misma.

Mirta...yo por ejemplo le hacía los trámites al doctor, después trabajé con una licenciada, le limpiaba la oficina, me daba unos mangos, tenía mis puchos, la enfermera que me llamaba y me decía vamos a lavar la ropa, yo iba con los baldes, tendía la ropa arriba ¿viste?, y ella agarraba y me daba puchos. También me daba las mejores pilchas...

Por su parte Josefina nos cuenta también que realizando algunas actividades recibía a cambio cigarrillos o yerba...*lavaba las zapatillas, la ropa y me daban cigarrillos y yerba, me lo pasaba trabajando yo...*

Podemos decir que la subjetividad junto con la identidad, desaparecen dentro de la institución, imprimiéndole a la persona una nueva identidad, pero esta vez como una marca, un estigma, impidiéndole ser una misma, negando la posibilidad de diferenciación con el resto. En el encierro no existen las diferencias, todos/as pasan a ser parte de la estructura institucional, confundándose con sus muros, dejando de ser quien se era antes de entrar, pasando a ser “algo” que está ahí, entre muchos “algo” que esperan ser rescatados.

Por último, respecto al proceso de institucionalización, analizaremos la categoría **Autonomía/independencia**, la cual también forma parte de muchas de las categorías analizadas hasta ahora, pero que es importante destacar particularmente, ya que el efecto que provoca la institucionalización en ella es muy grande. Consideramos autonomía como la capacidad que tiene una persona para poder decidir sobre su propia vida. Nos referimos a la posibilidad de ser protagonistas de sus decisiones hasta en las cuestiones más simples de existencia.

Mirta...Allá te daban de comer por ejemplo en verano a las seis o siete, y después, no nos podíamos acostar, teníamos un horario, por ejemplo podíamos dormir la siesta de una a dos y media, después a las tres podíamos tomar mates, y después no se podía tomar mates más hasta las seis. Salvo que te la rasguñes por afuera y consigas alguien que te dé agua caliente, y tomes mates afuera (del pabellón) pero adentro no. Y los puchos te daban uno cada dos horas, y si te quedabas hasta las diez, si aguantabas hasta las diez después de falopeada como estabas, te daban el último cigarrillo que te lo fumabas con unas ganas...Pero si no dormías cuando tenías que dormir después no te podías acostar porque venía la enfermera y te tiraba de la cama...

No pueden decidir sobre asuntos esenciales, horarios de comidas, horarios de descanso, así como tampoco de aseo personal (como ya hemos desarrollado). Estas situaciones hacen que la autonomía se vea debilitada, todo dependerá de las reglas propias de la institución, que al no cumplirlas también tiene sus mecanismos de castigo. Es decir que además del encierro y el aislamiento también son sometidas a mecanismos disciplinadores.

Norma...en la colonia nos dormíamos a las diez, las que querían miraban la televisión, y si no dormir...Yo a veces salía a pasear por la calle de la colonia y a las siete o a las ocho me llamaban para volver.....es fea la comida de la colonia, es un asco, la ponían en el tacho y la repartían, yo estaba flaquita, no me gustaba la comida, me descomponía...

Josefina por su parte dijo...yo trabajaba en la cocina, pero no me pagaban...la comida me hacía mal, me hacía vomitar... Ella también hace alusión a la ropa que tenía que usar...No me gustaba la ropa de allá, era feo...

Norma...No podíamos salir, yo si no salía con mi hermana no podía. Sola no me dejaban...

Como venimos expresando, dentro de la institución las personas son despojadas de sus derechos, desde su identidad hasta su capacidad de poder decidir en los aspectos más mínimos. Todas las categorías antes desarrolladas se relacionan entre sí. Ya que al no tener acceso a uno de sus derechos, en consecuencia irá perdiendo el resto. Es decir, una persona que no tiene la posibilidad de poder elegir qué ropa usar, cuándo comer, qué comer, cuándo bañarse, cómo prefiere que la nombren tampoco va a poder gozar de su identidad, su singularidad irá desapareciendo poco a poco, la autonomía se verá indefectiblemente debilitada frente a ello. Al no poder decidir cuándo y cómo relacionarse con las personas que desee, tampoco va a poder gozar de independencia, ni de privacidad, mucho menos estando sometida a desnudarse frente a las demás personas para bañarse sin haberlo decidido; al no contar con nada que le pertenezca, al no tener la posibilidad de mirarse en el espejo, al verse vestida de la misma manera que el resto, tampoco va a poder diferenciarse y sentirse única. Sin capacidad jurídica, esperando que otra persona decida por ella, terminará por no sentirse ya **una persona**.

La propia existencia de las personas, su historia, su cuerpo, su subjetividad y sus particularidades, quedan suprimidas, a disposición de la estructura manicomial, esclavizadas en los diagnósticos y tratamientos impuestos. El médico argumenta sus

diagnósticos de enfermedad con una pretensión de objetividad, haciendo alusión a los supuestos de “alienación y peligrosidad”. Para poder cumplir con esto se deja fuera de su mirada toda singularidad de la persona, es así que el/la “loco/loca” pierde su status de sujeto/a con derechos.

...Todo lo que este(a) argumente, la resistencia que oponga (...), la violencia con que trate de defenderse...serán considerados solamente cómo manifestaciones de su enfermedad... (Galende; 2006:84).

Es solamente a través de ese despojo de subjetividad, que se reduce toda particularidad perteneciente a la persona, al sólo funcionamiento cerebral. En consecuencia también se reduce a las personas a un simple diagnóstico o historia Clínica. Es así como funcionaban las instituciones psiquiátricas en sus comienzos, hoy pasada más de una década del siglo XXI funcionan con la misma lógica.

6.3 Procesos de externación

Al hablar de estos procesos nos estamos refiriendo a todas aquellas alternativas puestas en marcha dentro de la comunidad para desinstitucionalizar a las personas que han sido excluidas en instituciones psiquiátricas. Procesos dirigidos a la construcción de mecanismos a través de los cuales se garantizan espacios, recursos y apoyos que promueven la restitución de derechos. En el transcurso de esta investigación, nos hemos acercado tanto a la institución como a dispositivos que de ella se desprenden, por lo tanto podremos realizar un análisis sobre los efectos que produce, especialmente en cuanto a la recuperación de los derechos.

...La desmanicomialización debe destruir muros y rejas llegando hasta la transformación de nuestras mentes. Una actitud autoritaria es manicomial, se desarrolla dentro o fuera de las paredes del manicomio. Las acciones para reducir el estigma social y la discriminación son claves para la desmanicomialización... (Cohen, Hugo; 1994)

Norma...Yo no quiero saber nada de la colonia, estoy aburrida de la colonia, no quiero pisar más...

Susana...Estuve mucho tiempo en la colonia, no quiero volver más, ahora me siento bien acá, me gusta mucho estar acá...

A partir de la puesta en marcha de estos procesos, las personas que pueden recuperar su libertad, comienzan a recuperar, también, sus derechos, ya no van a vivir

más en un pabellón, no compartirán más su habitación con gran cantidad de personas, podrán disponer del baño cuando quieran, decidir cuándo bañarse, a qué hora almorzar o cenar, elegir la comida que deseen, disponer también el horario y la cantidad de tiempo que consideren necesario para descansar, elegir con qué personas relacionarse y con quienes no; salir a caminar, tomar mates, pasear, ir al cine, al teatro, a visitar familiares o amigos/as, comprarse la ropa que les guste, vestirse o peinarse de la forma que deseen; cocinar, limpiar, ordenar, tener una vivienda a la que podrán llamar “**mi Casa**”, de la que podrán salir y entrar sin “permisos”. De esa forma pueden volver gozar de su **independencia**, y poco a poco fortalecer su **autonomía**.

*Norma...Ahora estamos bien, el alquiler lo pagamos entre todas. Yo a la colonia no vuelvo más, a mi me dijeron que nosotras ya tenemos el alta, ustedes **están libres** me dijeron y no van a pisar más la colonia...*

Josefina...Estamos bien, yo hago la comida a veces, limpiamos entre todas. Salgo a caminar, tomo mate, me compré un mate nuevo. Vamos a trabajar, una vez fuimos a Mar del Plata con el taller de radio, paseamos y me gustó mucho...

La recuperación de la autonomía y la autodeterminación, hace que vuelvan a tener seguridad en sí mismas, confianza en sus capacidades y voluntad para realizar todo lo que se propongan.

Vivir en una casa, tener vecinos/as con quienes relacionarse, poder concurrir a espacios compartidos por la comunidad, participar de actividades comunes con el resto de las personas, son los mecanismos desplegados para restituir sus **identidades**, de esa forma vuelven a sentir que son parte de la sociedad, se sienten reconocidas, pueden identificarse o diferenciarse de los/as demás libremente.

Norma...Ahora estamos tranquilas, hacemos lo que queremos, yo ya estoy jubilada no quiero trabajar más, ya trabaje mucho...

Las mujeres que han recuperado su libertad, como ya hemos desarrollado, nos han contado que dentro de la institución han vivido situaciones que aún hoy no se olvidan respecto a la vulneración de la **privacidad e intimidad**, por lo cual creemos necesario destacar uno de los puntos más importantes a la hora de hablar de externaciones.

El hecho de poder vivir en una casa, hace que el derecho a la privacidad se restituya, en las condiciones que ahora viven pueden mantener la preservación de su intimidad, y resguardar sus pertenencias sin temor a que sean sustraídas. No se ven sometidas a exhibir su cuerpo frente a las demás compañeras, porque disponen de un baño en el que tienen la oportunidad de bañarse individualmente.

Susana ...*Acá me baño sola...*

Mirta ...*yo hoy me siento en libertad.....Ahora es otra cosa, ahora yo tengo mi casa, la cuido, tengo todo limpio, mis vecinos ahora son como mi familia, me cuidan, yo siento que ahora encontré la libertad. Yo trabajo, tengo mis cosas, me pago el alquiler, tengo la computadora, que para mí fue una ayuda bárbara porque puedo conocer gente, me hice de muchos amigos. Yo mira hace un año que vivo sola, y te puedo decir que al principio no dejaba de agradecer y de pensar que si no fuese por otras personas yo no hubiese podido estar hoy acá, pero cuando fueron pasando los meses me di cuenta de que es mi esfuerzo, es por mí todo lo que yo fui logrando, si no fuera por mi propio esfuerzo no estaría acá. Está bien tengo que agradecer a los que me dieron una mano, pero la mayor parte es por mi esfuerzo... .*

Paula...*Ver cómo una persona puede ir modificando sus hábitos en lo cotidiano para mucho mejor, mirarlas a los ojos y que tengan brillo. Eso sólo pasa cuando están afuera... (Trabajadora Social)*

Desde las profesionales del trabajo social existen diferentes miradas respecto a los procesos de externación, que nos parece de suma importancia destacar, ya que uno de nuestros supuestos teóricos, fue *que la intervención del trabajo social tanto en las instituciones psiquiátricas como en los procesos de externación de mujeres, se sostiene en un discurso basado en los derechos humanos, lo que llevaría a promover la autonomía y autodeterminación de las personas, sin embargo, sus acciones o prácticas continúan en cierta forma encuadradas en modelos de salud acotados, tutelares y paternalistas, restringiendo así el acceso y el ejercicio de los derechos.* Las profesionales entrevistadas han pretendido incorporar el reconocimiento de derechos en sus discursos, pero la lógica predominante en ellos ha sido la del modelo tutelar, basándose en posturas paternalistas y asistencialistas. Sus prácticas, en muchos casos, subordinadas a la institución vulneran los derechos de las personas con las cuales trabajan.

María...*Creo que las externaciones son importantes pero **tampoco sacarlos** así porque sí, sin saber que va pasar después. Hay muchas falencias institucionales y además creo que somos una sociedad discapacitada, no estamos preparados, muchas familias están ausentes, y a los que tienen familias **no los puedes largar así nomás**, ahora por ejemplo a mi me dijeron que tenía que hacer dieciséis externaciones este año, pero yo no me voy a focalizar en eso, porque no es cuestión de hacerlo por hacerlo, hay muchas cosas que hacer antes...**No creo que a fuera se respeten más derechos**, porque quizás no tengan los apoyos que necesiten. Entonces **no vale la pena**...* (Trabajadora Social).

Consideramos que desde la profesión Trabajo Social, existe una contradicción de sentidos, y a su vez el desconocimiento por parte de los/las profesionales de los marcos legales actuales. Muchas veces en los discursos podemos encontrar relatos que intentan reconocer a las personas, pero entran en contradicción automáticamente, sin poder sostenerlos, por ejemplo en el caso de María, trabajadora social antes citada, quien por un lado considera simplemente “importantes” las externaciones, sin embargo por otro lado expresa que para ella no cree que “fuera” de las instituciones se respeten más derechos. En este caso notamos que se justifica la privación de la libertad por diferentes causas, una de ellas económica, pero también sustentadas en un pensamiento que considera que las personas con malestar psíquico estarán más protegidas en el encierro, “evitándoles” los riesgos que conlleva la vida en sociedad.

Carmen...*Los que han salido digamos que son los que tienen privilegios, ya sea por recursos o por vínculos familiares...* (Trabajadora Social)

Paula...*Hay una casa en la cual no tienen personal, las personas que viven ahí estuvieron más de veinte o treinta años internadas en la colonia, pero los fines de semana se las llevan de nuevo a la institución porque no tienen quien estuviera con ellos...*(Trabajadora Social).

Victoria...*Yo creo que estar afuera es algo importante, ellas ahora están **felices**, viven en **libertad**, no les gusta que les digan lo que tienen que hacer. Por ejemplo una vez les dije que tenían que ordenar y mantener todo limpio porque iban a venir de la colonia a verlas y no querían saber nada, me decían ¿Por qué tienen que venir? No tienen nada que hacer acá...Y yo creo que esas actitudes ya dicen mucho. Quizás ellas no sepan expresarlo o contar con tanto detalle sus experiencias adentro, pero hay cosas como esas que dan a entender que no la pasaron muy bien...* (Trabajadora Social).

Nos resulta importante a partir de aquí describir una experiencia que hemos tenido la oportunidad de conocer durante nuestra investigación la cual nos ha conmovido. Una experiencia novedosa y respetuosa de los derechos de las personas con

malestar psíquico que se aleja de aquellas que conocemos, que puede servir como modelo a implementar en procesos que busquen la emancipación de las personas internadas en hospitales psiquiátricos.

Se trata de un proyecto de casas auto-gestionadas que nació desde un equipo interdisciplinario que ejercía sus labores en uno de los pabellones de la Colonia Nacional Montes de Oca. El equipo estaba conformado por una Trabajadora Social, una Psicóloga, una Médica, y una Psicopedagoga, ellas conocían la institución, trabajaban dentro de ella, es decir, sabían cuales eran las condiciones en las que vivían las personas, por lo cual tenían bien claro que esa situación no comprendía prácticamente el reconocimiento de ningún derecho.

Motivadas por la ilusión de poder construir espacios nuevos en la comunidad, de terminar con las detenciones, casi siempre arbitrarias, de las personas, de terminar con la estigmatización, exclusión e invisibilización, es que comenzaron a andar este camino. Las preguntas que dieron comienzo a este sueño (como ellas lo llaman) fueron: ¿Qué es una casa?, ¿qué hace que un lugar se transforme en nuestra casa? Así es que empezaron a buscar respuestas, no en los libros, ni en las estadísticas, sino en las personas, en las mismas que además de perder su identidad, también habían perdido a lo largo de los años de internación, su “hogar”... ¿Qué era para ellos/as una casa? ¿Qué significado tendría? Algo tan simple, que seguramente ninguno/a de nosotros/as jamás nos hemos detenido a pensar.

Tener una casa, significaría entonces, poder tener una dirección, una llave de la puerta de entrada, un timbre, tener vecinos, tener pertenencias sin temor a que nuestros/as compañeros/as de vivienda nos las sustraigan, poder decorarla a nuestro gusto, poder comer a la hora que se tiene hambre, poder elegir lo que se quiere comer e ir al mercado para comprar, poder dormir cuando se tiene sueño y levantarse cuando se considera que ya descansamos suficiente, o cuando debemos hacerlo por alguna responsabilidad; no tener candados en los roperos, tener que hacerse cargo de pagar los servicios, arreglar lo que se rompe y limpiarla (o pagarle a alguien para que lo haga)... Poder salir de ella cuando se tienen ganas, sin pedir permiso ni autorización a nadie, poder tener en el bolsillo nuestro documento. Además de lo esencial, se supone también que en una casa no habrá historias clínicas ni “partes”, mucho menos “jefes/as” o “coordinadores/as” a quienes rendirles cuenta de lo que se hace,

Estas y muchas otras “pequeñas grandes cosas”, que son parte de nuestra cotidianeidad, de nuestro día a día, son las cosas que un/a sujeto/a pierde cuando se institucionaliza.

Luego de hacerse estas preguntas, e intentar conseguir respuestas, comenzaron a dirigir sus miradas a un grupo de personas que habitaban el pabellón, compartían algunas características: conformaban un grupo en forma espontánea, compartían el perfil actitudinal y contaban con hasta 51 años de internación, algunas no tomaban medicación psiquiátrica. El equipo entonces, les propuso juntarse periódicamente, sin plantearles nada específico sino buscando que fuesen ellas mismas las que comenzaran a tomar la palabra, así surgió el deseo de un afuera posible. La palabra “casita” empezó a circular, representando un lugar distinto al pabellón, el deseo se hizo tan fuerte y compartido que hasta las dos personas con hipoacusia dibujaban una casa utilizando el soporte gráfico ofrecido.

Cuentan que desde el principio pensaron en una “casa” y no en un “dispositivo”, ya que creen que un dispositivo convivencial puede fácilmente correr el riesgo de convertirse en una “mini institución” o “mini Colonia”. Para que pudiera concretarse consideraron la posibilidad de auto gestionarse, que sean las personas mismas, las que paguen sus cuentas y mantengan sus hogares, para ser lo más independientes posible de la intervención institucional.

Esta opción implicaba mayor esfuerzo para poder gestionar recursos económicos (los cuales consideran acertadamente como derechos) que garantizaran el autoabastecimiento: pensiones, subsidios institucionales y judiciales. Se embarcaron, en este camino, convencidas que hablar de externaciones, supone necesariamente poder garantizar el acceso a los derechos con todo lo que eso implica.

Cuando el espacio grupal semanal se había consolidado, se empieza la búsqueda de una propiedad en alquiler. Fue entonces cuando se les presentó uno de los mayores obstáculos: concretar la operación inmobiliaria, la cual se dificultaba por los requisitos solicitados.

Consiguieron alquilar una casa perteneciente a una persona cercana a una integrante del equipo, quién desde hacía un tiempo tenía conocimiento del abordaje psicosocial que habían iniciado. Esta persona, no sólo les alquiló la vivienda, sino que también se comprometió acompañar el proceso. Surgió de esa manera una **nueva figura** dentro del proyecto, **el/la “Referente Comunitario/a”** quién desde entonces ocuparía un rol con funciones esenciales en la vida de las personas que acompañaría.

Luego de estar instaladas en su nuevo hogar mantuvieron las **asambleas convivenciales**, las mismas llevadas a cabo **semanalmente**, siempre **orientadas hacia la preservación de la vida hogareña y la autodeterminación**. Este posicionamiento, intentaba reducir la intervención del equipo sobre los aspectos de la vida diaria, lo que implicó asumir ciertos riesgos, necesarios y dignos de ser asumidos. Pensaron en un hogar que tuviera la menor supervisión posible, pero sobretodo confiaron que tal acción no era necesaria, ya que las personas demostraban a diario la capacidad y sobre todo la voluntad de poder realizar las actividades de la vida cotidiana de manera autónoma. En este sentido el equipo interdisciplinario nunca se propuso, ni se impuso como figura coordinadora ni de autoridad de la casa. Las propuestas siempre se llevaron a la **asamblea semanal donde el poder circulaba horizontalmente y las decisiones eran colectivas**.

Esta modalidad de casas, se implementó sin mayores dificultades, pudiendo hacer posibles la apertura de tres casas con las mismas características. Las tres contaron con referentes comunitarios/as, dos de ellas también tenían dentro operadores/as pertenecientes a la institución manicomial. La diferencia de estos/as operadores/as y los referentes comunitarios/as, es que a estos/as últimos/as el sueldo se lo pagaban las personas residentes.

Este proceso gradual de restitución de derechos fue acompañado por los/as referentes comunitarios/as y el equipo interdisciplinario. Esta experiencia de desmanicomialización llevada a cabo a partir de un proyecto sostenido y supervisado desde una **lógica comunitaria** logró progresivamente **de-construir prejuicios y estereotipos sobre la locura, construir nuevos espacios sin estigmas, acompañar procesos de subjetivación y apropiación de derechos, en los cuales un grupo de personas recuperó su autonomía y autodeterminación**.

Esta gran experiencia, ha sido reconocida tanto a nivel local, nacional como internacional en congresos y presentaciones de Salud Mental, por ser considerada pionera en prácticas acordes a la **Ley Nacional de Salud Mental 26.657**.

Sin embargo en el transcurso del año 2014, comenzaron a hacerse cada vez más visibles los obstáculos presentados desde la Dirección de la institución; en el mes de septiembre, de ese mismo año, una decisión arbitraria tomada por esa misma dirección desafectó tanto al referente comunitario cómo al equipo interdisciplinario de una de las casas (Esquina Libertad). Al mismo tiempo un equipo conformado por la nueva Dirección de rehabilitación, con el supuesto objetivo de “monitorear” y fortalecer los

procesos de externación, irrumpió en dicha vivienda, iniciando un operativo de requisa, atribuyéndose el derecho de revisar muebles, heladeras y alacenas, dando vuelta colchones, arrojando al piso ropa y mercadería que luego embolsaron y tiraron a la calle, lo mismo hicieron con las dos mascotas que formaban parte del hogar. Estas prácticas que recuerdan períodos nefastos de nuestra historia fueron llevadas a cabo por quienes debían garantizar los derechos.

Desde ese día la casa “Esquina Libertad” quedó atravesada por la lógica manicomial: candados en alacenas, imposición de hábitos, restricción de salidas y visitas, prohibición de todo contacto con el equipo interdisciplinario y su referente comunitario, como así también restricción de contacto con otros/as compañeros/as externados/as y vecinos/as de la comunidad con los/as cuáles habían consolidado vínculos afectivos. Es así que las personas que viven en esa casa, ese día comenzaron un nuevo proceso, esta vez de **retroceso y pérdida de derechos**.

Desde la Dirección justificaron estas prácticas, argumentando que el equipo interdisciplinario no se “adaptada” a las normas institucionales, consideraron que el proyecto de casas de externación era un proyecto perteneciente al establecimiento, por ello no aceptaron la idea de su “independencia”, cuando lo que en realidad estaba sucediendo no era que ese equipo se había independizado, sino que las personas, externadas, a lo largo de este proceso fueron adquiriendo mayor autonomía, dejando de responder a los mandatos institucionales, intentando romper las cadenas que aún las ataban.

Estas prácticas manicomiales devastadoras, continuaron en las viviendas restantes, desafectando a los/as referentes comunitarios/as, sin consentimiento de las personas que allí residen quienes deberían ser, en todo caso, las que toman las decisiones. Respecto a ello, las curadurías que son (desde el paradigma tutelar) las que deberían respetar las decisiones de sus representados/as, no hicieron más que acatar órdenes de la institución, haciendo oídos sordos a los pedidos de las personas representadas, las que en varias oportunidades recurrieron a ellas para demostrar sus descontentos frente a esta situación; hecho que también denota el fortalecimiento de autonomía/autodeterminación y de su capacidad de decisión, aunque lamentablemente no hayan sido tenidas en cuenta.

Los/as protagonistas de esta historia, consideran estos hechos como un avasallamiento a los derechos, derechos que habían logrado recuperar. A su vez, creen que todo el trabajo que fueron llevando a cabo durante tres años, se desvaneció frente a

las prácticas manipuladoras y desgarradoras características del manicomio, sólo que esta vez puestas en práctica dentro de las propias viviendas.

A partir de la observación que pudimos realizar durante el despliegue de este cambio de modelo, de abuso de poder médico e institucional, podemos deducir que las prácticas impuestas generaron situaciones de violencia, tanto institucional como laboral. Una violencia que los/as protagonistas habrían vivido durante más de 50 años dentro del manicomio, la que luego habrían dejado atrás viviendo durante tres años en ejercicio de su autonomía y autodeterminación. Luego de las modificaciones antes mencionadas, las personas tuvieron evidentes retrocesos en su forma de vida, una de ellas cuando llegó a la casa tenía episodios de incontinencia de esfínteres, lo cual pudo resolverse a través de un acompañamiento diario, después de un año de trabajo había dejado de suceder, mejorando también su higiene personal. Al irrumpir estos cambios dentro de la vivienda, comenzó nuevamente a tener esos episodios, se pudo observar que deambula por la vivienda con su ropa sucia lo cual también genera olores.

También observamos situaciones de violencia entre las personas convivientes, lo cual no había tenido lugar anteriormente, esto generó un cierto malestar entre todas las personas que conviven allí. Una de las personas fue nuevamente internada en la institución, lo cual vulnera el derecho que garantiza la ley al restringir las internaciones prescribiendo que frente a situaciones de crisis deben ser llevadas al hospital general y ser atendidas por una guardia psiquiátrica, sobre todo teniendo cercanía al hospital.

Las personas hoy se encuentran desorientadas, deambulando sin sentido por la casa, sus miradas cambiaron, de haber recuperado el brillo que les dio la libertad y la comodidad de su casa, nuevamente se ve en sus ojos la tristeza y el desconcierto

Paula...Tuvimos la mejor experiencia, y se fue manchando y opacando, se transformó en el último tiempo. La mejor experiencia empezó siendo una de las experiencias más independientes que tenía la colonia en casas externadas, y creo que superó lo que esperaba la colonia, yo creo que con el transcurso de los años, éstas casas van a ser lo más parecido a la emancipación de personas que han estado tanto tiempo internadas... Lo que se buscó desde el equipo con esas casas siempre fue la mayor autonomía... (Trabajadora Social)

Frente a esta situación podemos decir que estamos ante una clara muestra de cómo la lógica manicomial y el poder pueden avasallar en tan poco tiempo un trabajo de restitución de derechos llevado a cabo durante más de tres años...

Paula...*Te puedo decir que después de tres años de trabajo constante con una persona que no podía decidir hasta en lo mínimo, de decir “¿quieres la galletita o el pan?” y que no sepa cuál quería, y esa persona fue la que cuando se le cambió el equipo de apoyo dijo “yo en ésta casa no me quedo”, “a mí no me van a decir a qué hora comer” y se fue. Si pudimos conseguir, que con las intervenciones del equipo, esa persona pudiera decidir dónde quedarse, ¡yo no necesito más nada!... (Trabajadora Social)*

Victoria...*Por ejemplo hay algunos equipos, que tienen más compromisos que otros, que buscan la autonomía, pero dando los apoyos que necesitan, propiciando la participación y la toma de decisiones, y creo que eso hace la diferencia. Yo conocí experiencias de ese estilo, y sé que el grado de autonomía que generan este tipo de intervenciones es muy alto... (Trabajadora Social)*

Lo desarrollado anteriormente es claramente una muestra de poder y resistencia que despliega una institución frente a los intentos de transformaciones.

...Muchas veces cuando se plantea terminar con el manicomio, y en consecuencia se proponen estructuras intermedias, esto no pasa de ser sólo un cambio de nombre, es decir, el dispositivo manicomial bajo el disfraz de formas alternativas repite los mismos mecanismos asilares, en estas nuevas instancias intermedias... (Carmen Amico; 2005:58).

En síntesis podemos decir que, además de contradicciones entre los discursos y las prácticas profesionales ejercidas por los/as trabajadores/as sociales en la institución estudiada, también existen grandes contradicciones en este sentido desde las direcciones de dicha institución, la cual se posiciona hoy, discursivamente, como un modelo de garantía frente a la Ley de Salud Mental, pero que en la realidad dista mucho de serlo; es decir que hoy en día presenciamos un tiempo en el que los discursos se impregnan de la palabra desmanicomialización, pero sus prácticas reales y concretas han generado retrocesos que nos conducen a hablar de una **re-manicomialización**.

En este sentido podemos afirmar otro de los supuestos orientadores de la investigación, *las intervenciones que realizan los/as profesionales del trabajo social, muchas veces reproducen las concepciones de salud hegemónicas, si bien los cambios de paradigmas resultan evidentes, las prácticas continúan enmarcadas en modelos tutelares, curativos, pragmáticos y a-históricos*. A su vez afirmamos que tanto los/as profesionales de trabajo social, los/as de otras disciplinas, como así también la institución en su totalidad, no están adecuando sus prácticas al marco legal que las comprende, sus políticas son coyunturales, solo realizan abordajes que disfrazan la lógica imperante de control social y poder sobre las personas, sin tomar decisiones que

generen cambios estructurales, o se dirijan hacia la transformación total y consecuente desaparición del manicomio en todas sus facetas.

6.4 Perspectiva de Género

Este análisis nos permitió visualizar en el sistema de salud mental, los discursos y prácticas de los y las profesionales de Trabajo Social, relaciones de **saber-poder** sobre los cuerpos de las mujeres como así también las representaciones históricas que se tienen sobre las mismas, y que prevalecen en sus enunciados justificando y legitimando sus acciones. Hablar de género hace referencia a las construcciones sociales y culturales que históricamente han ido tomando forma sobre lo que “es ó debería ser” una mujer y lo que “es ó debería ser” un varón, para considerarse dentro de la “normalidad” social en la que esté inmerso/a.

Para poder realizar el análisis de los datos obtenidos a través de entrevistas y observaciones, hemos construido dos categorías que nos permitieron reflexionar sobre aspectos invisibilizados en todos los ámbitos de la sociedad, pero particularmente en el ámbito de la salud mental respecto a las mujeres. Dichas categorías son: *Intervenciones diferenciales por género* y *Violencia hacia las mujeres*.

6.4.1 Abordajes diferenciales por género

La importancia de este análisis radica en el hecho que con frecuencia, dentro de los sistemas de salud, la única diferencia entre varones y mujeres, expresada en los discursos de los y las profesionales, se encuentra en la función reproductiva, la que históricamente ha equiparado **sexo/género** tomando como única diferencia la biológica. Esto ha generado infinitas desigualdades, lo que hace esperable que la diferencia en los aparatos reproductivos de uno y otra sea el eje diferencial entre varones y mujeres para la atención de su salud. Este posicionamiento impacta en los perfiles psicológicos que se construyen sobre los géneros, dejando del lado más vulnerable las patologías psíquicas femeninas considerando a estas como las más propensas a sufrir malestares psíquicos.

A lo largo de nuestra investigación nos hemos encontrado con profesionales que no tienen en cuenta la perspectiva de género al realizar sus intervenciones, lo que genera que sus abordajes se generalicen, no contando con acciones diferenciales según el género, invisibilizando las particularidades de las mujeres frente a sus problemáticas.

Al indagar sobre sus intervenciones y las diferencias de los mismos frente a varones y mujeres nos hemos encontrado con las siguientes respuestas:

Carmen...*tendría que ser lo mismo, porque no se puede discriminar por género. Parecería que es más difícil aceptar la enfermedad en las mujeres que en los hombres, hay una desvinculación total de la mujer con su familia. No aceptan la debilidad mental de ellas...Acá se tuvo que abrir un pabellón exclusivo de psicóticas con brotes...*(Trabajadora Social)

Victoria...*Yo creo que eso tiene que ver más que nada con los equipos que intervengan. Yo no he visto mucho la manera de manejarse con los varones, pero creo que tiene que ver con la mirada de los equipos...algunos con más compromisos que otros...*(Trabajadora Social)

María...*yo creo que no hay diferencias, todo depende del vínculo que se establezca con las personas, con cada uno. Por ahí las mujeres son más de mirar la ropa que nos ponemos o de decir ¡Ay mirá los zapatos que tenés!...como que al ser mujeres se fijan en esas cosas y los varones no...Las intervenciones dependen de la confianza con cada uno...*(Trabajadora Social)

Paula...*Por ahí el hombre tiene más respeto, ellos al verse hombres y vos la mujer, pero ahí la cuestión de género la tiene el otro. La mujer es capaz de agarrarte de los pelos, el hombre lo va a pensar dos veces... Yo no lo veo como diferencia, ella te ve más a la par, de mujer a mujer, el hombre te va a romper el auto. En todos los hechos de violencia que he visto, la mujer le puede llegar a pegar a la trabajadora, el hombre te rompe el auto...*(Trabajadora Social)

Evidentemente no se considera la diferenciación de género frente a las intervenciones que realizan. Las respuestas obtenidas, nos demuestran que las diferencias que las profesionales consideran entre varones y mujeres están también impregnadas por estereotipos construidos socialmente, las mujeres vistas como “locas”, “psicóticas”, “envidiosas” o “histéricas”, frente a varones “respetuosos” o que utilizan “su fuerza física” para defenderse, lo cual se dirige a legitimar las desigualdades entre los géneros. En este sentido creemos importante destacar que al comienzo de una de las entrevistas, la profesional al saludar a una de las mujeres internadas, expresó lo siguiente: ... *¡Ay que olor a varón que tenés!...Por no decir a cigarrillo (aclara)...*Otra clara evidencia de naturalización de los estereotipos.

Dicha naturalización de construcciones sociales y culturales que existen sobre las mujeres y los varones, por un lado, limita la detección de componentes o factores de riesgos influyentes en los procesos de salud/enfermedad que atraviesan mujeres y varones de manera distinta en nuestra sociedad; por otro lado al no tener en cuenta que las diferencias biológicas no significan la existencia de desigualdades físicas/psíquicas

entre los géneros, invisibiliza el hecho que existan problemáticas respecto a la salud que influyen de manera similar en ambos cuerpos.

Los aspectos que se naturalizan dirigen a los/las profesionales médicos/as a realizar diagnósticos de depresión a las mujeres, poniendo en evidencia el imaginario colectivo que lo apoya; los/as profesionales de trabajo social, al no tener una mirada crítica/reflexiva sobre estas diferenciaciones, legitiman los diagnósticos de las personas con las cuales trabaja, y a través de sus abordajes los sostienen y promueven.

Frente a ello podemos suponer, que muchas de las mujeres internadas en hospitales psiquiátricos, han sido diagnosticadas con diferentes patologías sin tener en cuenta la situación real a la que estaban sometidas, medicalizando ese malestar, dejándolas del lado de la “locura”, sin considerar las particularidades que la llevaron a transitar ese sufrimiento.

Respecto de las consideraciones sobre los comportamientos de género de los varones muchas veces se admite que ciertas prácticas sean toleradas y otras veces valoradas, en el caso que señala Paula (Trabajadora Social), se legitiman actos de violencia con mayor agresividad por parte de varones, justificándola y negando su impacto en la vida de las mujeres. En cambio de las mujeres se espera que exista una fusión con el/la otro/a, lo cual advertimos cuando se expresa que las mujeres se preocupan más por la vestimenta, los zapatos, o las tratan de igual a igual, “de mujer a mujer”, también se espera que las reacciones de las mujeres no sean tan violentas, por ello se hace la diferenciación de que las mujeres “sólo te tiran los pelos” mientras los varones “rompen el auto”.

No se distinguen sesgos de género en las interacciones en que la violencia ejercida por varones hacia mujeres es violencia de género, porque se realiza de un sujeto que tiene mayor poder hacia otro/a con menor poder, con el objeto de producir daño, doblegar la voluntad del otro/a y conseguir obediencia; en cambio reconocer la violencia entre mujeres implica una incapacidad para la resolución de conflictos de modo negociado entre “iguales”.

Las intervenciones diferenciales por género, facilitan la prevención y resolución de problemáticas de salud tanto de mujeres como de varones, ya que conductas guiadas por construcciones estereotipadas de género pueden ocasionar daños en la salud de las mujeres, al naturalizarse son invisibilizadas negando cualquier posibilidad de atención, generando atenciones estigmatizantes hacia ellas.

Cuando actuamos frente a determinadas problemáticas, tener en cuenta los estereotipos de género impuestos socialmente, la perspectiva de género, puede evitar la reproducción de estos modelos vigentes, evitar también la legitimación/reproducción del sistema impuesto por el patriarcado y el capitalismo.

Es muy frecuente que los tratamientos psicológicos o psiquiátricos a partir de la psicoterapia o la prescripción de psicofármacos, se dirijan a hacer desaparecer los síntomas de malestar para que las mujeres puedan continuar con sus funciones, para que puedan soportar, en otras palabras, las cargas que supone su género.

...Esta práctica, la más generalizada en psiquiatría, de hacer desaparecer el síntoma y devolver al sujeto supuestamente “sano” al circuito donde se enfermó, no es otra cosa que la utilización de las pautas que el sistema capitalista posee para el tratamiento tanto de los medios de producción, como de la fuerza de trabajo (hombres), como de quienes reponen esa fuerza y forman un ejército de reserva de la misma (mujeres), con el único interés de que el sistema continúe intacto... (Carmen Saez Buenaventura 1979).

Entonces los/las profesionales de Trabajo Social en el ámbito sanitario, no tienen en cuenta las construcciones sociales de género, por el contrario actúan siguiendo los estereotipos, profundamente anclados en las bases de nuestra sociedad, generando aún, mayores desigualdades. Al no incluir en sus intervenciones las particularidades que afectan a las mujeres terminan por naturalizar las problemáticas que derivan en sus malestares.

Continuar con estas acciones que sostienen las desigualdades, y las profundizan, implica promover la continuidad del *status quo* que mantiene la naturalización y omisión de situaciones que tienen en el centro de la tormenta el sufrimiento que padecen las mujeres.

6.4.2 Violencia hacia las mujeres

Desde nuestro posicionamiento consideramos que todas las violencias ocurridas dentro de los hospitales psiquiátricos son verdaderos atentados contra los derechos humanos, pero que cuando estas violencias, además, son sufridas por mujeres deben considerarse violencias de género hacia las mismas.

Entendemos la violencia hacia las mujeres como toda conducta, acción u omisión, que basada en una relación desigual de poder, de manera directa o indirecta,

tanto en el ámbito público, como privado, afecta su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal.

El hecho de que las personas se encuentren privadas de su libertad a partir de diagnósticos médicos que las cosifican, estigmatizan, excluyen y aíslan del resto de la sociedad, comporta en sí mismo una situación violenta, implicando la vulneración de la mayoría de los derechos.

En el caso de nuestro estudio nos centraremos en el análisis de las violencias ejercidas contra las mujeres dentro de las instituciones psiquiátricas. En todos los ámbitos históricamente, las mujeres, se han visto relegadas, más aún en el ámbito de la salud mental, debido a las construcciones sociales patriarcales que las dejan del lado más vulnerable, y si a esto se le suma la condición de “locas” (construcción también social e histórica), esa vulneración es aún más fuerte.

A partir de nuestra inserción en la institución Colonia Montes de Oca, hemos podido detectar situaciones de violencias, a las que se encuentran sometidas las mujeres, que dentro de los muros no se reconocen o quedan silenciadas. Pero también hemos podido visualizar que muchas de las mujeres que se encuentran, o se encontraron institucionalizadas, llegaron a tal situación a partir de violencias sufridas dentro de sus ámbitos familiares. Lo cual nos confirma lo que veníamos expresando anteriormente: **al no indagar sobre las singularidades de las personas, al no realizar abordajes críticos/reflexivos sobre las condiciones que atraviesan las personas según su género** (construcción social), se diagnostican a las mujeres con patologías psiquiátricas, reduciéndolas al encierro, pero sobre todo, a partir de estas decisiones, culpabilizándolas de su propio malestar.

Lo dicho comporta un grave riesgo, ya que culpabilizar a las mujeres también supone dejar de lado la responsabilidad de los agresores. Al patologizar a las mujeres, al rotularlas de “locas/enfermas” todo lo que diga o denuncie va a formar parte de ese diagnóstico y no será tenido en cuenta para las acciones que se realicen; medicalizar a las mujeres por depresión, ansiedad, u otros diagnósticos, busca tapar los síntomas, por ende reprimir las manifestaciones del propio sufrimiento, lo que debilitará su capacidad de denuncia frente a esas situaciones.

Josefina, ha estado institucionalizada aproximadamente 40 años. Lo que la ha llevado a caer en el encierro ha sido las reiteradas situaciones de violencia ejercidas por

parte de su hermano, quien además de violentarla psicológica y físicamente también abusaba sexualmente de ella. Josefina nos cuenta que su hermano fue quien tomó la decisión de internarla.

Josefina...Tenía 15 años cuando me internaron...Porque yo estaba con los chicos y mi hermano no quería, no me dejaba tener novio, y entonces me internó, no me llevaba bien con él...

Evidentemente el motivo de su internación, además de haber sufrido diferentes tipos de violencias por parte de su hermano, fue la estigmatización de este, considerando que tenía una patología por “estar con chicos”, lo cual no es un pensamiento que esté desarraigado de nuestra sociedad actualmente, es muy común encontrarnos con personas que creen/piensan que las mujeres que deciden tener relaciones sexuales con más de una persona están “locas o enfermas”, se escapan de la norma, son consideradas desviadas; vemos como este pensamiento arcaico, estigmatizante, sostenido por una moral religiosa, hace cuarenta años condenó a vivir en el encierro a esta mujer, y tantas otras. Cuando en realidad lo que se tendría que haber condenado era la violencia y el abuso de su hermano hacia ella.

Una de las primeras violencias hacia las mujeres, pero también una de las más conocidas, naturalizadas e invisibilizadas, es aquella que nos cataloga como “históricas”; a lo largo de la historia, este diagnóstico ha condenado y sometido a diferentes tratamientos “curativos” a muchas mujeres, la internación es uno de ellos, por lo cual han sido sancionadas con el encierro, y en él, a tratamientos inhumanos, ejemplo de ello fueron las bañaderas con agua helada utilizadas para “calmar” a las mismas.

Norma al referirse a los motivos que la han llevado a vivir 30 años institucionalizada, nos cuenta que a ella le agarraban los “nervios”, y que por eso la internaron. Nada más explicativo, la enfermedad de los “nervios” de histórica exclusividad para las mujeres.

Norma...Antes yo estaba en mi casa, pero estaba enferma, me agarraban los nervios a mí, entonces me trajeron, después volvía a mi casa, y de vuelta me mandaban, hasta que le dije a mi hermana que me interne...

Además de considerar la **ausencia de abordajes diferenciales por género**, es importante destacar que la decisión de internación de las mujeres frente a estos diagnósticos comporta una clara violencia, ya que las han sometido a vivir

prácticamente la mayor parte de sus vidas aisladas de la sociedad, en condiciones de vida inhumanas dentro de los manicomios.

...Los médicos y médicas tienden a diagnosticar y prescribir psicofármacos más a las mujeres que a los varones, incluso a igualdad de síntomas. La mayor presión de alteraciones mentales comunes sobre las mujeres se relaciona con factores psicosociales y de género... (Velasco Arias, Sara; 2006:19).

También es importante aclarar que debido a la falta de abordajes que consideren las construcciones y particularidades de cada género, frente a los mismos síntomas no se realizan los mismos abordajes con varones, por lo cual las internaciones de los mismos no han sido por motivos similares. Si bien las internaciones se han dado en contextos diferentes al que vivimos hoy en día, las intervenciones que se realizan actualmente no dejan de tener el sesgo ideológico, por lo tanto muchas mujeres que han sido institucionalizadas hace algunas décadas, por estos diagnósticos, continúan aún privadas de su libertad.

*Mirta...Yo me interné sola, estaba muy sola, muy mal, no comía...Estaba depresiva, con ataques de pánico y muy mal. **Tuve problemas con el hombre con el que estaba, que me pegaba porque no quería tener relaciones con él, y me denunció diciendo que yo le pegaba, con dos patrulleros me sacaron de la casa de él, como si fuera una delincuente, no me dejaron agarrar la ropa, ni nada... yo soy una estúpida porque cuando él me pegó me tendría que haber ido, pero no me fui, cuando una está desesperada no sabe que hacer. Yo sabía que en algún momento ese tipo me iba a hacer algo...***

Las condiciones de vulnerabilidad a las que se enfrentan las mujeres, en todos los niveles y ámbitos de la sociedad son evidentes, mujeres que padecen violencias machistas, desprotegidas, sin vínculos familiares contenedores, sin justicia que las ampare, sin recursos que garanticen un mínimo bienestar, terminan (en el mejor de los casos) al borde de la sociedad, marginadas, diagnosticadas y medicalizadas por depresión, trastornos de ansiedad o ataques de pánico; en el caso que sigan vivas, quizás terminan aisladas, encerradas en un hospital psiquiátrico, probablemente como en el caso de Mirta sientan este hecho como una salvación a todo su malestar. También en los juzgados, durante mucho tiempo los órganos auxiliares diagnosticaban en casos de violencia contra las mujeres, depresión o malestares psíquicos de los más variados.

Mirta...No tenía ropa, no tenía donde ir al baño, no tenía nada, no tenía ni corpiño, estuve una semana con la bombacha sucia. Imagínate, mis hijos

ninguno me quiso ayudar, mi hija me dijo que me joda, mi mamá tampoco... terminé durmiendo en un colchón mojado, sin comida ni nada, dije me voy a internar, tengo que hacer algo por mí pensé, y ahí me vine a Luján, para mí era la salvación...

Mirta no es la única, infinidad de mujeres atraviesan estas situaciones hoy en día; situaciones que son invisibilizadas y naturalizadas. La mayoría de las mujeres que han terminado institucionalizadas dentro de hospitales psiquiátricos debido a las violencias que se ejercieron sobre ellas, no lo tienen en cuenta, porque la sociedad se ha encargado de culpabilizarlas, haciéndoles creer que en verdad el problema lo tienen ellas.

Mirta...El papá de mi hijo me hacía mierda también, yo perdí un bebé porque me pegaba, cuando yo le quería dar el pecho a mi nene más chiquito él me lo revoleaba arriba de la cama...y mi hijo siguió el mismo camino del padre, yo no sé que le pasó, me tuve que ir de mi casa porque estaba durmiendo, me desperté y estaba él mirándome y me dijo ¡hija de puta te voy a hacer mierda, te voy a matar!, salí corriendo y me fui a la casa de una vecina...Capaz era mi culpa porque yo trabajaba y lo dejaba solo, pero yo tenía que darle de comer. Después dejé de trabajar, y me puse a lavarle la ropa a los vecinos, para no dejarlo sólo y ahí empezó a robar ¡No pegaba una yo!...

En relación a las violencias que se ejercen dentro de las instituciones psiquiátricas respecto a las mujeres, estas han sido doblemente relegadas, ya que al tratarse de “mujeres y locas” nadie las tiene en cuenta. Las violencias se esconden en la sociedad bajo discursos machistas que victimizan y re-victimizan a las mujeres, mucho más detrás de los muros de los manicomios haciéndolas casi impalpables.

Paula...son instituciones que violan un montón de derechos...en el caso de las mujeres se llega más a la degradación...la promiscuidad en la colonia es un hecho normal, naturalizado y lamentablemente no con una intervención para restituir derechos en la intimidad de las personas...La mujer es más vulnerada, es normal conocer que trabajadores abusan sexualmente de pacientes, de personas internadas, es normal. Ellas tienen naturalizado que saben que si se “fifan” a “fulano” van a tener mejores beneficios (una llamada telefónica, cigarrillos, plata...) pero se lo están haciendo no por el amor o el deseo de estar con ese otro...Hombres y mujeres sufren agresiones físicas, agresiones verbales, malos tratos y creo que la mujer sufre más lo que es de índole sexual, tanto de personas internadas como de los trabajadores. Entre hombres internados hay mucha promiscuidad, abuso sexual entre los pacientes, a la noche es tierra de nadie, pero no se conoce que el trabajador haya abusado de un hombre internado... (Trabajadora Social)

Luego de esta cita podemos afirmar que se trata de una institución en la cual se ejercen múltiples violencias hacia las mujeres. Pero también debemos destacar el hecho de que los/as profesionales terminan siendo cómplices de estos atentados hacia la dignidad de las personas, ya que estas situaciones que humillan a las mujeres se encuentran arraigadas y frente a la indiferencia e irresponsabilidad profesional se transforman en hechos comunes, quitándoles gravedad, sosteniéndolas para que sigan reproduciéndose impunemente dentro de los límites de los establecimientos, pero sobre todo vulnerando aún más la vida y la libertad de las personas.

Las violencias que sufren las mujeres en contextos de encierro son múltiples, como distintos son sus espacios dentro de estas instituciones, algunas explícitas y otras sutiles violencias que sufren las mujeres. Ellas, olvidadas como personas y olvidadas en los estudios e investigaciones, sufren violencias imperceptibles urgentes de ser eliminadas.

Si bien a lo largo de este trabajo hemos ido desarrollando la vulneración de múltiples derechos que se viven en situación de institucionalización, es importante nombrar una vez más algunas de las más importantes violencias que ejerce el poder institucional sobre las mujeres.

La privacidad deja de existir, duermen en grandes pabellones sin ventilación, sin las mínimas condiciones de higiene. Se bañan todas juntas; debido a la gran cantidad de personas y poco personal no lo hacen todos los días, solamente cuando “les toca” y en tiempos muy cortos.

También, y como expusimos anteriormente, muchas mujeres dentro de las instituciones sufren violencias sexuales. Se somete a las mismas a mantener relaciones sexuales a cambio de algún “beneficio”, lo que claramente es un hecho de prostitución. Las mujeres frente a esto no tienen posibilidad de decisión, porque a su vez, son amenazadas, el incumplimiento les provocará múltiples castigos. La denuncia frente a estas situaciones es tomada como un síntoma más de su patología; que fabulan, inventan, recordemos que se encuentran internadas en instituciones psiquiátricas, lo cual las estigmatiza, cualquier denuncia fácilmente se registrará en su historia clínica como “alucinación”.

Mirta...Yo un montón de veces quise denunciar gente de ahí, y yo pensaba ¿Qué hago?... ¿si denuncio quién me defiende a mí?...

Juana...A mí me pegaban en la colonia, me tiraban los pelos, yo no

quiero ir más...Y hace poco tuve que volver a la colonia, me llevaron porque me lastime la pierna, me picó un bicho, no sé, pero no quiero ir más, la pasé mal, no me gustó...

La Ley Nacional de Salud Mental, prohíbe las internaciones en casos de crisis, las mismas deben ser tratadas en hospitales generales, los cuales tienen la obligación de contar con especialistas para su atención. En el caso de Juana, ella fue llevada nuevamente a la colonia, e internada durante un mes, por padecer diabetes, la misma contrajo una infección que debería haber sido atendida en el hospital general de la ciudad, pero no fue así. Frente a ello se evidencia una clara violación de la ley, sobre todo han vulnerado el derecho de la persona a decidir sobre su tratamiento, la cual ha expresado en varias oportunidades su disconformidad sobre dicha decisión.

Juana...No me preguntaron nada a mí, yo no quiero ir más...

Mirta...Un día habían ido a ver a mi vieja, y yo no sabía nada, cuando me enteré me dijeron que mi mamá había dicho que yo le había pegado, y ahí ¡No sabés!...¡Les rompí todo!, me pichicatearon mal, me saqué, me descalabré, después unos meses después, me pasaron a una casa, pero era como una caja de zapatos sin ventanas, dormíamos tocándonos los pies, y me atacó de nuevo, que me saquen de ahí decía, me quería ir, me quería ir...y otra vez, me llevaron a la colonia, y otra vez, no sabes cómo me dieron, me pichicatearon mal, me pusieron medicación a todo cuero, después tuve que pelearla, caminaba en puntas de pie, estaba ¡falopa falopa!...

La **sobremedicación** en los hospitales psiquiátricos también es un hecho común y naturalizado. Generalmente se utiliza como mecanismo de control hacia las personas, como lo expresaba Mirta, la “pinchaban” para calmarla, para que no se “queje”; más aún, la medicaban como castigo por no adaptarse a las condiciones de la institución.

Según el informe sobre los Derechos Humanos del año 2012, la violencia hacia las mujeres en contextos de encierro no es un hecho marginal y excepcional, sino que por el contrario se trata de prácticas cotidianas y sistemáticas.

*...Ya no consumo Halopidol, solo Tegretol, Anafranil y Litio. Estoy “compensada”. Traduzcamos: Me mantengo de éste lado, es decir, sin delirios... y deambulo... (Porque nosotros, los pacientes, deambulamos). Es una nueva costumbre que he adquirido. Deambulo como digo- “libremente” por el enorme parque del hospicio... Estoy lúcida, ubicada en tiempo y espacio, por lo tanto: Sé en qué día vivo. ¿Vivo? Me pregunto, Y me entra la tristeza y me deprimó. La historia clínica se pone gorda de tristezas. Yo soy mi historia clínica. ¿Dejé de ser mi historia, acaso? Es muy malo preguntarse tantas cosas que complican, además el tratamiento. Tengo sueños, pesadillas... que a nadie se las cuento, por las dudas, no sea cosa, vayan a la historia clínica. Pero si tengo insomnio, por ejemplo, esto es inocultable, y vá derecho a la historia clínica. Mi psiquiatra, entonces, regula las pastillas. Duermo. Se anota en la historia clínica. Doctor, estoy amando... ¿Esto también irá a la historia clínica?...
Marisa Wagner; 2007 (Sobreviviente del Manicomio)*

Prácticas que también son muy comunes dentro de este contexto, y que vulneran los derechos de las mujeres, son las referidas a la sexualidad de las mismas. Ya hemos referido a los hechos de violencia sexual, de relaciones sexuales con trabajadores o entre personas internadas, sexo grupal, prácticas prostituyentes; una serie de hechos que vulneran los derechos de las mujeres a decidir sobre sus propios cuerpos, a decidir sobre su sexualidad y sus capacidades reproductivas. Son muchos los casos de mujeres que han cursado embarazos dentro de estas instituciones, que al parir han sido sustraídos/as sus bebés, obligadas muchas veces a dar en adopción a sus hijos/as, mediante presión, sin posibilidad de tener contacto con ellos/as, incapaces de poder reconstruir los rastros de sus niños/as.

Por un lado durante nuestro trabajo nos hemos encontrado con la historia de Susana, quien estuvo embarazada dentro de la colonia en tres oportunidades, sus hijos/as han sido dados en adopción, las familias adoptantes (que en todos los casos es una distinta) no han permitido que ella los/as viera, a su vez la institución ha negado ese derecho, considerando que no es beneficioso para su tratamiento. Susana vive sus días esperando poder reencontrarse con sus hijos/as, aún tiene la esperanza de poder hacerlo.

Por otro lado Mirta nos ha comentado sobre estas situaciones.

Mirta...Algunos se los llevaban los familiares y otros los daban en adopción. Había una chica que se escapó, y volvió embarazada y cómo la madre de ella no quiso hacerse cargo, se hizo cargo el papá de la chica...Después otra, quedó embarazada, pero no sé si apareció embarazada o quedó en la colonia, y lo habían dado en guarda al pibe... (trabajadora social)

Ella nos cuenta que ahora no sucede más porque, a todas las mujeres internadas, les dan anticonceptivos para evitar embarazos. Esta “medida” se realiza sin el

consentimiento de las personas, partiendo de la presunción de incapacidad para poder decidir, lo cual evidencia la vulneración del derecho de esas mujeres respecto de sus cuerpos.

Mirta...*Antes quedaban embarazadas, ahora les dan pastillas a todas... ¿las obligan a tomarlas? ...y...no se dan cuenta...*

*...De amores sucedidos en el parque, la panza se te puso grande. Como no sabes contar las lunas transcurrieron un poco más lentas. Pero los dolores de parto igual llegaron. (Aunque se piense que en los oligofrénicos, el dolor les duele menos). Pero tu hija nunca fue tu hija. La estabas amamantando cuando se la llevaron. Yo que te escucho llorar todas las noches... Porque no sé qué pensar, Simplemente, puteo...
Marisa Wagner; 2007 (Sobreviviente del Manicomio)*

Las prácticas anticonceptivas indiscriminadas sin consentimiento, constituyen un grave problema de índole ético, ya sea a nivel profesional dado que se viola el principio de autonomía de las personas y por otra parte el procedimiento constituye un atentado a los derechos humanos fundamentales. Los profesionales incurren de este modo en prácticas anti-éticas y abuso de poder.

Durante el desarrollo de los **procesos de externación** (categoría analizada anteriormente), se ha dado visibilidad a un hecho ocurrido en las casas autogestionadas, las cuales han sido avasalladas por la institución desafectando a su equipo interdisciplinario integrado por cuatro profesionales mujeres, realizándoles un sumario argumentando no adecuarse a las normas de la institución, ya que las acusaron de haberse “desviado” de sus funciones, independizándose, cuando en realidad las personas con las cuales trabajaban fueron las que recuperaron autonomía e independencia, lo cual hizo que dejaran de responder a los mandatos de la “Colonia” lo cual no es casualidad; las situaciones de subordinación, que venimos exponiendo, a las que nos encontramos sometidas todas las mujeres, en mayor o menor medida, también se ve reflejada en este hecho de abuso de poder sobre cuatro trabajadoras de la institución.

Podemos decir que dicha situación comporta un hecho de violencia hacia las mujeres, ya que la acción, basada en una relación desigual de poder, llevada a cabo desde la dirección de la Colonia Montes de Oca (a cargo de un varón) ha afectado de manera directa la vida de las profesionales, su libertad de trabajo y ha generado en ellas

consecuencias, tanto psicológicas como económicas al ser desafectadas de sus puestos de trabajo, lo cual sin lugar a dudas afecta directamente su seguridad personal.

En síntesis se hace evidente que tanto las instituciones como los/las profesionales que allí se desempeñan están infringiendo las leyes, que garantizan los derechos de las mujeres, siendo cómplices de las múltiples violencias que deben sufrir: físicas, psicológicas, sexuales, y patrimonial/económica (recordemos que las mujeres institucionalizadas no cuentan con su capacidad jurídica, por lo cual una tercer persona administra sus bienes).

El estado frente a ello debe ser quién actúe para modificar estas situaciones, velando por el cumplimiento de los derechos de las mujeres que han estado o están privadas de su libertad, quienes se encuentran en una situación de vulnerabilidad alarmante frente al resto de la sociedad. Tanto la *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*; la *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belem do Para"* y la *Ley Nacional 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales* deben ser elementos claves, tenidos en cuenta, para la construcción de políticas estructurales que se dirijan a terminar con estas situaciones, sobre todo para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las mujeres establecidos en el marco legal existente, tanto nacional como internacional.

Es de suma importancia, en este contexto, el rol que asuman los y las trabajadores/as sociales ya que el reconocimiento, la protección, el respeto, la efectiva titularidad y desarrollo de todos los derechos constituyen el fundamento de la profesión, hacia allí deben guiarse todas y cada una de las prácticas puestas en marcha por los y las profesionales.

Siendo esta una problemática en donde están en juego los Derechos, se hace imprescindible que, los y las profesionales, asuman un papel y una función protagónica e instituyente, generando rupturas en los mecanismos instituidos de control social, dirigiéndose a transformar la actual violación de los Derechos en una efectiva titularidad, acceso, protección y goce de los mismos.

CONCLUSIONES

Lo que nos propusimos a través de la investigación fue indagar sobre los procesos de intervención llevados a cabo por los/as profesionales del Trabajo Social en el ámbito de la Salud Mental, tanto dentro como fuera de las instituciones. Con el fin de reconocer, por un lado los diferentes discursos que guían las acciones profesionales, pudiendo dar cuenta de la influencia que generan los mismos, tanto en sus prácticas como en las personas con las cuales trabajan; por otro lado examinar si existen procesos diferenciales por género, es decir, si se tienen en cuenta o no, las construcciones sociales, de varones y mujeres, al trabajar con unos y otras.

También nos propusimos conocer, desde la mirada de las propias protagonistas, experiencias de recuperación de la libertad, tras largos años de encierro, con el fin de poder dar cuenta de la posibilidad de restitución de derechos a través de modelos alternativos al manicomio.

Hemos centrado nuestro análisis en un estudio de caso: La Institución “*Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca*”.

Al comienzo de la investigación, se pensó en poder dar visibilidad a los diferentes procesos alternativos que se venían llevando a cabo para poder hacer efectiva la restitución de los Derechos de las personas institucionalizadas. A lo largo de nuestra investigación, nos hemos enfrentado con la realidad, lo cual nos hizo descubrir que en la mayoría de los casos, los discursos, tanto profesionales (del trabajo social) cómo institucionales, no tienen correspondencia con las prácticas que se llevan a cabo.

Para realizar el trabajo nos guiamos por una serie de supuestos, o antelaciones de sentidos, los cuales fueron dando forma a la investigación, marcando un camino al recolectar los datos para no desviarnos de nuestros objetivos. Dichos supuestos fueron los siguientes:

- “La intervención del trabajo social tanto en las instituciones psiquiátricas como en los procesos de externación de mujeres, se sostiene en un discurso basado en los Derechos Humanos, lo que llevaría a promover la autonomía y autodeterminación de las personas, sin embargo, sus acciones o prácticas continúan en cierta forma encuadradas en modelos de salud acotados, tutelares y paternalistas, restringiendo así el acceso y el ejercicio de los derechos”.

- “Las prácticas que realizan los y las profesionales del trabajo social con las mujeres, tanto internadas como externadas de las instituciones psiquiátricas, se sostienen en un modelo institucionalizado que desconoce las desigualdades de género”.
- “Las intervenciones que realizan los/las profesionales del trabajo social, muchas veces reproducen las concepciones de salud hegemónicas, si bien los cambios de paradigmas resultan evidentes, las prácticas continúan enmarcadas en modelos tutelares, curativos, pragmáticos y a-históricos”.

Luego de haber realizado el análisis de los datos recolectados a partir de las entrevistas y observaciones participantes, tanto dentro como fuera de la institución, con profesionales del trabajo social y mujeres externadas, hemos llegado a las siguientes conclusiones.

Primeramente descubrimos que desde la Institución Montes de Oca, se despliegan discursos reconocedores de Derechos posicionándola hoy como modelo de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, tanto a nivel nacional como internacional, pero que en la realidad no encuentra demasiados puntos de encuentros con dichos discursos; es decir que, aún, las prácticas que se llevan a cabo dentro de la Colonia, están guiadas por la lógica manicomial, desde su estructura edilicia (más allá de las reformas realizadas), hasta las relaciones que se desarrollan allí dentro. Las personas institucionalizadas siguen sufriendo las consecuencias de tratos inhumanos, condiciones precarias por falta de recursos, control, vigilancia, medicalización, violencia, etc.

A partir de nuestras entrevistas y observaciones, podemos concluir en que la institucionalización despoja a las personas de todos sus derechos, desde la identidad, hasta el poder decidir sobre las cuestiones más simples de su existencia: horarios, vestimentas, vínculos, intimidad, privacidad, etc. Pero también poco a poco los va convirtiendo en objetos que terminan siendo parte de la estructura misma del manicomio.

Desde los discursos se sostiene la transformación de la institución en un dispositivo de rehabilitación, lo cual sugiere que las puertas de la misma se abrirán, que

los muros caerán...nada de eso sucede; el puesto de vigilancia en la portada permanece intacto, las personas deambulan en silencio, todas iguales, la misma ropa (si es que están vestidas), zapatillas marcadas, algunas con efectos de medicamentos (sin control salival, ni del resto de las funciones corporales); olor, suciedad, baños y habitaciones compartidos, trabajadores/as que ejercen violencia de todo tipo contra las personas internadas las cuales no pueden defenderse, no tienen cómo, sus habilidades sociales desaparecieron, su autonomía se la llevó el viento (o algún mecanismo disciplinador). Cuando escuchamos los discursos, esperamos ingresar a un hospital, en donde las personas sean libres, entren y salgan cuando lo deseen, pero tampoco es así, ellas no pueden salir, y nosotras tampoco podemos entrar (o salir) tan fácilmente, porque para hacerlo hay que sobrevivir a las requisas del puesto de vigilancia.

Entonces, decimos que, a partir de la institucionalización se genera un proceso gradual de pérdida de derechos. Al ingresar una persona en una institución psiquiátrica, automáticamente pierde su capacidad jurídica, ya que se la rotula judicialmente como “insana”, pero este estigma lo llevará consigo más allá de poder recuperar la libertad. Lo cual se relaciona con las contradicciones existentes respecto de los marcos legales. El código civil (el cual dejará de regir en el año 2016), entra en contradicción con la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, lo que hace que el destino de las personas judicializadas quede en manos de la voluntad de sus representantes, quienes pueden optar por actuar según lo prescribe la Ley 26.657, o por el contrario, lo establecido en el Código Civil; las acciones resultantes de una y otro serán totalmente opuestas. Las personas que tengan representantes comprometidos/as con los derechos podrán acceder a ellos, o gozar de los “beneficios” que les sean otorgados según sus demandas; por el contrario las personas cuyos representantes prioricen la figura de “insanía” y actúen en consecuencia, verán inhabilitadas sus decisiones o demandas.

Lamentablemente la mayoría de las veces nos encontramos con representantes que actúan guiados/as por modelos tutelares, presuponiendo una “enfermedad”, un diagnóstico, antes que una persona sujeta de derechos, con capacidad de decisión sobre su vida.

Estamos convencidas que al perder el acceso de uno de sus derechos, indefectiblemente irá perdiendo el resto. Es decir, la persona que no tiene la posibilidad de poder elegir qué ropa usar, cuándo comer, qué comer, cuándo bañarse, cómo prefiere que la nombren, tampoco puede gozar de su identidad, su individualidad desaparece poco a poco, la autonomía se ve debilitada frente a ello; al no poder decidir cuándo y

cómo relacionarse con las personas que desee, tampoco puede gozar de independencia, ni de privacidad; al no poder contar con nada que le pertenezca; al no poder mirarse al espejo, al verse vestida de la misma manera que el resto, tampoco puede diferenciarse ni sentirse única; Al no tener capacidad jurídica y que otra persona decida por ella, termina por no sentirse (ni ser considerada) una persona.

La propia existencia, sus historias, sus cuerpos, sus subjetividades y sus particularidades, quedaron suprimidas, a disposición de la estructura manicomial, esclavizadas en los diagnósticos y tratamientos impuestos. El médico, por su lado, con un poder (aún hoy) indiscutible argumenta sus diagnósticos de enfermedad con una pretensión de objetividad haciendo alusión a los supuestos de “alienación y peligrosidad”, razón suficiente para la exclusión y despojo de los derechos.

Dentro de la institución las mujeres son vulneradas de múltiples formas, las violencias ejercidas sobre sus cuerpos son degradantes y humillantes. Se las somete a prácticas sexuales prostituyentes para que puedan conseguir beneficios y frente a estos hechos los/las profesionales actúan con indiferencia y silencio, lo cual comporta una contradicción con los códigos de ética profesionales y los marcos legales que deben proteger a las personas ante cualquier hecho de violencia.

Por todo lo antes dicho, consideramos que la Institución sobre la cual basamos nuestro estudio, no cumple con lo establecido en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, por el contrario, sus prácticas siguen estando guiadas por la lógica manicomial, los dispositivos que de ella se desprenden no logran independizarse, lo cual hace que se transformen en “mini-colonias” reproduciendo las mismas prácticas en su interior.

El poder ejercido desde la cúpula institucional, hace que la independencia necesaria para que los dispositivos funcionen como verdaderos procesos de desmanicomialización, no pueda lograrse efectivamente, exponiendo a las personas, una vez más, a situaciones de vulnerabilidad.

Podemos asegurar que los procesos de externación llevados a cabo dentro de la comunidad restituyen los derechos de las personas, más allá de sus dificultades; al no estar sometidas a las reglas de una institución, excluidas detrás de los muros, estigmatizadas como “peligrosas”, “locas” o “enfermas”, con el sólo hecho de que puedan vivir en libertad ya han recuperado derechos. Sin embargo, para poder restituir los restantes es necesaria una decisión política que garantice los recursos y apoyos necesarios; promover en las personas el fortalecimiento máximo de su autonomía y

autodeterminación; restituir su capacidad jurídica para no someterlas nunca más a decisiones arbitrarias de ninguna institución, ni a prácticas ejercidas por lógicas manicomiales. Creemos que para cumplir esos objetivos aún resta mucho camino por andar, las condiciones para hacerlo pueden generarse, los espacios construirse, y de esa forma la dignidad de las personas recuperarse.

En cuanto a los roles y funciones de los/las profesionales del Trabajo Social dentro del ámbito de la salud mental, hemos podido confirmar nuestras anticipaciones de sentido, tanto respecto de las contradicciones entre discursos y prácticas, cómo de sus modos de intervenir en cuanto a las personas según el género.

Por un lado hemos podido visualizar que los discursos de las personas entrevistadas, en su mayoría enuncian la existencia de derechos, pero en el caso de las trabajadoras sociales que desempeñan sus funciones exclusivamente dentro de los pabellones, o aquellas que lo hacen en dispositivos con una mayor dependencia de la institución, son las que durante el desarrollo de sus enunciaciones dejan en evidencia una postura tutelar respecto de las personas con las cuales trabajan, sin realizar ningún tipo de reflexión crítica en cuanto a los obstáculos institucionales, por el contrario, los naturalizan. Es por ello que afirmamos que en esos casos se ejercen prácticas subordinadas a las demandas de la institución o de otras profesiones. Las profesionales de trabajo social llevan a cabo abordajes mecanicistas y pragmáticos, limitando sus funciones a lo administrativo-burocrático, naturalizando y legitimando las relaciones de poder instituidas dentro del ámbito en el cual se desarrollan. De este modo las trabajadoras sociales de la institución, continúan siendo las representantes de los procesos de reproducción de la lógica de control y dominación de los cuerpos.

En cambio las profesionales que desempeñan sus funciones en casas de externación con una mayor independencia institucional, más allá de trabajar también dentro de los pabellones, sostienen discursos reconocedores de derechos, pero manteniendo una mirada crítica y reflexiva tanto de sus prácticas como de los obstáculos que se desprenden de lo institucional. Así es que sus prácticas comprenden una mayor autonomía respecto de las demandas de la institución, estas experiencias son las que pudieron construir espacios de ejercicio profesional interdisciplinario para lograr objetivos colectivos, efectivizar derechos y velar por el cumplimiento de las leyes que los garantizan.

Queremos destacar que estos casos de externación, de los que hablamos, si bien han podido demostrar que es posible una forma diferente de abordaje respecto a la salud mental (como lo hemos desarrollado en el Capítulo 6), son los que han sido finalmente avasallados por la institución, transformando la experiencia de autonomía y emancipación, en una de re-manicomialización.

Por otro lado, hemos revelado que los/las profesionales de Trabajo Social en el ámbito sanitario, no tienen en cuenta las construcciones sociales de género, sino que, tanto en sus discursos como en sus prácticas, reproducen los estereotipos profundamente anclados en las bases de nuestra sociedad, generando, mayores desigualdades entre varones y mujeres. No incluyen en sus intervenciones las particularidades que afectan a las mujeres naturalizando las problemáticas que derivan en sus malestares; en este sentido colaboran en la construcción y sostenimiento de diagnósticos médicos los cuales patologizan dichos malestares.

Tener intervenciones que dejen de lado la perspectiva de género, lleva a culpabilizar a las mujeres dejando de lado la responsabilidad de los agresores, en consecuencia las violencias pasan a ser invisibles; al patologizar a las mujeres, al rotularlas de “locas/enfermas” todo lo que digan o denuncien formará parte de ese diagnóstico; medicalizar a las mujeres por depresión, ansiedad, u otros, busca tapar los síntomas, por ende silenciar las manifestaciones del propio malestar, lo que debilitará su capacidad de denuncia frente a esas situaciones

Estas acciones acrílicas, sin mediaciones reflexivas frente a las construcciones sociales de estereotipos de género, que derivan en múltiples problemáticas debido a las desigualdades que generan, promueven y legitiman la continuidad del *status quo*; se mantiene de esta manera la naturalización e invisibilización de situaciones que tienen en el centro de la tormenta el sufrimiento que padecen las mujeres. En otras palabras, los/las profesionales del trabajo social en ámbitos de salud mental sólo tienen en cuenta la diferenciación entre los géneros para reproducir, ó generar, aún mayores desigualdades.

Durante el desarrollo de nuestro trabajo hemos manifestado múltiples hechos de violencias que sufren las mujeres, los cuales influyen en el sostenimiento y promoción de su salud mental, dejándolas en condiciones de vulnerabilidad. Las mujeres

continuamente estamos expuestas a hechos de violencias, en todos los ámbitos de la sociedad en los cuales nos desarrollamos, pero la violencia dentro de los hospitales psiquiátricos comporta una mayor gravedad, porque además de estar naturalizada, se invisibiliza, se esconde detrás de los muros del manicomio; las mujeres cotidianamente se someten a la violencia que el propio sistema ejerce sobre ellas, por “locas, por pobres...por mujeres”.

Las violencias que sufren las mujeres en contextos de encierro son múltiples, cómo ya hemos referido, algunas explícitas y otras sutiles violencias; ellas, olvidadas como personas y olvidadas en los estudios e investigaciones, sufren violencias imperceptibles urgentes de ser eliminadas.

Dentro de la institución hemos visualizado que se generan procesos de homogeneización, en donde cada una de las mujeres pierde su singularidad pasando a ser parte de una estructura que nos las diferencia, ni las particulariza; se las somete a las reglas/normas de la institución, que ordenan y organizan sus vidas. En el encierro no eligen su ropa, siendo esta común a todas, sin distinción, sin pertenencia. De esta manera poco a poco van perdiendo su identidad, dejan de ser nombradas, o lo hacen por el apellido, por número de pabellón, de cama, diagnóstico o número de historia clínica; la privacidad en este contexto es inexistente, duermen en grandes pabellones sin ventilación, las condiciones de higiene son precarias; se bañan todas juntas y en tiempos muy cortos.

Consideramos, frente a estas situaciones, que, tanto la institución como los/las profesionales, infringen las leyes, las cuales deben garantizar los derechos de las mujeres, convirtiéndose en cómplices de múltiples violencias que sufren las mismas: físicas, psicológicas, sexuales, y patrimonial/económica (recordemos que al estar institucionalizadas no cuentan con su capacidad jurídica, por lo cual una tercer persona administra sus bienes).

El estado debe actuar para modificar estas situaciones, velando por el cumplimiento de los derechos de las mujeres que han estado o están privadas de su libertad y se encuentran en una situación de vulnerabilidad alarmante frente al resto de la sociedad. Tanto la *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*; la *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belem do Para"* y la *Ley Nacional 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones*

interpersonales son elementos claves que deben ser utilizados para la construcción de políticas estructurales que se dirijan a eliminar estas situaciones, sobre todo para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las mujeres establecidos en el marco legal existente, tanto Nacional como Internacional.

Si bien nuestra investigación contó con el aporte de una muestra reducida de mujeres, lo cual podría implicar que no sea considerada relevante para inferir generalizaciones respecto de los procesos que se llevan a cabo desde la institución estudiada; creemos que al tratar de personas, si una sola de ellas sufre vulneración de sus derechos dentro de cualquier institución, es evidencia suficiente para decir que no se adapta al marco legal existente; es decir, no cumple con las leyes que protegen a todas las personas por igual sin discriminación alguna.

En síntesis, en el ámbito de la salud mental, los roles y funciones de los/as profesionales del Trabajo Social, se encuentran subordinados a las demandas y decisiones de las instituciones donde se desempeñan, convirtiéndose en operadores/ejecutores de prácticas pragmáticas, repetitivas, en su gran mayoría burocráticas y asistencialistas. Sus intervenciones no comprenden una reflexión crítica lo que lleva a un tecnicismo de la profesión. En este sentido actúan legitimando el sistema de control social que despliegan las instituciones psiquiátricas, guiándose por un concepto de salud tradicional, abordando las consecuencias o síntomas de las “patologías” impuestas a las personas con las cuales trabaja en desmedro de procesos de promoción y fortalecimiento de la Salud Mental, de esta forma también se obstaculiza el reconocimiento y acceso a los derechos.

El trabajo social como profesión se encuentra hoy, a través de sus intervenciones, generando y profundizando las desigualdades de las personas, tanto por subordinar sus decisiones a las de la institución o de otras profesiones, como por no comprender en sus abordajes una diferenciación sobre componentes esencialmente importantes como lo son las construcciones de género socialmente impuestas que legitiman aún más dichas desigualdades.

PROPUESTAS PARA EL TRABAJO SOCIAL

A lo largo de nuestro trabajo hemos hecho referencia que al hablar de procesos de Salud Mental, hablamos de procesos en los que están en juego los Derechos de todas las personas; frente a lo cual se hace imprescindible que los y las profesionales asuman un papel y una función protagónica e instituyente, generando rupturas con los mecanismos instituidos de control social, dirigiéndose de esta forma a transformar la actual vulneración de Derechos dentro de las instituciones psiquiátricas, en una efectiva titularidad, acceso, protección y goce de los mismos por parte de todas las personas con las cuales trabajamos. Es por ello que nos permitimos exponer una serie de desafíos y propuestas para los y las profesionales que desempeñen sus funciones en estos ámbitos, no siendo excluyente para otros campos de acción.

Creemos que uno de los desafíos que debemos enfrentar como profesionales es el de convertir el obstáculo institucional, en un recurso a nuestro favor. Hemos podido visualizar que las profesionales que reconocen las dificultades impuestas a nivel institucional o desde otras profesiones, han podido generar nuevos espacios de actuación para poder superarlas, lo cual ha favorecido la construcción de estrategias y prácticas autónomas, tanto dentro como fuera de los límites del hospital.

Como trabajadoras/es sociales, tenemos el compromiso ético y político de que nuestros abordajes comprendan las particularidades de las personas con las cuales trabajamos, sin dejar de lado sus intereses y necesidades, de esa forma podremos lograr procesos de fortalecimiento de autonomía y autodeterminación de cada una de ellas.

Respecto a las intervenciones, también es imprescindible que podamos hacerlas desde una perspectiva de género, de esa forma podremos desnaturalizar las construcciones sociales que generan las desigualdades entre varones y mujeres, dejando del lado más vulnerable a las últimas; es por ello que al darle visibilidad a las particularidades, a la historia de vida y representaciones de sus propias vivencias, tendremos la posibilidad de comprender las construcciones que han dado sentido a las problemáticas. Más aún, tratándose de la Salud Mental de las mujeres, las que por mucho tiempo han sido estigmatizadas como “locas por naturaleza”, es esencial que podamos tener en cuenta una mirada crítica y reflexiva frente a sus malestares. Creemos que de esa manera se pueden

generar nuevas alternativas para enfrentar las desigualdades socialmente instituidas, promoviendo procesos de salud mental más equitativos.

Entendemos que se puede lograr la emancipación de las personas, si se tienen en cuenta sus particularidades, subjetividades e intereses, para ello debemos trabajar en conjunto, sin dejar de lado sus propias decisiones. En este sentido también es importante que los abordajes se realicen en forma interdisciplinaria, no podremos actuar en lo social teniendo una visión acotada de las problemáticas que enfrentamos, la realidad es compleja, por ende nuestras intervenciones deben partir desde allí. Conformar equipos de trabajo, nos brindará la posibilidad de construir objetivos estratégicos con una mayor amplitud, pudiendo llevarlos a cabo de forma colectiva, sin correr el riesgo de sobrecargarnos de funciones olvidando nuestras competencias y nuestra ética profesional.

Respecto a los procesos alternativos llevados a cabo para la eliminación de las instituciones totales, creemos que es indispensable abrir espacios, generar movimiento a nivel de la sociedad en general, promoviendo la participación e inclusión en todos los ámbitos de la misma; es decir, construir espacios comunes dirigidos a todas las personas, teniendo como objetivo la eliminación de estigmas, prejuicios y exclusiones que dividen a la sociedad (entre otras cosas) en personas “sanas y enfermas”.

En otras palabras, nuestras estrategias de acción deben estar guiadas por la finalidad: por un lado de concretar y promover acciones para afianzar los procesos de construcción y reconstrucción de ciudadanía, que distinga entre sujetos y sujetas de derechos, que puedan ser efectivizados dentro del campo de producción y reproducción de las relaciones sociales; por otro lado de generar rupturas en lo instituido, transformando la lógica de control social en una de emancipación y restitución de derechos.

Creemos que las condiciones para llevar a cabo intervenciones instituyentes pueden generarse; si bien es necesaria una decisión política para poder efectivizar con mayores recursos los procesos de emancipación, estamos convencidas que nuestro lugar como profesionales es esencial para promover los procesos de restitución y garantía real de los derechos de todas las personas con las cuales trabajamos, porque ese es el objetivo general de nuestra profesión, el cual no debemos olvidar a pesar de las dificultades y obstáculos que se nos presenten.

INDICE

INTRODUCCIÓN	3
PARTE I	9
Capítulo 1	9
Género y Salud Mental	9
1. Mujeres y Género	10
1.2 Breve reseña sobre los Estudios de la Mujer y de Género:	11
1.3 Un punto de vista: La perspectiva de género.....	13
1.4 La legitimación de las relaciones de poder desiguales entre los géneros a partir de la medicina:.....	15
1.5 La importancia de incorporar la Perspectiva de Género en la Atención de la Salud.....	17
1.6 Aproximaciones al concepto de Salud.....	19
1.6.1 Evolución histórica:	19
1.7 Consideraciones sobre Salud Mental:	22
1.7.2 Malestar psíquico	24
1.8 La psiquiatría, su hegemonía y evolución frente a los problemas de salud mental:	25
1.9 Atención de las Mujeres en Salud Mental.....	31
Capítulo 2	40
Trabajo Social y Salud Mental	40
2. Trabajo Social	40
2.1 Profesionalización del Trabajo Social: Breve reseña	40
2.2 En busca de la “Especificidad”:	44
2.3 La intervención social cómo proceso:	46
2.4 Trabajo Social y Salud Mental:	48
2.4.1 La intervención del Trabajo Social en Instituciones Psiquiátricas:	48
2.4.2 Modelo Tutelar y Modelo Social en Salud Mental:.....	53
2.5 Trabajo Social e Interdisciplina:.....	54
2.5.1 Equipos interdisciplinarios:	54
2.5.2 Trabajo Social, Interdisciplina y Salud Mental:	57
Capítulo 3	59
Del “Manicomio” a las reformas de Salud Mental	59
3. Reseña Histórica del Manicomio en nuestro País.....	59
3.1 Características de las Instituciones Psiquiátricas:	60
3.2 Primeros Asilos en Argentina	61
3.2.1 “Asilo Colonia Regional Mixto para Retardados”.....	63
3.3 El rol de la Psiquiatría:.....	65
3.4 Nuevas Alternativas :	68
3.4.1 Experiencias en la Provincia de Río Negro:.....	70
3.4.2 Experiencia en la Provincia de San Luis.....	72
3.5 Transformaciones en la “Colonia Montes de Oca”	74
Capítulo 4	76
La Salud Mental Como Derecho	76
4.1 Breve Reseña Histórica:.....	77
4.2 Protección Internacional de la Discapacidad:.....	80
4.2.1 Sistema Interamericano de Derechos Humanos	81
4.2.2 Convención Internacional Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. ...	82
4.2.3 Protección de las Personas con Discapacidad en el Derecho Argentino.	84
4.3 Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657	85
4.3.1 Órgano de Revisión:.....	88
4.4 Reformas en el Código Civil.....	89
4.5 Las Mujeres en el Derecho.....	91

4.5.1 Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (también conocida por sus siglas en inglés CEDAW).....	91
4.5.2 Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belem do Para".....	92
4.5.3 Ley Nacional 26.485: Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.....	93
PARTE II.....	96
Capítulo 5.....	96
ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	96
5.1 Criterios metodológicos utilizados:.....	99
5.2 Recolección de datos y trabajo de campo:	100
• Características de la Institución:.....	101
• Perfiles de las mujeres entrevistadas:	106
5.3 Categorías de Análisis.....	109
PARTE III.....	116
CAPÍTULO 6	116
ANÁLISIS DE CATEGORÍAS.....	116
6.1 Discursos y prácticas de los/as profesionales del Trabajo Social.....	116
6.1.1 Discursos que reconocen Derechos y Discursos Tutelares:.....	116
✓ Discursos Tutelares	117
✓ Discursos que reconocen derechos.....	119
6.1.2 Prácticas Autónomas y Prácticas Heterónomas.....	122
6.2 Procesos de institucionalización.....	132
Efectos de la institucionalización en la subjetividad	134
6.3 Procesos de externación	145
6.4 Perspectiva de Género.....	155
6.4.1 Abordajes diferenciales por género	155
6.4.2 Violencia hacia las mujeres.....	158
CONCLUSIONES.....	168
PROPUESTAS PARA EL TRABAJO SOCIAL.....	176
INDICE.....	178
BIBLIOGRAFÍA	180

BIBLIOGRAFÍA

- AMICO, Del Carmen Lucía. 2005. *La institucionalización de la locura. a intervención del trabajo social en alternativas de atención*. Editorial Espacio. Buenos Aires.
- ASTUDILLO PIZARRO, Francisco. 2010. *La entrevista cualitativa. Tácticas de campo: la importancia y rol del portero*. España.
- BASAGLIA, Franco. 1972. *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Barral Editores.
- BASAGLIA, Franco. *El manicomio liberado*. 2009. Revista Página 12 <http://www.pagina12.com.ar/imprimir/diario/psicologia/9-133467-2009-10-15.html>
- BURIN, Mabel - MONCARZ, Esther - VELÁZQUEZ, Susana. 1990. *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.
- CALLEGO GALLEGO, Javier. 2002. *Introducción a las técnicas de investigación social*. Editorial Universitaria Ramón Areces.
- CARBALLEDA, Alfredo. 2002. *La intervención en Lo Social, las Problemáticas Sociales Complejas y las Políticas Públicas*. http://portal.educacion.gov.ar/files/2013/10/adiccion_carballeda.pdf.
- CAZZANIGA, Susana. 2007. *Hilos y Nudos*. Editorial Espacio.
- CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES, *informes 2012, 2013 y 2014*.
- CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES. *Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Un informe sobre derechos humanos y salud mental en Argentina. 2008.
- CESARONI, Estela. MENDOZA, Fabiana. 2000. *La intervención del trabajo social en el ámbito de la salud mental*. Elaborado en el marco de desarrollo de experiencia profesional dentro del Sistema de Residencias de Trabajo Social, en la Provincia de Buenos Aires, dependiente del Ministerio de Salud Provincial. La práctica profesional fue desarrollada en el Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Alejandro Korn, durante los años 1995 y 1998. <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-016-035.pdf>.
- COHEN, Hugo. 1994. *La desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Editorial Lugar.
- CUSTO, Esther. 2008. *Salud mental y ciudadanía*. Editorial Espacio. Buenos Aires.
- DE LELLIS, Martín, ROSSETTO, Jorge. 2006. *Hacia la reformulación de las políticas públicas de salud mental y discapacidad intelectual*. En: de Lellis, Martín y cols. (Eds.). *Psicología y Políticas de Salud*. Buenos Aires: Paidós.

DE LELLIS, Martín. ROSSETTO, Jorge. *Cien años después: Transformaciones de una institución asilar en la República Argentina*. 2009. <http://www.ea-journal.com/art/Transformaciones-de-una-institucion-asilar-en-la-Republica-Argentina.pdf>.

DE LELLIS, Martín; ROSSETTO, Jorge, *La reinserción de personas con discapacidad en situación de pobreza*. Trabajo presentado en el Cuarto Congreso Nacional de Políticas Sociales, organizado por la Asociación Nacional de Políticas Sociales y realizado en la Universidad Nacional del Litoral. Ciudad de Santa Fe.

DIEGUEZ GÓMEZ, Antonio. 1998. *Construyendo la historia de la psiquiatría española*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas - Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

FALCONE, Rosa. 2008. *Breve historia de las Instituciones psiquiátricas en Argentina. Del Hospital cerrado al Hospital abierto*. Revista de Psicología. Universidad Nacional de Buenos Aires.

FERNANDEZ, Ana María (Compiladora); BURIN, Mabel. 1992. *Las mujeres en la imaginación colectiva*. Editorial Paidós.

FOUCAULT, Michel. 1970. *El orden del discurso*. Traducción de Alberto González Troyano Tusquets Editores, Buenos Aires, 1992.

FOUCAULT, Michel. 1975. *Vigilar y Castigar*. Siglo XXI Editores. Ed. 2002. Argentina.

GALEANO, Eduardo. 2004. *Bocas del tiempo*. Bocas del tiempo. — 1ra. ed.— Buenos Aires : Catálogos co-edición Siglo XXI Editores..

GALEANO, Eduardo. 2015. *Mujeres*. Siglo XXI Editores. Argentina.

GALENDE, Emiliano; KRAUT, Alfredo. 2006. *El Sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Editorial Lugar. Buenos Aires. Argentina.

GOFFMAN, Erving. 1980. *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*.- 1ed.3ra reimp.-Buenos Aires. Editorial Amorrortu. 2001.

HERNANDEZ PADILLA, María. Profesora Titular de Universidad (Universidad de Jaén, España). Artículo basado en la presentación realizada por la autora en el contexto de una estancia de investigación en la UNC y en el Panel debate: *Cambios Culturales necesarios para la erradicación de las violencias hacia las Mujeres*. Academia Nacional de Ciencias, Córdoba, Argentina. 11 de noviembre 2013. Organizado por el Programa Género SEU -UNC; PIEMG, CEA y Maestría de Comunicaciones, UNC.

- IAMAMOTO, Marilda. y otros. 2002. *Trabajo social y mundialización. Etiquetar desechables o promover inclusión VIII jornadas de Servicio Social*. Espacio Editorial. Bs. As.
- KRAUT, Alfredo. 2014. *La discapacidad mental es una cuestión de derechos humanos*. Revista Página 12. <http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-258509-2014-10-28.html>
- LOMBROSO, Césare; LOMBROSO FERRERO, Gina. 1927. *La donna delinquente la prostituta e la donna normale* - Torino : Bocca Editorial.
- LOMBROSO, Gina. 1920. *Alma de Mujer*. Ediciones Emecé. MONTAÑO, Carlos. 2000. *La naturaleza del servicio social. Un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción*. Editorial Cortez.
- NETTO, José Paulo. 1992. *Capitalismo Monopolista y Servicio Social*. Editora Cortez. 1992, Sao Pablo Brasil.
- PELLEGRINI, Jorge Luis. 1998. *El Hospital Psiquiátrico de San Luis Una experiencia de transformación institucional*. Artículo por Hector Label Presidente de ASIBA. <http://www.redsistemica.com.ar/label.htm>
- RODRÍGUEZ, Rosana Paula. 2004. *La medicalización del cuerpo femenino. debates éticos y políticos. El caso de la ligadura de trompas de Falopio en la provincia de Mendoza*.
- RODRIGUEZ, Rosana Paula. *Cuerpo y política. Palabras y silencios sobre experiencias de aborto. Testimonios de dos orillas*, Ed. Académica Española, Alemania, 2012.
- ROSSETTO, Jorge. y de LELLIS, Martín. 2007. *El proceso de reforma institucional: la experiencia de tres años de gestión en la Colonia Nacional Montes de Oca*. Revista Argentina de Psiquiatría Vertex, XVIII.
- ROSSI, Adriana. 2008. *Organizaciones públicas estatales y no estatales y práctica del trabajador social*. Revista de Trabajo Social – FCH – UNCPBA. Plaza Pública.
- SAEZ BUENAVENTURA, Carmen. 1979. *Mujer, locura y feminismo*. Editorial Dédalo, Madrid.
- SCOTT, Joan. 1990. *El género: una categoría útil para el análisis histórico*, en Nash, Mery y Amelang, James, S (coord.). *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*. Barcelona: Alfons el Magnanim.
- SOLITARIO, Romina; GARBUS, Pamela; STOLKINER, Alicia. “*Atención primaria de la salud e interdisciplina: Dos componentes claves para las reformas en Salud Mental*”. Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca. Vol.17. Número 3. Julio-

Septiembre 2007. STOLKINER, Alicia. *La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas*. Publicado en El Campo Psi. Abril 1999.

TAJER, Débora. 2012. *Género y Salud*. Editorial Lugar. Buenos Aires.

TAYLOR, S.J y BOGDAN, R. *Introducción a los métodos cualitativos*. Ediciones Paidós. 1ra Edición 1987.

VALLS-LLOBET, Carme. 2008. *Diagnóstico diferencial del dolor y de la fibromialgia*. Anuario de psicología vol. 39, nº 1, 87-92. Barcelona.

VELASCO ARIAS, Sara. 2006. *Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres*. Edita: Instituto de la Mujer Secretaría General de Políticas de Igualdad Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

WAGNER, Marisa. 2007. *Los Montes de la Loca*. Ediciones baobab. Cultura activa. Fondo de estímulo a las artes.

YANES BETHENCOURT, Aleyda. 2012. *La Psicopatologización de lo femenino. Aproximación a los estereotipos de género en trabajadoras y trabajadores de la salud de Mendoza*. Trabajo de Investigación de Master Oficial en Estudios de Mujeres, Género y ciudadanía.

Declaraciones y Leyes:

- Asamblea General de las Naciones Unidas 1982.
- Asamblea General de las Naciones Unidas 1991.
- Código Civil Argentino.
- Constitución Nacional
- Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de violencia contra las Personas con Discapacidad de 1999.
- Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las personas con Discapacidad del 2000.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la mujer. “Convención Belem Do Para”. 1994.
- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad Año 2008.
- Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer. 1976.
- Declaración de los Derechos de los Impedidos de 1975.
- Declaración del Deficiente Mental de 1971.

- Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Año 2010.
- Ley Nacional N°26.485. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Año 2009.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.