



**Universidad Nacional de Lanús
Departamento de Salud Comunitaria
Doctorado en Salud Mental Comunitaria**

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD MENTAL

**Centro Cultural Camino Abierto: una experiencia de desmanicomialización en
un hospital general de la provincia de Río Negro (Argentina)**

Tesis para optar por el título de
Doctora en Salud Mental Comunitaria

Doctoranda
Lic. Mirta Susana Elvira

Directora de tesis
Dra. Graciela Natella

Co-directora de tesis
Dra. Patricia Dreidemie

Bariloche, Provincia de Río Negro, Argentina

Mayo de 2020

RESUMEN

El objetivo general de la presente tesis es describir y analizar los modos de participación comunitaria en un centro cultural abierto a la comunidad y si tal participación favorece la inclusión social de las personas con padecimiento mental y mejora sus condiciones de vida. El caso de estudio lo constituye el Centro Cultural *Camino Abierto*, dependiente del Hospital Zonal de Bariloche, un hospital general con internación de todo tipo de problemáticas de salud mental. El dispositivo es parte de los servicios comunitarios del sistema de salud mental de Río Negro, provincia que sustituyó el manicomio provincial por una red de servicios basada en la comunidad. A partir de una aproximación cualitativa etnográfica estudiamos cómo se desarrolla la participación comunitaria en *Camino Abierto*, entendiéndola como el proceso en virtud del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y al comunitario. También analizamos cómo se establecen y qué características poseen los vínculos interpersonales entre usuarios, trabajadores y vecinos; y cómo son las intervenciones comunitarias realizadas desde el Centro, los procesos de sensibilización comunitaria, y las eventuales recomposiciones en las representaciones que los vecinos tienen de las personas usuarias. Esto, porque *Camino Abierto* parece haber conformado un espacio de producción de transformaciones tanto en el entorno como en las personas usuarias del servicio, quienes fueron modulando sus roles gracias a la participación comunitaria en una diversidad de actividades. La investigación empírica en la que se basó la tesis ha demostrado, en este sentido, que la experiencia fue posible gracias a las ya superadas tres décadas de vigencia de la reforma del sistema de salud mental en la provincia de Río Negro, y a la existencia de la ley de desmanicomialización que modificó el contexto de trabajo.

Palabras clave

Participación comunitaria, salud mental comunitaria, desmanicomialización.

ABSTRACT

The general purpose of this thesis is to describe and analyze the ways of community participation in an open cultural center to the community and if that participation favors the social inclusion of people with mental illness and improves their living

conditions. The case study is determined by *Camino Abierto* Cultural Center, dependent on the Zonal Hospital of Bariloche, a general hospital with hospitalization of all kinds of mental health problems. The device is part of the community services of the mental health system from Río Negro, a province that replaced the provincial asylum for a network service based on the community. From one qualitative ethnographic approach we study how community participation develops in *Camino Abierto*, understanding it as the process by which individuals and families assume responsibilities for their health and well-being and those of the community, and improve the ability to contribute to their own and community development. We also analyze how they are established and what characteristics they have interpersonal links between users, workers and neighbors; and how are the community interventions carried out from the Center, community awareness processes, and eventual recompositions in the representations that the neighbors have of the users. This, because *Camino Abierto* seems to have formed a space for the production of transformations both in the environment as well as the users of the service, who were modulating their roles thanks to community participation in a diversity of activities. The empirical research on which the thesis was based has shown, in this sense, that the experience was possible thanks to the overcoming three decades of validity of the mental health system reform in the province of Río Negro, and the existence of the demanicomialization law that modified the work context.

Keywords

Community participation, community mental health, demanicomialization.

Dedicado a...

Mariano, Manuel, Helena y Candela

Y a todas las personas que son parte del Centro Cultural *Camino Abierto*

Agradecimientos

A mi directora de tesis, doctora Graciela Natella, por su pasión y generosidad para guiarme y acompañarme en este trabajo a lo largo de estos años y por sus invaluable aportes en mi formación como profesional e investigadora.

A mi co-directora de tesis, doctora Patricia Dreidemie, por la confianza depositada en este trabajo y por ser mi fiel guía metodológica.

A la doctora Noemí Murekian por la agudeza con la que me ha leído y orientado.

A mi gran compañera de trabajo y amiga Patricia Franco por los momentos, aprendizajes y emociones compartidas.

A las personas participantes y entrevistadas en este estudio por la cordialidad, sus tiempos y palabras, así como a todas las personas que me facilitaron el acceso a la información.

A la Universidad Nacional de Lanús y a su cuerpo docente, al Hospital Zonal de Bariloche y al Ministerio de Salud de Río Negro por permitirme realizar esta investigación.

A Mariano, por el amor y la alegría de compartir la vida cotidiana con nuestros tres amorosos hijos.

A mi hijo Manuel y a mis hijas Helena y Candela, por el amor que me brindan siempre y por vivenciar conmigo el camino de la desmanicomialización, por sus aportes, miradas, preguntas, inquietudes y descubrimientos.

A mi familia en general por formar parte de los encuentros y viajes para realizar el doctorado, y por todas las historias familiares compartidas, por el humor, la música, los olores, los recuerdos de Nelly, Jorge, Pascuita, Francisco, María y Esteban. Ellos fueron mis primeros maestros en la vida, en generar confianza en los vínculos, en cultivar la amistad, la solidaridad, en observar la naturaleza, los animales, la cocina, el baile, la música. Gracias Pichi, Carlitos, Mariano, Martín, Barby, Gaby, Maylén, Joan, Ema, Sofy, July, Bastian, Fernando, Julián, Nene, Soledad y Cayetana.

A todos los maestros que me formaron a lo largo de la vida, Nilda Somma en piano, Alfredo Palacios y José Scalersio en psicoanálisis, Carmelo Saitta en música, José Martínez Suárez en cine, Fabiana González en canto, Jorge Vallazza en política, Hu-

go Cohen y Pepe Schiappa Piettra en desmanicomialización, Emiliano Galende y Alicia Stolkiner en salud mental comunitaria.

A mis compañeros de ruta en la salud mental Diana Jerez, Vanda Ianosky y todo el equipo de salud mental de la provincia de Río Negro.

A dos grandes pilares de la salud, Felipe de Rosas y María Marta Puga, por todo el apoyo y el trabajo compartido en todos estos años.

A todos los/as trabajadores/as de *Camino Abierto* por la entrega y compromiso con el que participaron abiertamente en este estudio.

A todos y cada uno de los/as usuarios/as de *Camino Abierto* que hicieron posible este recorrido un especial agradecimiento, gracias infinitas por la confianza depositada en mi persona, por entregar cada una de las producciones individuales y colectivas, por las fotos, los videos, y por los momentos compartidos y el afecto que me brindaron.

A los vecinos del barrio Ñireco por participar y vivenciar la lucha contra el estigma, por darle sentido real a la participación comunitaria.

A Pamela, Alejandra y la Red Comunitaria Bariloche por darme siempre una mano.

A mis amigas y amigos del alma por el amor recibido en todos estos años.

A vos, Alicia Artal, que siempre desde algún lugar me ayudaste y me ayudás a entender los misterios de esta vida y a disfrutarla en cada momento.

ÍNDICE

Introducción	
NARRATIVA DE UNA ELECCIÓN	9
 Capítulo 1	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.1. Fundamentación e historización del problema	16
1.2. La reforma rionegrina	19
 Capítulo 2	
MARCO TEÓRICO	25
2.1. Marco internacional	26
2.2. La participación comunitaria	29
2.3. El nuevo modelo de atención	34
 Capítulo 3	
EL CENTRO CULTURAL CAMINO ABIERTO	43
3.1. Los comienzos	43
3.2. La concreción	45
3.3. Un primer año con hechos destacados	47
3.4. La vigencia continúa	49
3.5. Más allá de nuestro país	50
 Capítulo 4	
CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO	51
4.1. El Centro y su ciudad	51
4.2. Datos sociodemográficos de los/as usuarios/as	52
4.3. Organización del Centro	53
4.4. Las relaciones con otras experiencias	54
 Capítulo 5	
ESTRATEGIA METODOLÓGICA	57
5.1. Trabajo de campo y análisis de los resultados	59
5.2. Descripción de la muestra	61
5.2.1. Usuarios/as	61
5.2.2. Trabajadores/as y referentes	62
5.2.3. Vecinos/as	66
 Capítulo 6	
ANÁLISIS DE LO OBSERVADO: ACTORES	69
6.1. Usuarios/as de servicios de salud mental	69
6.2. Trabajadores/as y operadores/as de salud mental	72

6.3. Comunidad	80
Capítulo 7	
ANÁLISIS DE LO OBSERVADO: EJES TEMÁTICOS	87
7.1. Trama vincular	89
7.1.1. La perspectiva de los/as usuarios/as	90
7.1.2. La perspectiva de los/as trabajadores/as	97
7.2. Actividades en el Centro Cultural	106
7.2.1. La perspectiva de los/as usuarios/as	107
7.2.2. La perspectiva los/as trabajadores/as	109
7.3. Contexto-participación comunitaria	127
7.3.1. La perspectiva de los/as usuarios/as	127
7.3.2. La perspectiva los/as trabajadores/as	130
7.4. Tensiones y desacuerdos	140
7.4.1. El estigma de tener un padecimiento mental	140
7.4. 2. El peso del modelo hegemónico	150
7.4.3. Comienzos difíciles	151
7.4.4. Comunidad: de la oposición al acompañamiento	153
Conclusión	
LA LEYENDA CONTINÚA	157
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	163
ANEXOS	
Anexo 1. Logo de <i>Camino Abierto</i>	174
Anexo 2. Actividades del Centro Cultural <i>Camino Abierto</i>	175
Anexo 3. Imágenes	176
Anexo 4. Organigrama del Centro Cultural <i>Camino Abierto</i>	188
Anexo 5. Misiones y funciones centro socio-comunitario	189
Anexo 6. Modelos de entrevistas abiertas semiestructuradas	194
Anexo 7. Modelo de consentimiento informado	195
Anexo 8. Transcripciones de entrevistas a usuarios/as	196
Anexo 9. Transcripciones de entrevistas a trabajadores/as y referentes	216
Anexo 10. Transcripciones de entrevistas a vecinos/as	267
Anexo 11. Escritos de usuarios/as del taller de literatura	282

Introducción

NARRATIVA DE UNA ELECCIÓN

Creo que se piensa más sanamente cuando las ideas surgen del contacto directo con las cosas que cuando se miran las cosas con el fin de encontrar tal o cual idea.

Vincent van Gogh, *Cartas a Theo*.

La investigación que dio lugar a la tesis que aquí se presenta describe analiza críticamente la relación entre la participación comunitaria en un centro cultural abierto a la comunidad, dependiente del área de salud mental de un hospital público, y la inclusión social de las personas con padecimiento mental, el mejoramiento de sus condiciones de vida, y las formas en que opera tal relación, en una provincia donde la reforma en el campo de salud mental cuenta con más de 30 años y dio origen a la llamada “Ley de Desmanicomialización”.

La elección del tema de la participación comunitaria vinculado a la salud mental se ancla en una base de motivación personal y profesional.

Mientras cursaba la carrera de Psicología en la Universidad de Buenos Aires, tuve la oportunidad de participar, en diciembre de 1986 en el Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José Tiburcio Borda, del III Encuentro de la Red Latinoamericana de Alternativas a la Psiquiatría. Cabe destacar que la formación académica en esos años era de corte netamente psicoanalítico, con el que yo siempre me sentí muy identificada, pero la participación en el encuentro y la cercanía de personas conocidas como “locas” o “enfermas mentales” representó un gran impacto y me llevó a realizarme preguntas en relación con la salud mental en un sentido más amplio. ¿Qué pasa con las personas que están internadas por años?, ¿qué ocurre con la salud mental de la población en general?, ¿por qué están en estas condiciones tan paupérrimas y desconectados de sus lazos familiares y sociales?, ¿cuál es el rol de los/as trabajadores/as de la salud en relación con el sufrimiento mental?, ¿qué es un tratamiento?

La experiencia que definió el rumbo

Estos interrogantes motorizaron el contacto con referentes de la salud mental que conocí en ese congreso. Entre ellos, con Alfredo Moffatt, psicólogo social de la escuela de Pichon Riviere, que en una charla propuso la creación de *El Bancadero*.

Concebido inicialmente como cooperativa de ayuda psicológica, su creación tuvo lugar en 1982, a fines de la Dictadura Militar, en una sociedad fragmentada y en tránsito hacia la democracia¹.

Al mismo tiempo, Moffatt invitó armar un grupo interdisciplinario para ir al Borda los sábados a realizar tareas con los internos. Así nació *Cooperanza*, un espacio que por primera vez me permitió tomar contacto con las personas internadas desde otro lugar. El primer día la convocatoria fue el aroma: con un elástico de cama viejo que ofició de parrilla comenzamos a preparar unos choripanes y al rato estábamos intercambiando canciones, poesías, pinturas, lecturas y charlas con gente que no conocíamos, que estaba desdentada, sucia, abandonada por años.

Desde entonces, cada sábado íbamos con nuestra bandera de *Cooperanza*, la atábamos a dos árboles de algún lugar del gran parque del Borda y nos reuníamos con los internos, que se acercaban desde lo más humano que alguien puede conectarse con otro, con respeto, con esperanza y, por cierto, con mucho pedido de cigarrillos (solíamos comprar cada uno/a de nosotros/as una caja de cigarrillos Achalay para compartir). Esa relación planteada como par me impresionó mucho, y digo “par” porque como quien descubre un tesoro encontramos personas con infinitas capacidades dormidas que habían sido medicadas, electrocutadas, deshumanizadas. Esa gente, encerrada por años, había perdido no sólo la dignidad, la sonrisa, la mirada, sino también en muchos casos el habla.

No es la intención de este estudio profundizar en cada uno de los casos que pudimos ver florecer, sino más bien marcar un punto de anclaje de mi interés personal por observar cómo mecanismos de participación grupal con herramientas artísticas y deportivas rescatan capacidades en personas que han sufrido algún tipo de crisis en su vida y que en muchos casos han quedado fijados en un estado de abandono, exclusión y estigma. También, remarcar que esa tarea la realizaba un equipo muy variado, interdisciplinario, formado por artistas, profesionales de la salud, acompañantes terapéuticos y gente de la comunidad que se iba sumando.

Al finalizar la jornada íbamos a *El Bancadero* donde, mate de por medio, se generaba una charla sobre lo vivido en el Borda. Este momento grupal era muy necesario, no sólo por ser un espacio de catarsis por el impacto de lo vivido en el psiquiá-

¹ *El Bancadero*, Asociación Mutual de Asistencia Psicológica, está orientado a la asistencia grupal e individual de adolescentes, adultos y tercera edad, además de la asistencia a familias y parejas. Datos en: <http://www.elbancadero.com.ar/index.html>.

trico sino también porque era el momento de reflexión y de escucha. Desde que armábamos el *Cooperanza*, por la mañana, hasta ese momento de cierre, se percibía el cuidado. Escuchar, cuidar, respetar, compartir, pensar, comunicar, vivenciar, asistir, no eran simplemente verbos: fueron la labor de un entretejido social a través de los lazos que se formaron en el grupo de trabajo, y entre el grupo y los internos.

La experiencia fue excepcional, pero sólo posible dentro de un psiquiátrico y con algunas personas. No era posible extenderla al resto de la población con padecimiento mental dado que no existía en ese momento una legislación nacional que lo habilitara. Las actividades que realizábamos en el Hospital Borda no tenían estatus de política institucional ni de Estado. La falta de legislación y de políticas acordes a los estándares internacionales no nos permitió llegar a toda la población que estaba internada, encerrada y con derechos vulnerados, que en muchos casos los llevaba a la muerte (CELS, 2007; Órgano de Revisión Ley 26.657, 2014). Fue justamente esta limitación de trabajar en un hospital psiquiátrico, en donde por definición se vulneran los derechos de las personas internadas, lo que me impulsó a continuar mi camino hacia otras formas de abordar la problemática.

La desmanicomialización rionegrina

La provincia de Río Negro fue pionera en el cambio de paradigma en la atención y promoción de la salud mental y en particular en la integración de las personas con padecimiento mental, a partir del desarrollo de un sistema inclusivo y la promulgación de una ley de salud mental que se basó en el respeto por los derechos humanos de las personas. Dicha reforma se inició con el retorno de la democracia y fue sancionada como *Ley de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental* N° 2440, conocida como “Ley de Desmanicomialización”, en 1991.

Cabe destacar que cuando se comenzó a trabajar en la perspectiva de la salud mental, no se contaba con los antecedentes vinculados a la inclusión social, perspectiva de derechos y desarrollo de la participación comunitaria como lo que conocemos en la actualidad y la reforma se sustentó en los principios de la *Declaración de Alma-Ata* (OMS/OPS-UNICEF, 1978). Se implementó una metodología vinculada a la atención primaria de la salud a través de descentralizar los recursos hacia los centros de salud y los hospitales generales en los que se desarrolló la internación de toda

crisis mental, y además se crearon los dispositivos comunitarios para la atención territorial de los padecimientos mentales.

Ese recorrido, desde el inicio de la reforma hasta la actualidad, ya en segunda década del siglo XXI, no resultó sencillo por el predominio –entre otros motivos– del modelo clínico asistencial y la metodología manicomial que tuvo en gran parte la Argentina hasta la sanción de la *Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones* N° 26.657, en 2010, y que está en constante tensión con el modelo comunitario. Tensión que resulta más evidente en una ciudad compleja, como lo es desde el punto de vista social San Carlos de Bariloche.

En 2008, al instalarme en la ciudad cordillerana de San Carlos de Bariloche existía la necesidad sentida en la localidad de generar dispositivos de corte comunitario, dado que se contaba con servicios generales, tales como un servicio de salud mental con internación en el hospital general y centros de atención primaria de la salud. Se comenzaba entonces a vislumbrar la idea de crear un centro comunitario que fortaleciera y desarrollara la participación y las relaciones mutuas entre las personas con padecimiento mental y los/as vecinos/as de la propia comunidad. Mi interés se mantenía intacto desde aquella experiencia en *Cooperanza* pero a partir de entonces con nuevos aires, los aires de libertad, respeto y esperanza con que en la provincia de Río Negro se trataba el tema.

Así es como formé parte de la apertura del Centro Cultural Comunitario *Camino Abierto* dependiente del Hospital Zonal Bariloche Dr. Ramón Carrillo, y dirigido a usuarios/as de servicios de salud mental y la comunidad en general, que ofrece actividades culturales, laborales y deportivas gratuitas en un lugar donde desde hace más de 25 años no hay más manicomios.

La tesis

En la investigación que dio lugar a la presente tesis –realizada entre 2016 y 2019– se analizó la creación y trayectoria del Centro Cultural *Camino Abierto* desde la perspectiva de los/as actores/as involucrados; es decir, personas con padecimiento mental usuarios/as del centro, así como su personal, vecinos/as y referentes del campo de la salud de la provincia de Río Negro. Fueron varias la pregunta que la guiaron: cómo fue la instalación de un centro con expectativas de avanzar en el modelo de la reforma rionegrina; cuál fue el rol de los diferentes lazos sociales y, en especial, el de la confianza en los vínculos interpersonales, en el mejoramiento de las condiciones de

vida de los/as usuarios/as de servicios de salud mental; si en la “participación comunitaria” –concepto definido en la *Declaración de Alma-Ata* (OMS/OPS-UNICEF, 1978)– en emprendimientos culturales, deportivos y laborales de vecinos/as y usuarios/as de servicios de salud mental está la clave para el mejoramiento de las condiciones de vida de la comunidad; cómo se ha instalado la metodología de participación comunitaria en *Camino Abierto*; y cómo esta es entendida y practicada por los diferentes actores, y qué resultados se han obtenido con este tipo de intervención.

Además, se introdujo la idea de *modulación*, escogida metafóricamente del lenguaje musical para explicar cómo la perspectiva de la salud mental comunitaria implica una visión dinámica que permite dar cuenta de un proceso de transformación donde las personas dejan de ser un/a “psicótico/a”, un/a “loco/a”, un/a “enfermo/a” para pasar a ser un/a trabajador/a, estudiante, artista, artesano/a, padre, madre, hijo, hija o cualquier otro rol social que el transcurrir de su vida le permita. La modulación permite desplegar diferentes formas de diluir, desdibujar el contorno de la etiqueta diagnóstica.

Finalmente, se intentará descubrir si para que la participación y sus diferentes modulaciones hayan sido factibles, influyeron los procesos previos y actuales vinculados a la reforma de salud mental en la provincia de Río Negro.

El texto de la presente tesis se organiza de la siguiente forma: en el capítulo 1 se plantea el problema de investigación, la fundamentación e historización, y se hace un breve recorrido por la reforma de salud mental rionegrina; el capítulo 2 concentra el marco teórico y el desarrollo de la estrategia metodológica cualitativa etnográfica utilizada; en el capítulo 3 se describe el surgimiento de *Camino Abierto* y el contexto en que se crea; en el capítulo 4 se describe el Centro Cultural, su ubicación geográfica, organización, así como las características socioculturales de la población que concurre a él; el capítulo 5 está dedicado a la estrategia metodológica empleada, las herramientas del trabajo de campo, el ingreso al campo, la descripción de los participantes y la forma de registro y almacenamiento de las entrevistas; en el capítulo 6 se analiza lo observado sobre los actores; y en el 7 lo registrado sobre distintos ejes temáticos, como la trama vincular que se genera, el cambio o modulación en las acciones, el aporte de los talleres y las relaciones comunitarias, así como las tensiones existentes, como los aspectos relacionados con el estigma y la tensión entre el modelo clínico asistencial y el comunitario.

La conclusión se plantea a partir de la frase de uno de los propulsores de la desmanicomialización en Río Negro: “La leyenda continúa”.

Capítulo 1

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de la existencia de instrumentos internacionales (OMS, 2001a, 2001b, 2004a, 2004b, 2006, 2012; OPS, 1990, 1991, 2005, 2009), nacionales (Ley 26.657/2010) y provinciales (Ley de la Provincia de Río Negro N° 2440/1991)², que señalan el rumbo hacia la promoción y los cuidados de las personas con padecimiento mental, orientadas a mejorar las condiciones de vida como evitar el estigma de la que son objeto, se está lejos de alcanzar el propósito de que los/as usuarios/as de servicios de salud mental se encuentren en un pie de igualdad con el resto de la comunidad.

La persona con padecimiento mental resulta habitualmente marginada de los diferentes espacios sociales, por lo que atraviesa importantes obstáculos para integrarse en la comunidad; estas condiciones se reiteran tanto en el país como en el exterior.

Como parte de la vulneración de sus derechos presentan una escasa accesibilidad a la atención, y los tratamientos propuestos se basan preponderantemente en internaciones prolongadas en hospitales psiquiátricos. Estas instituciones totales (Goffman, 2001) perpetúan y/o producen los procesos de estigmatización a la los que se ven sometidas estas personas, y que resultan determinantes en la producción de mecanismos de exclusión y limitación de una verdadera participación en la sociedad.

En concordancia con esta perspectiva de exclusión, la mayor parte de las personas usuarias refiere tener dificultades para acceder a una vivienda digna y a un trabajo, así como a la inclusión educativa, recreativa y social en general.

Las personas con padecimiento mental suelen estar etiquetadas de como “violentas”, “improductivas”, “incurables”, “peligrosas”, “crónicas” y otras percepciones negativas, cuando en verdad son mucho más propensas a ser víctimas de violencia, destrato, inercia y abandono institucional, entre otras formas de vulneración de sus derechos.

Estas creencias, estereotipos, discriminaciones, generan un impacto negativo en las personas con padecimiento mental y muchas veces son causantes de generar en

² La Ley, denominada en el contexto local como de “desmanicomialización”, determinó el cierre del hospital psiquiátrico provincial, el desarrollo de nuevos sistemas y servicios, y el planteo de una nueva cultura en la atención de la salud mental comunitaria (Cohen y Natella, 2013).

ellas un autoestigma que las aísla, con lo cual les provoca un daño mayor aún que el padecimiento mismo (Galende, 2008).

1.1. Fundamentación e historización del problema

La definición más sencilla y general que puede darse de la locura clásica es el delirio: “Esta palabra que deriva de lira, un surco, de manera que delirio significa propiamente apartarse del surco, del recto camino de la razón” (Foucault, 2009).

Desde principios del siglo XIX, el manicomio fue el lugar elegido por diversas sociedades para el control de la locura (Foucault, 1970, 2009). Reclusión, aislamiento, contagio, tratamiento bajo la premisa de incurabilidad fueron algunos de los conceptos y miradas sobre esta temática, que se sostenía en el presupuesto de que los/as ciudadanos/as podían evitar vincularse con la locura. Los muros los salvaban de la peligrosidad que se asociaba a la locura. Así, los/as “locos/as” perdían su estatus de ciudadano y, muchas veces, hasta de persona.

A mediados del siglo XX, *a posteriori* de las guerras mundiales y como parte del avance de los Estados democráticos y la conquista de derechos, se iniciaron transformaciones en el área de salud mental.

Históricamente, junto a la vulneración de derechos de las personas internadas en los manicomios, comunidades terapéuticas y equivalentes, existían serias dificultades en cuanto a la cantidad excesiva de personas que necesitaban cuidados y una oferta muy escasa de profesionales para atender. Luego de la posguerra, en Inglaterra, los psiquiatras Thomas Main, Wilfred Bion y Frieda Reichmann encontraron una salida a este problema: utilizaron el potencial de los propios pacientes en el tratamiento. Con ellos se realizaban reuniones y asambleas con doscientos o más, y se elaboraron propuestas de trabajo donde los mismos pudieran estar involucrados.

Pero fue Maxwell Jones quien entendió que la tarea terapéutica debía ser asumida por todos/as –técnicos/as, pacientes y familiares– y propuso que en cada institución se organizaran asambleas diarias para debatir los aspectos que involucraban a todos/as, con una democratización de las relaciones y de las palabras (Amarante, 2006).

En Francia existió otra experiencia transformadora en el período de la posguerra, cuyo personaje principal fue el psiquiatra Francesc Tosquelles Llauredó, un español refugiado en ese país. Encabezó el movimiento de psicoterapia institucional y resaltó la importancia del equipo de trabajo terapéutico pues en él los pacientes te-

nían la posibilidad de participar y asumir responsabilidades. Promovió la realización de encuentros, salidas, paseos, fiestas, ferias de productos elaborados por los internos. A diferencia de la escuela inglesa, la psicoterapia institucional proponía la “transversalidad, es decir la confrontación de los roles profesionales e institucionales con la intención de problematizar las jerarquías y hegemonías” (Amarante, 2009).

Otra experiencia importante a resaltar fue la de Estados Unidos; Gerald Caplan, quien creó el Laboratorio de Psiquiatría Preventiva en la Universidad de Harvard, consideraba que encarar nuevos obstáculos, o nuevos conflictos, puede ser provechoso si la persona recibe el apoyo en estas situaciones. La crisis, como tal, se puede transformar en una forma de crecimiento, puede promover la salud (Amarante, 2006).

Fue así como se comenzaron a generar estrategias de trabajo basadas en la comunidad, con los equipos de salud mental interviniendo en crisis individuales, familiares y sociales. Fue en la corriente de Psicología preventiva donde se comenzó a hablar de “desinstitucionalización”, lo que se entendía como un proceso de deshospitализación, o sea, de una reducción en el ingreso de pacientes al hospital psiquiátrico y de disminución del tiempo de permanencia hospitalaria, junto a la promoción de altas hospitalarias.

Otro antecedente fundamental es el movimiento de antipsiquiatría, que se inició en Inglaterra a finales de 1950. Los psiquiatras Ronald Laing y David Cooper trabajaban en comunidades terapéuticas y de psicoterapia institucional, pero se dieron cuenta de que las personas consideradas locas eran oprimidas y victimizadas no sólo en las instituciones psiquiátricas donde deberían recibir tratamiento, sino también en la familia y la sociedad. Comenzaron a trabajar la experiencia del sujeto con el ambiente social. Pusieron el énfasis en permitir que la persona vivenciara su experiencia y consideraron que esta sería por sí sola terapéutica, en la medida en que el síntoma expresara una posibilidad de reorganización interior. El terapeuta acompañaba este proceso protegiendo a la persona con padecimiento mental de la violencia de la propia psiquiatría.

Ronald Laing dijo “[...] hay límites para lo que se puede hacer en prisión a un encarcelado, pero no hay límites para el tratamiento al que se puede someter a un enfermo en el hospital psiquiátrico” (citado en Basaglia y Basaglia Ongaro, 1974).

Franco Basaglia protagonizó en Italia uno de los movimientos más relevantes como antecedente, el de la psiquiatría democrática. Sin duda la despsiquiatrización

fue su *leitmotiv*, acercarse al enfermo poniendo entre paréntesis su diagnóstico, la etiqueta que lo había llevado a ocupar ese lugar, para tomar conciencia de lo que representaba ese individuo para la sociedad en la que vivía y cuál era su relación con esa realidad: “[...] el enfermo mental es enfermo sobre todo porque es un excluido, y está abandonado por todos. Porque es una persona sin derechos, en contra de lo cual todo es posible”, afirmó (Basaglia, 1976).

Basaglia tenía una visión política en relación al hecho de que los/las internos/as pertenecían a las clases oprimidas y que el hospital era un medio de control social, y junto a sus colaboradores/as inició una nueva forma de atención en un hospital de Gorizia (una localidad al norte de Italia), con el objetivo de curar y demostrar que era posible una vida distinta (Basaglia, 2008).

El proyecto de eliminar el manicomio y sustituirlo por una vida en comunidad para poder afrontar la enfermedad es el corazón de la Ley N° 180, aprobada en 1978. Fue la primera en el mundo y ha cambiado radicalmente las condiciones de tratamiento y atención en psiquiatría. Por supuesto que la ley es uno de los componentes de esta reforma, ya que llevó años lograr el cierre de todos los manicomios de Italia.

Posteriormente se desarrollaron procesos de reforma del sistema de salud mental orientados a la desinstitucionalización en varias regiones de España (Basauri, 2005). En tanto, en América latina fueron varios los países que iniciaron transformaciones vinculadas a la apertura de asistencia en hospitales generales y centros comunitarios de atención, así como el desarrollo de sistemas alternativos al hospital psiquiátrico. Además se comenzó a implementar la intervención protagónica de otros recursos humanos, como el personal de enfermería en la República de Belice, y la inclusión de recursos no convencionales, en particular, usuarios/as y familiares.

Fueron relevantes las transformaciones de los sistemas de salud mental acontecidas en el sistema de salud mental de Brasil (Amarante, 2006). Asimismo, las realizadas en países de América latina y el Caribe (OPS, 2009) con eje en la atención de base comunitaria, aunque basados en diferente metodología, para alcanzar propósitos relacionados con el respeto de los derechos de las personas con padecimiento mental.

En Argentina existen precedentes de experiencias de base comunitaria en gran parte de las regiones del país, así como el desarrollo de servicios con internación de personas con padecimiento mental en los hospitales generales que resultaron pioneros; tal es el caso del Hospital Interzonal de Agudos Evita, de la localidad de Lanús, provincia de Buenos Aires, uno de los que abonó los cambios acontecidos más tarde.

La provincia de Río Negro, en la Patagonia argentina, fue pionera en materia de reforma del sistema de salud mental con una sustitución manicomial legalizada por su norma; allí se desarrolló un proceso que incluyó un férreo y efectivo cuestionamiento del orden manicomial, que consistió en la sustitución del hospital psiquiátrico provincial por una red de servicios de base comunitaria. A continuación se describen los aspectos principales de esa reforma, por constituir el contexto territorial, político y normativo del Centro Cultural *Camino Abierto*, y de las acciones e intercambios que son objeto de la investigación que aquí se presenta.

1.2. La reforma rionegrina

A partir de la recuperación de la democracia, en 1983, el Gobierno nacional definió al área de la salud mental como prioritaria en el marco de las políticas públicas de salud, implementando medidas decisivas para su avance y desarrollo.

La provincia de Río Negro asumió activamente estos avances y a comienzos de 1985 se creó el Programa de Salud Mental, con sede en el Ministerio de Salud, y por primera vez se designó la coordinación del programa con asiento en esa repartición. Este hecho fue muy favorable, ya que hasta ese momento el coordinador del área de salud mental era a la vez director del hospital psiquiátrico provincial (Cohen y Natella, 2013; Schiappa Pietra, 2008; Murekian, 1998), algo habitual en varias regiones del país que confirmaba la hegemonía del manicomio como eje del sistema de salud mental.

Fue justamente esa hegemonía la que se desplazó al sustituir el hospital psiquiátrico local de la ciudad de Allen por una atención en salud mental descentralizada. Es decir, la transformación conocida en el país y en el exterior como “desinstitucionalización” y en la provincia de Río Negro como “desmanicomialización”. Se trató de una propuesta en la que el cierre del manicomio era el resultado de su superación por un sistema basado en la inclusión de las personas con padecimiento mental en la propia comunidad y en el respeto de sus derechos.

El cierre no fue una decisión inicial, sino el producto de haber constatado la imposibilidad de lograr estos propósitos en tanto existiera la institución total. Hecho que no sólo obstaculizaba todo proceso de libertad y autonomía de los/as usuarios/as, sino que impedía que los equipos de salud mental que trabajaban en los servicios generales se desarrollaran haciéndose cargo de forma completa e independiente de la figura del manicomio.

Fue así que, luego de aproximadamente dos años de sostener el hospital psiquiátrico en coexistencia junto a los servicios generales y comunitarios que se iban desarrollando, se tomó la decisión de cerrar la admisión de la internación manicomial para trabajar prioritariamente en los procesos de externación de las personas internadas de larga data. Se constató la imposibilidad de producir su reinserción social efectiva así como la inclusión comunitaria de las personas usuarias de los servicios si pervivía un efector cuya finalidad última no era la inclusión social.

La coexistencia de estas dos lógicas potenciaba una contradicción entre lo manicomial y lo comunitario. Las personas con padecimiento mental lograban cursar procesos de recuperación de sus capacidades y autonomía en los servicios generales y comunitarios, para interrumpirlo frente a la atención de una crisis en el manicomio, en el que se producía una máxima restricción de libertades y capacidades; por ejemplo, en el acceso a la comunicación y circulación, a sostener el trabajo y la educación, a promover los vínculos afectivos, a conocer y participar de toda estrategia terapéutica en curso, a prestar un consentimiento fehaciente sobre la internación y tratamiento por medio de un proceso ligado a la conciencia y autonomía, así como el acceso a un debido proceso del control de internación, entre otros derechos conculcados en la institución total.

Esta y otras experiencias concretas acerca de la imposibilidad de avanzar en este proceso de dignificación de la atención de la salud mental profundizaron las distinciones y trazó un rumbo categórico acerca de la superación del manicomio.

Una de las decisiones cruciales del proceso de reforma fue generar una alternativa para la atención de las urgencias en salud mental y para la internación de toda crisis, más allá de su gravedad y sus características, en todos los hospitales generales de la provincia, de tal forma que cada localidad podría contar con respuestas para la atención prescindiendo de la derivación al hospital psiquiátrico y los abordajes extra-territoriales. Es decir, respetar uno de los derechos esenciales de la persona, el de ser asistida en su propio medio.

Fue así que, luego de una ardua tarea que incluyó un trabajo técnico-estratégico con el fin de favorecer la construcción de decisiones políticas para avanzar en la reforma, en 1986 se promulgó un decreto ministerial que habilitaba la apertura de camas para la internación en salud mental en todos los hospitales generales de la provincia. Tal decisión fue un factor decisivo que dio lugar a otro avance fundamental para profundizar este proceso: la inclusión en la estructura administrativa y sanitaria

del área de salud mental como la quinta clínica básica –junto a las cuatro especialidades ya existentes: clínica médica, pediatría, tocoginecología y cirugía– en todos los hospitales generales de la provincia (Cohen y Natella, 2013).

Gradual y progresivamente se fue desarrollando una red de servicios, inicialmente con base en los hospitales generales de varias regiones de la provincia que se expandió más tarde en estructuras intermedias de vivienda y trabajo; las casas de medio camino y los emprendimientos socio-laborales fueron de suma relevancia como redes de apoyo que se organizaron en torno a la vida cotidiana de las personas con sufrimiento mental en conexión con otros sectores sociales y comunitarios.

El desarrollo de estos servicios hizo posible, en 1988, el cierre del hospital psiquiátrico de la ciudad de Allen, un hito del proceso de desmanicomialización rionegrino, así como su reconversión en 1989 en el nuevo hospital general de dicha localidad.

La construcción de una política de desinstitucionalización con eje en el desarrollo de una red de servicios comunitarios con base en los hospitales generales y otras estructuras sociosanitarias dio lugar a un nuevo mapa provincial diferente en cada localidad, con una oferta de servicios, prestaciones y estrategias de acuerdo a los recursos existentes en la región.

Previo a tales desarrollos, las prácticas se asentaban en un modelo clínico-asistencial (Levav, 1992) basado en los planos biológico y psicológico, que no daba cuenta de la complejidad humana, y se sostenía en fenómenos de medicalización y psicologización en el cual la persona permanecía recortada de su contexto y de su devenir histórico y social, y no era visualizada como un todo (Natella, 2009). Se identificó que, en salud mental, la medicalización pertenecía a un sistema profesional asistencialista, donde la intención terapéutica de curar se asociaba con el control social, junto al encuadre histórico de mantener el supuesto desorden fuera del espacio de lo comunitario.

El eje se situaba en el control del síntoma y no en la persona con padecimiento. De forma similar, la psicologización de las prácticas recortaba el plano de lo mental como el objeto de la clínica, sin intervenir en la existencia cotidiana de las personas, la promoción de sus derechos y la satisfacción de sus necesidades (Natella, 2017).

La reforma en Río Negro permitió la integración de los planos biológico y psicológico junto al plano de lo social, el que se sumó no sólo como dimensión causal sino también como ámbito de intervención. De esta forma, se promovieron los postu-

lados de la atención primaria de la salud y de la salud mental comunitaria impulsando un enfoque ético y democrático, de atención territorial accesible, descentralizado, participativo e integral, interdisciplinario e intersectorial, sostenido en valores de solidaridad y equidad.

Se entendió la desmanicomialización como una política y como un modelo de atención comunitaria que plantea no solamente la caída de los muros del psiquiátrico, sino también transformar las actitudes hegemónicas, autoritarias, de concentración de poder; es decir, lo que se conoce en Rio Negro como “desmanicomializar cabezas” (Cohen y Natella, 2013).

Pero también se entendió a la desmanicomialización como una actitud de carácter promocional, ya que se proponía desarrollar potencialidades y recursos de salud presentes en todas las personas y comunidades, recuperar las capacidades y experiencias para responder a las propias necesidades, y enriquecer el patrimonio personal y social. Tal actitud, que implicó una distribución del poder asignado culturalmente en particular a los profesionales, fue indispensable para favorecer el incremento de los niveles de autonomía y autodeterminación.

El plano de la acción fue determinante en el sentido de desarrollar nuevas prácticas y un saber hacer asociado al aprendizaje de trabajar sin manicomio. El trabajo en equipo llegó a su máxima expresión a través de un estado de deliberación permanente y capacitación continua que permitió enfrentar el no saber, la incertidumbre, lo nuevo. Se desarrolló una fuerte formación en salud pública y comunitaria, y en particular la formación en servicio, entendiendo la teoría indisoluble ligada a la práctica, o sea, de la atención y resolución de la conflictiva vital de las personas.

Se trabajó predominantemente sobre la intervención en crisis y la reinserción social de las personas usuarias de los servicios de salud mental, en la disminución del tiempo de sus internaciones; este fue considerado el último recurso terapéutico y a realizarse en el hospital general, de tal forma de salvaguardar los vínculos afectivos, laborales y sociales como principales productores de salud mental. Se eliminaron métodos y técnicas invasivos, tales como el electroshock, y se inició un férreo trabajo intersectorial para garantizar la satisfacción de las necesidades básicas.

Se priorizó la inclusión de recursos no convencionales tales como operadores/as comunitarios, agentes sanitarios, usuarios/as y familiares, al tiempo que se incrementaba la planta de los recursos humanos de las disciplinas que tradicionalmente se desempeñan en el área.

Se incorporaron prácticas vinculadas a desarrollar y fortalecer la red de apoyo de los/as usuarios/as, intervenciones domiciliarias y hasta la internación en domicilios, asambleas comunitarias y viajes periódicos a las localidades que no contaban con recursos de salud mental para promover capacidades locales. Se promovió la creación de asociaciones de usuarios/as y familiares, el desarrollo de cooperativas de trabajo y todo tipo de emprendimiento laboral productivo con perspectiva de autonomía, así como el desarrollo del hábitat propio y convivencial. Simultáneamente se dio continuidad a los abordajes psicoterapéuticos y psicofarmacológicos pero desde una perspectiva de derechos, no como fin sino como instrumento.

Es innumerable el desarrollo de prácticas, métodos y recursos, empleados y encontrados a fin de favorecer la recuperación y producir bienestar, capacidad e inclusión; tantos, que una de las frases comunes y predilectas en varios de los equipos provinciales era “hay que encontrarle la vuelta” (Cohen y Natella, 2013), una técnica infalible ya que aludía al hoy llamado “tratamiento integral y personalizado”, empleado como sinónimo de buena práctica en salud mental.

El movimiento se legalizó en la provincia en 1991 con la promulgación de la *Ley de Promoción Sanitaria y Social de las Personas con Sufrimiento Mental* N° 2440, que constituyó el devenir de un proceso general de cambios graduales que había comenzado a modificar las prácticas y el modelo de atención antes de la promulgación de la norma (Cohen y Juliá, 1989).

Los principios de la Ley rionegrina y el sistema de atención comunitario que establece se vieron plasmados, actualizados y expandidos en nuevas legislaciones de la región, así como en la legislación vigente en el país a partir de la *Ley Nacional de Salud Mental* 26.657, promulgada en 2010. Esta norma expresa en su artículo 3°: “En el marco de la presente ley 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”.

Estos postulados, por otra parte, se encuentran plasmados en la doctrina de salud mental y derechos humanos que produjeron los actuales estándares de atención. Sin embargo, al tiempo que se suscitaban tales avances, la reforma produjo controversias tanto en el país como en el exterior y alcanzaron a la provincia de Río Negro, a treinta y cinco años de haberse iniciado la transformación del sistema.

Todavía, en la actualidad, el modelo clínico y el modelo comunitario se encuentran en tensión (Devallis, Baffo y Onocko Campos, 2016) entre trabajadores/as de la salud, usuarios/as y la comunidad (Murekian, 2007), que los demandan alternativamente. Pero, además, siguen siendo sujeto de las hegemonías médico-psicológicas negadas a reubicar la problemática mental en el ámbito intersectorial y político-social correspondiente, planos con los que resulta imprescindible articular y accionar conjuntamente (Natella, 2009).

A pesar de ello, en Río Negro continúa la defensa de una sociedad sin manicomios y como parte de la profundización de la perspectiva comunitaria, en 2008 se creó en una de las ciudades de la provincia, San Carlos de Bariloche, el Centro Cultural *Camino Abierto*, que trabaja en la práctica de los derechos ciudadanos de las personas con padecimiento mental expresados en primer término a través de la atención y la rehabilitación en su comunidad de origen³.

³ Al momento de realizarse este estudio se promulgó la Ley N° 5349, de adecuación de la Ley N° 2440, que, respetando los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental 26657, conserva el espíritu de la reforma rionegrina.

Capítulo 2

MARCO TEÓRICO

El tema fundamental de la tesis que aquí se presenta es la participación comunitaria (OMS/OPS-UNICEF, 1978; Bronfman y Gleizer, 1994; Ferullo de Parajón, 2006; Montero, 1982, 2003; Romero Uzcátegui y Zambrano, 2007; Romero Uzcátegui *et al.*, 2010; Ugalde, 2006; Ussher, 2008), en el contexto de una provincia argentina cuyo sistema de salud mental estableció la sustitución del hospital psiquiátrico local por una red territorial de servicios (Ley N° 2440/1991).

En base a la elección de tal temática, los conceptos que guían el presente estudio se inscriben en el marco de la salud mental comunitaria (Levav, 1992; OPS, 2009; Galende, 1990, 2008; Torres González y Caldas de Almeida, 2005; *EnDiálogo*, 2012; Schiappa Pietra, 2008, 2012; Saraceno y Barbui, 2003, 2005; Saraceno, 2008; Rotelli, 2014; Rodríguez, 1997; Galende y Kraut, 2006; Argandoñas, 2009; Amarante, 2006, 2009; Basaglia y Basaglia Ongaro 1974, Basaglia, 1976, 2008; Basauri, 2005; Cohen y Natella, 1994, 2009, 2013), y en el análisis de los materiales se trabaja el concepto de *representación social* (Jodelet, 1986, 2003; Murekian, 1998, 2007; Moscovici, 1976) para poder entender los posibles cambios que la comunidad ha tenido en relación a la aceptación del Centro Cultural *Camino Abierto* en San Carlos de Bariloche.

Esta perspectiva se ha desarrollado a la luz de los avances en el campo de los derechos humanos que han acontecido preponderantemente a partir de la segunda mitad del siglo XX, luego de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948), y han contribuido sustancialmente en la construcción de un nuevo paradigma en el área de la salud mental basado en una perspectiva de derechos.

Por otra parte, el enfoque de salud mental comunitaria ha sido sustentado por convenciones, declaraciones y conferencias internacionales⁴, documentos⁵, desarro-

⁴ Entre ellas, la *Declaración de Alma Ata*, donde se definió la estrategia de atención primaria en salud (OMS/OPS-UNICEF, 1978); la *Carta de Ottawa para la promoción de la salud* (OMS, 1986); la *Declaración de Caracas* (OPS, 1990); los Principios para la Protección de las Personas con Trastornos Mentales y la mejoría de la atención en Salud Mental (ONU, 1991); la *Reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de Caracas* (OPS, 2007); la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (ONU, 2006); la *Conferencia Regional de Salud Mental 20 años después de la Declaración de Caracas* (OPS, 2010).

⁵ *Temas de salud mental en la comunidad* (Levav, 1992); *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Nuevos conocimientos y esperanzas* (OMS, 2001a); *Atención comunitaria a personas con trastornos psíquicos* (Caldas de Almeida y Torres González, 2005); *Programa de acción para superar las brechas en salud mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias* (OMS, 2008);

llos teórico-metodológicos de organismos y de referentes internacionales de salud (Rodríguez, 2009; OPS, 1990), así como marcos jurídicos regulatorios nacionales e internacionales (Ley 180/1978 de Italia; Ley 10.216/2001 de Brasil; Ley 2440/1991 de Río Negro; Ley Nacional 26.657/2010 de Argentina). En conjunto, dichos elementos son parte de la producción de una doctrina de salud mental y derechos humanos rectora de los máximos estándares actuales de concepciones y de atención sobre las problemáticas mentales y las personas que las padecen.

Entre los principales postulados contenidos en los documentos de referencia se destaca la relevancia de la participación comunitaria como parte estructural de una perspectiva respetuosa de los derechos de las personas, entendiéndola como un indicador trascendental del desarrollo de un nuevo modelo de atención en salud mental. En efecto, el enfoque de derechos entiende a la persona con padecimiento mental como parte activa y efectiva del propio tratamiento y de la vida social de sus comunidades, y desestima los procesos de exclusión y estigma que han marcado su historia y que perduran hasta la actualidad.

2.1. Marco internacional

La participación comunitaria en la vida social, y en el área de salud en particular, ha sido un propósito de organismos internacionales tales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU); la Organización Mundial de la Salud (OMS); el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) y la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), así como otros sectores sociales. En el contexto de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud –que dio como resultado la *Declaración de Alma-Ata* (OMS/OPS-UNICEF, 1978)– se enfatizó sobre su trascendencia y alcances especialmente en el campo sanitario. La definición de *atención primaria de la salud* como la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible, ha sido un faro para sostener principios y acciones de promoción y protección de la salud a nivel colectivo y base del desarrollo de un modelo de atención comunitaria en salud mental. Tal como se postula en la *Declaración de Alma Ata*, la participación comunitaria:

Salud Mental en la Comunidad (Rodríguez, 2009); *Epidemiología de los trastornos mentales en América latina y el Caribe* (Rodríguez, Kohn, Aguilar-Gaxiola, 2009); *La desmanicomialización: crónica de la reforma de salud mental en Río Negro* (Cohen y Natella, 2013).

Es el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y al comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de beneficiarios pasivos. Para ello, han de comprender que no tienen por qué aceptar soluciones convencionales inadecuadas, sino que pueden improvisar e innovar para hallar soluciones convenientes. Han de adquirir la aptitud necesaria para evaluar una situación, ponderar las diversas posibilidades y calcular cuál puede ser su propia aportación. Ahora bien, así como la comunidad ha de estar dispuesta a aprender, el sistema de salud tiene la función de explicar y asesorar, así como dar clara información sobre las consecuencias favorables y adversas de las actividades propuestas y de sus costos relativos (OMS/OPS-UNICEF, 1978).

Dicha declaración expresa que la participación comunitaria constituye un derecho ciudadano toda vez que establece que “[...] el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud [...]” (OMS/OPS-UNICEF, 1978). Desde la perspectiva y estrategias de la atención primaria de la salud:

[Se] Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar (OMS/OPS-UNICEF, 1978).

En la Conferencia y *Declaración de Alma Ata* se destacó la importancia de la participación plena y organizada y de la autorresponsabilidad final de la comunidad. Es decir, que los individuos, las familias y las comunidades sean más responsables de su propia salud. La participación de la comunidad en la identificación y solución de sus problemas de salud puede verse facilitada por el apoyo de grupos tales como los organismos de administración local, las personalidades locales, los grupos de voluntarios, los grupos juveniles y femeninos, los grupos de consumidores, la Cruz Roja y sociedades análogas, otras organizaciones no gubernamentales y movimientos de liberación, así como por la posibilidad de informar debidamente a la población.

En noviembre de 1990, en un encuentro colectivo de organizaciones, asociaciones, autoridades de salud, profesionales de salud mental, legisladores y juristas realizado en Venezuela, se adoptó la *Declaración de Caracas* (OPS, 1990), que constituyó el punto de partida de la reforma de la asistencia psiquiátrica para los países miembros de la OPS. En el documento se afirma la necesidad de reestructurar la

atención psiquiátrica convencional por ser incompatible con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva, y de revisar críticamente el papel hegemónico del hospital psiquiátrico. Se reconocen las estrategias de la atención primaria en los marcos de los sistemas locales de salud para permitir la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales. A su vez se manifiesta que los cuidados y tratamientos deben salvaguardar la dignidad, los derechos y la permanencia del enfermo en su medio comunitario, y apuntar a un modelo con eje en servicios de salud comunitaria e internación en hospitales generales.

Pero, probablemente la referencia esencial en cuanto a los derechos y participación ciudadana de las personas con discapacidad es la que se encuentra contenida en los principios de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), el instrumento del derecho internacional de los derechos humanos de las personas con discapacidad⁶, que establece su “participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad” tanto en la vida política y pública como en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte en igualdad de condiciones con las demás personas. En su preámbulo se reconoce el valor de las contribuciones que pueden realizar las personas con discapacidad al bienestar general y a la diversidad de sus comunidades. Asimismo, que la promoción del pleno goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad, y de su plena participación, tendrán como resultado un mayor sentido de pertenencia de estas personas y avances significativos en el desarrollo económico, social y humano de la sociedad y en la erradicación de la pobreza.

En esta dirección, la *Carta de Ottawa* (OMS, 1986), resultado de la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud⁷, tiene el eje en la promoción de la salud, destaca que radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud.

⁶ En Argentina fue aprobada con la Ley 26.378/2008.

⁷ Su objetivo fue “Salud para Todos en el año 2000” y refleja una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. En la misma se remarca que las condiciones y requisitos para la salud son la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad.

2.2. La participación comunitaria

Bajo el concepto de *participación comunitaria* se agrupan propuestas muy heterogéneas e, inclusive, contradictorias (Bronfman y Gleizer, 1994; Ugalde, 2006; Montero, 2003; Romero Uzcátegui *et al.*, 2010; Ferullo de Parajón, 2006; Ussher, 2008), por lo que las posiciones acerca de su inclusión en los programas de salud son diversas.

Dentro de la posición favorable a la participación se encuentran concepciones que privilegian los aspectos político-sociales como actividad necesaria por sus efectos democratizadores sobre la sociedad. Otras posturas, las que la conciben como una estrategia para la mejora de los programas de salud poblacionales y aquellas que bajo una argumentación de apoyo a la participación por sus efectos en el nivel de la salud, esconden una intención de manipulación en el nivel de lo social y lo político (Bronfman y Gleizer, 1994).

Entre los enfoques que rechazan la participación comunitaria se encuentran aquellos que concluyen que la misma produjo una explotación adicional de los/as pobres por extracción de trabajo no remunerado para eludir obligaciones que debe cumplir el Estado, que se convierte en un mecanismo de control y cooptación de líderes (Ugalde, 2006), entre otras consecuencias negativas. Otras posturas la rechazan por concebirla como una estrategia que ofrece servicios de segunda clase o de baja calidad, con personal pobremente entrenado y, en general, con menores recursos materiales y humanos que los servicios que se ofrecen a los sectores privilegiados; y también están aquellas que al considerar que, dado que los programas de salud con enfoque participativo tienen que ser locales y diferentes de una región a otra, aumentan sus costos y disminuye su factibilidad.

Por otra parte, distintos autores coinciden en que la participación comunitaria tiene efectos tanto sobre los programas en términos de sus resultados en el área de la salud de la comunidad como sobre su vida social y política, y en que ambos aspectos deben ser considerados al evaluar su inclusión en los programas, ya que pueden tener efectos positivos o negativos. Agregan que la participación comunitaria debe incluirse en los programas cuando cumpla simultáneamente con dos objetivos explícitos: debe ser efectiva desde el punto de vista de la salud y positiva desde el punto de vista de la vida social de la comunidad. Esto implica, para la primera dimensión, que la participación comunitaria debe formar parte de los programas cuando la población reciba como resultado claros beneficios de salud y, para la segunda, que debe resultar

una experiencia enriquecedora en términos del aprendizaje para resolver de forma autogestiva otras necesidades de la comunidad.

Una síntesis que se hace eco de los diferentes posicionamientos respecto a la participación está expresada particularmente en la voz de autores latinoamericanos, quienes advierten sobre la necesidad de que la participación comunitaria sea expresión de los verdaderos intereses de la población, su desarrollo y autonomía, y no producto de la manipulación y el control de intereses particulares.

Maritza Montero abona la idea de que el concepto de participación comunitaria no es una definición neutra y no está desprovista de intencionalidad, sino que, por el contrario, en sus diferentes definiciones subyacen las concepciones políticas que las generan y, más allá de los matices que puedan tener, se identifican claramente dos corrientes: una, originada desde la corriente neoliberal y que responde a los intereses del mercado; y otra, que surge desde la corriente crítico-social y concibe a la participación social como un mecanismo de empoderamiento de los grupos sociales excluidos y de transformación social en el marco de la solidaridad y la justicia social, y de respeto a los procesos autárquicos o de autodeterminación de los pueblos. Por lo tanto, la participación comunitaria es fundamentalmente un problema de carácter político, esto es, referido al ejercicio del poder; y en todas las sociedades este ejercicio está definido por la relación existente entre las clases sociales que la conforman (Montero, 2003).

Para esta autora la participación comunitaria es “un proceso organizado, colectivo, libre, incluyente, en el cual hay una variedad de actores, de actividades y de grados de compromiso, que está orientada por valores y objetivos compartidos, en cuya consecución se producen transformaciones comunitarias e individuales” (Montero, 2004). Establece una relación entre participación y fortalecimiento, proceso mediante el cual los miembros de una comunidad “desarrollan conjuntamente capacidades y recursos para controlar su situación de vida, actuando de manera comprometida, consciente y crítica, para lograr la transformación de su entorno según sus necesidades y aspiraciones, transformándose al mismo tiempo a sí mismos” (Montero, 2003).

Esta autora hace referencia a la acción desarrollada por los miembros de la comunidad en función de objetivos generados a partir de necesidades sentidas y de acuerdo con estrategias colectivamente definidas, fundamentadas en la solidaridad y el apoyo social (Montero, 1998). Asimismo, vincula la participación como un con-

cepto central de la psicología social comunitaria ya que “sin participación no es posible usar el calificativo de comunitaria aplicado a la mencionada sub-rama de la psicología” (Montero, 2004).

Más allá de las distintas versiones y dimensiones ideológicas (Ugalde, 2006) que puede alcanzar la participación comunitaria –en tanto utilización neocolonialista y de carácter subordinado como instrumento liberador–, existe consenso sobre el derecho que constituye y el consecuente bienestar que podría producir en la persona que la ejerce y en la comunidad a la que pertenece. Pero existe una condición: que se construya en términos de un desarrollo y fortalecimiento de procesos democráticos y de autonomía, de autodeterminación personal y colectiva.

En esta línea, si se entiende a la participación comunitaria como un instrumento de empoderamiento y promoción de recursos propios y de la comunidad, se cree indispensable la participación comunitaria en relación con los procesos de inclusión social y mejoramiento de las condiciones de vida de las personas que la ejercen.

Yajaira Romero Uzcátegui considera a la participación comunitaria como una estrategia central de las políticas públicas de salud, cultura, educación, justicia y economía que tienen el objetivo común del mejoramiento de las condiciones de vida de la población; la entiende como un proceso generador de cambios en el modelo de atención dominante en salud centrado en la enfermedad y el lucro, en vez de en la salud y bienestar colectivo. Desde esta perspectiva, de participación se trata de que las comunidades avancen en el fortalecimiento de una conciencia crítica para asumir la corresponsabilidad en el cuidado de la salud y de los recursos naturales (Romero Uzcátegui *et al.*, 2010).

Esta autora expresa que una de las definiciones más sencillas de participación remite a la idea de que, mediante la participación, el hecho o fenómeno en el cual los actores participan genera una relación de mutua transformación y pertenencia: el participante construye y modifica al objeto o hecho en el cual participa y por el hecho de hacerlo es también transformado. Asimismo, Romero Uzcátegui analiza la participación comunitaria desde una perspectiva amplia que excede el campo sanitario; entiende que ha constituido una estrategia de resistencia y un mecanismo de lucha de los grupos sociales excluidos y que, desde una línea contrahegemónica, resulta un mecanismo liberador que le permite a dichos grupos sociales reconocerse como agentes de cambio y orientar sus acciones en función del mejoramiento de sus condiciones de vida (Romero Uzcátegui, 2005). En consonancia con estos y otros presu-

puestos es que se exhorta a una participación efectiva de las personas con padecimiento mental considerándolas como parte de los grupos sociales excluidos de la escena social.

Las personas con padecimiento mental se han visto sometidas a la situación de encierro, pérdida de su libertad y comunicación, sin contar con un debido proceso que garantice el conjunto de derechos ciudadanos que les asiste; entre otros, el derecho al tratamiento menos restrictivo, el sostenimiento de los vínculos de orden afectivo, laboral y social, y el acceso a una vida en comunidad como parte activa del conjunto social (Ley 26.657/2010). Por el contrario, fueron objeto de modelos de atención basados en la internación periódica, prolongada o permanente en el hospital psiquiátrico público o privado, instituciones monovalentes en las que se encuentra naturalizada la institucionalización (Natella, 2019).

Estos modelos están centrados en la enfermedad y su medicalización, en el control sintomático y social, sin una finalidad terapéutica de integración comunitaria, en prácticas restrictivas sin fundamentación clínica ni ajuste a principios éticos. No obstante, las modalidades de abordaje basadas en el modelo de atención clínico-asistencial, que no se ajusta al enfoque de derechos ni a los estándares de atención en salud mental y que no responde en gran parte a las normativas legales nacionales e internacionales vigentes, resulta, hasta la actualidad, el modelo dominante de atención en salud mental (Natella, 2017).

Desde este modelo de atención clínico-asistencial habitualmente se desestima la participación comunitaria en los programas y niveles de atención de la salud mental, así como la participación del usuario y su familia en la construcción de las estrategias terapéuticas y la continuidad de los tratamientos. De igual forma ocurre con la inclusión comunitaria de las personas con padecimiento mental que, a pesar de representar un imperativo categórico de nuestra época, no es parte de la finalidad de los tratamientos de salud mental (Natella, 2017; Schiappa Pietra, 2016). La terapéutica habitualmente implementada en los servicios de atención se encuentra predominantemente concebida desde modalidades de abordaje clínico-asistenciales, las que no disponen de prácticas sistemáticas continuas e intensivas en pos de la inclusión, ni de concepciones que prioricen la integración social de los usuarios, vinculando esta carencia con el déficit notorio de instrumentos en la formación profesional para alcanzar dicho imperativo y de la pervivencia de concepciones arcaicas sobre el padecimiento mental y las personas que lo padecen (Natella, 2017).

Estas concepciones han construido representaciones profesionales y sociales acerca de la peligrosidad e incapacidad de las personas con padecimiento mental, entre otras percepciones negativas base de los fenómenos de estigmatización (Levav, 2019), y por consiguiente de la desestimación y el rechazo a los procesos de participación e inclusión. Estos dos últimos conceptos parecen vincularse desde la misma etimología del verbo *participar*, proveniente del latín, que implica una relación en dos sentidos: hacer partícipe a alguien de algo, dar parte; y tomar parte, uno mismo, desde su propia iniciativa. Es que la participación es siempre social (Ferullo de Parajón, 2006) ya que se despliega en procesos sociohistóricos que construyen tanto a los sujetos como a los colectivos en los que se desarrolla (Ussher, 2008).

Ana Ferullo de Parajón afirma que la participación social se refiere a “todo proceso de inclusión –cualquiera sea su tipo y grado– en actividades de tipo voluntarias, que se da con relación a las más diversas cuestiones sociales, propias del ámbito comunitario”, y agrega que “[...] toda participación es un acto de ejercicio del poder y un proceso de inclusión constitutiva de los sujetos en el orden social. Los procesos de subjetivación tienen dos caras inseparables: la construcción individual de la subjetividad y el lazo social que la hace posible” (Ferullo de Parajón, 2006).

Para otros autores la participación es una estrategia que posibilita la integración de los sectores tradicionalmente excluidos. De esta forma, y en consonancia con lo expuesto, los procesos de participación/inclusión han sido entendidos como parte de los derechos fundamentales de las personas con padecimiento mental y resultan factores protectores del bienestar integral y sus condiciones de vida (OMS, 2004b; OPS, 2009).

Sin embargo, y a pesar de contar con una gran diversidad de documentos e instrumentos internacionales, de desarrollos académicos y normativas legales que reconocen, establecen y exhortan al desarrollo de procesos de participación/inclusión de la personas con padecimiento mental, aún perduran las barreras para la participación en igualdad de condiciones y se continúan vulnerando sus derechos humanos en todas las partes del mundo (ONU, 2006).

Históricamente, las personas con sufrimiento mental han estado sometidas al aislamiento, la carencia de continuidad de cuidados, la nula o pobre participación social, las crisis, el sedentarismo, poca o nula comunicación familiar, estado de indefensión, descuido personal en cuanto al aseo, mala alimentación, baja o nula actividad física, falta de posibilidades laborales, sobre medicación, y en definitiva carencia de proyecto de vida (Goffman, 1970).

En efecto, se ha estigmatizado y excluido hasta la actualidad a aquellas personas que resultan diferentes a los cánones establecidos. El término *estigma* (Goffman, 1970) se constituye como un atributo profundamente desacreditador, una característica que ocasiona un amplio descrédito o desvalorización, y que construye un estereotipo negativo hacia la persona que posee dicho rasgo.

Estos procesos de estigmatización, y las representaciones sociales (Jodelet, 1986) sucedáneas, contribuyen a perpetuar, cuando no a construir, concepciones negativas acerca de la enfermedad y el enfermo mental, que resulta considerado peligroso, incapaz, irrecuperable, crónico, entre otras percepciones sociales que son base de sistemas jurídico-sanitarios con eje en la tutela, el control sintomático, la restricción de autonomía hasta la naturalización del encierro prolongado o de por vida (Natella, 2019).

2.3. El nuevo modelo de atención

El actual paradigma de atención en salud mental, basado en la perspectiva de derechos, postula la superación de las concepciones arcaicas así como de los sistemas jurídico-sanitarios basados en concepciones y prácticas asilares. Es decir, de aquellos modelos de atención de corte clínico-asistencial y de prácticas de orden restrictivo que han acompañado tales concepciones y representaciones sociales (ONU, 2006).

Desde el plano estrictamente sanitario, las nuevas concepciones y la transformación de las metodologías y prácticas de atención en salud mental se han traducido en las llamadas “reformas de los sistemas de atención” (OPS, 2009). Se trata de la desinstitucionalización (Ley N° 180 de Italia) y la desmanicomialización (Ley N° 2440 de Río Negro), procesos con denominadores comunes sustanciales en términos de constituir sistemas de atención basados en los derechos, en la sustitución del manicomio y las prácticas manicomiales, y en la inclusión social de las personas con padecimiento mental como imperativo categórico.

Estos procesos de descentralización estructural, presupuestaria, del recurso humano, del conocimiento y de toda hegemonía y asimetría de poder, tienen como eje de la atención en salud mental el modelo comunitario-epidemiológico, por constituir este una perspectiva ética, histórico-social, democrática, participativa, equitativa, basada en el enfoque de derechos, de género e interculturalidad, y en las estrategias de la atención primaria de la salud.

Implica una reestructuración de las relaciones de poder de todos los actores y sectores participantes, y en el intercambio social requiere abordajes intersectoriales e interdisciplinarios, trabajo en equipo de recursos convencionales interdisciplinarios y también de recursos no convencionales provenientes de la sociedad civil, en particular de usuarios/as y familiares; su fin último y primordial es la inclusión social de las personas con sufrimiento mental (Cohen y Natella, 2013).

El modelo comunitario plantea una organización de la atención basada en servicios generales de salud –centros de atención primaria y hospitales generales–, en servicios comunitarios –estructuras intermedias para vivienda y trabajo, programas de atención domiciliaria, centros de día, dispositivos comunitarios dependientes de organizaciones no gubernamentales y gubernamentales (no del sector sanitario)–, entre otros dispositivos y programas en cada territorio (OPS, 2009).

Esta diversidad de dispositivos, articulada como una red de servicios de salud mental basada en la comunidad (OPS, 2009) supone una complejidad de ofertas y respuestas, y un funcionamiento de cada una de las estructuras y prestaciones que asume las características y particularidades del modelo comunitario de atención. Esta condición impide la inclusión del hospital psiquiátrico y equivalentes –colonias, clínicas, asilos– dentro de la red porque no se ajustan al carácter comunitario que demanda el actual paradigma y los estándares de atención en salud mental, así como las normativas legales vigentes.

Existe una vasta bibliografía que respalda el modelo comunitario, en la que se cuestiona al hospital psiquiátrico por motivos sanitarios, económicos, científicos. También, particularmente, por haberse constatado un importante número de situaciones de vulneración a los derechos humanos de las personas internadas (OPS, 1991), como situaciones de maltrato activo y pasivo, restricciones a la comunicación e intercambios sociales –incluyendo salidas y visitas–, al derecho a la libre circulación, a la intimidad y privacidad, a los tratamientos menos restrictivos (APT, 2016) y a la diversidad de derechos ciudadanos establecidos en la legislación vigente (Ley N° 26.657).

Entre estos derechos se destaca la participación de la persona usuaria en la propia estrategia terapéutica y en todo proceso que favorezca la inclusión comunitaria. Este proceso implica identificar capacidades y preferencias, proveer información a la persona acerca de sus posibilidades, ofertas y opciones de integración social (OMS,

2012)⁸, y acompañar en la reinserción con intervenciones en su propio entorno domiciliario o comunitario.

Estas intervenciones no representan una modalidad habitualmente desarrollada en el hospital psiquiátrico que, como vimos, se encuentra basado en el control sintomático, la hospitalización prolongada o de por vida, las intervenciones intramuros sobre la persona y en ocasiones sobre su familia, pero no sobre su entorno. Planteada desde una perspectiva psiquiátrico-psicológica, la estrategia terapéutica y la cura se apoyan exclusivamente en los recursos científicos y académicos de esas disciplinas, excluyendo todo lo relacionado con otros saberes y prácticas considerados no profesionales, como aquellos ejercidos por los operadores de salud mental, los acompañantes terapéuticos, los talleristas de diferentes ramas artísticas, y el acompañamiento familiar y de otros referentes comunitarios.

En resumen, la modalidad de abordaje clínico-asistencial implementada en el hospital psiquiátrico genera y profundiza los procesos de estigma y las percepciones negativas sobre la peligrosidad e incapacidad de la persona con padecimiento mental, y justifica su aislamiento e internación continua sin asumir como finalidad del tratamiento la participación e inclusión social de quien asiste. Por lo tanto, constituye la estructura-eje del paradigma tutelar-asilar que no responde a la perspectiva de salud mental y derechos humanos, por lo que el hospital psiquiátrico (público o privado) no es considerado como parte de la red de servicios basados en la comunidad. En este sentido, los servicios generales y comunitarios son sustitutivos y no complementarios al hospital monovalente (Basauri, 2005).

Estas referencias y el consenso acerca de la necesidad de superar y sustituir el hospital psiquiátrico es ratificado por investigaciones realizadas en 42 países y con la presencia de 78 expertos internacionales que comprueban que su existencia conspira con el desarrollo de servicios generales y comunitarios (WHO, 2017).

Los sistemas de salud mental basados en modelos clínico-asistenciales, con eje en la institucionalización psiquiátrica y el aislamiento asilar-manicomial, sostienen procesos de estigma y exclusión social que pueden representar limitaciones en oportunidades superiores al propio padecimiento de base.

La autora latinoamericana Maritza Montero reafirma la necesidad de desarrollar la salud mental comunitaria y cuestionar el orden manicomial y expresa que,

⁸ Este documento ofrece a los países información práctica y herramientas para la evaluación y mejora de la calidad y las normas de derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social.

frente al modelo de autoridad seguido en los manicomios, ya sea porque los profesionales se apoyan en una normativa de conocimiento especializado o bien de una relación desigual de fuerzas, que propone acciones represivas como privar de la libertad, el modelo comunitario se nos presenta como una salida (Montero, 1982, 2003).

La asimetría de poder entre profesionales y pacientes, dentro de la institución psiquiátrica, conduce a que el paciente se vea obligado a cumplir con cualquier indicación, dado que se le hace saber que cualquier desobediencia traerá consecuencias dañinas para su salud. En cambio, los modelos de acción comunitarios de carácter participativo, democrático y autogestivo, se estructuran a partir de relaciones del diálogo. El elemento socio afectivo juega un papel fundamental al generar formas de identificación basadas en el compromiso, y profundos sentimientos de pertenencia (Montero, 2003). Esta concepción del poder, donde no hay una relación marcada por la presencia de dos sujetos –un agente activo y otro pasivo– sino que supone la presencia de actores sociales dinámicos en una situación igualmente dinámica, es de gran importancia para la psicología social comunitaria, ya que permite romper con la tradición de situar el poder en un polo de la relación y dejar al otro vacío de posibilidades y en estado de sometimiento o de pasividad.

La definición misma de la psicología social comunitaria incluye “desarrollar, fomentar y mantener el control y poder” (Montero, 1982) en las personas que forman una comunidad. Control y poder que, de acuerdo con uno de los principios que fundamentan esta rama de la psicología (Montero, 1998), deben tener su centro en la comunidad y no ser asumidos como algo proveniente de afuera. Actividad y control, participación y decisión son planteados como conductas fundamentales para lograr las transformaciones deseadas, y ellas exigen procesos de fortalecimiento. Esta autora incluye el concepto de *fortalecimiento* como un proceso mediante el cual los miembros de una comunidad desarrollan conjuntamente capacidades y recursos para controlar su situación de vida al actuar de manera comprometida, consciente y crítica, para lograr la transformación de su entorno según sus necesidades y aspiraciones, transformándose al mismo tiempo a sí mismos (Montero, 2003).

El fortalecimiento es un proceso que cuenta con distintos componentes y fases en su desarrollo y supone acciones colectivas y solidarias, así como transacciones entre las personas y el ambiente que las capacitan para intervenir y dominar exitosa-

mente los sistemas sociales y políticos. De esta forma se adquiere poder uniéndose a los otros.

Como parte de los componentes de este proceso se desarrolla un fuerte sentido de sí mismo en relación con el mundo, y a partir de ello un sentimiento de apego y sentido de comunidad, una aproximación crítica hacia las fuerzas político-sociales que actúan en la vida cotidiana, la capacidad para relacionar la reflexión con la acción y viceversa, así como de construir, desarrollar y adquirir estrategias y recursos para lograr posiciones individuales y colectivas que generen intervenciones significativas en el entorno compartido.

Si bien se han producido críticas al proceso de fortalecimiento vinculadas a la priorización de la autodeterminación y la potenciación personal por sobre la justicia distributiva y las responsabilidades del Estado, o como reduccionismo psicológico de problemáticas sociales, es de destacar que parte del fortalecimiento pasa por desarrollar la capacidad de exigir el cumplimiento de tales deberes, de ejercer los derechos ciudadanos y de ocupar el espacio público (Montero, 1998). Es que el fortalecimiento es un proceso psicosocial de alcance mucho mayor, cuyas consecuencias atañen a la comunidad y a sus miembros simultáneamente, y que debe estar en función de los intereses de las comunidades y ser llevada a cabo con estas. El uso indebido del término para realizar trabajos de intervención que responden a intereses ajenos a ellas no es un trabajo de fortalecimiento sino de engaño, de debilitamiento clientelista o de explotación, y como tal debe ser señalado (Montero, 2003).

Desde estas referencias, y el enfoque desarrollado con anterioridad, la participación comunitaria tiene implicancia y alcances diversos siempre que, en todas sus versiones, implique beneficios personales y sociales, en particular el incremento de autodeterminación y autonomía progresiva de las personas con padecimiento mental y la mejora de sus condiciones de vida y las de su comunidad de referencia. En este sentido, se pondera la misión de los recursos no convencionales de salud mental, tales como los operadores sanitarios o comunitarios, que habitualmente son parte de las comunidades de referencia de las personas, en oportunidades del propio vecindario, lo que favorece que se mantengan vínculos de mayor simetría e interacción. De esta forma vehiculizan estrategias enmarcadas en modelos y estructuras de atención comunitaria, que resultan clave en términos de la oferta de servicios y prestaciones a las poblaciones destinatarias para posibilitar perspectivas democráticas basadas en los derechos y en enfoques de género e interculturalidad (Cohen y Natella, 2013).

Yajaira Romero Uzcátegui expresa que pensar la participación comunitaria implica trabajar desde una estrategia que contemple la interculturalidad, entendiendo a la misma no sólo como el vínculo y diálogo con poblaciones migrantes y/o personas pertenecientes a poblaciones indígenas, en donde exista un reconocimiento y valoración de aquellas prácticas que contribuyan al cuidado de su salud (Romero Uzcátegui y Zambrano, 2007).

Se ha insistido en trabajar para detectar cuáles son las causantes del sufrimiento mental, la estigmatización y el aislamiento. Aun así, falta recorrer mucho camino para lograr el sentimiento de confianza necesario para que la gente se desprenda de los sentimientos de miedo, impotencia y resignación que han resultado de las prácticas tradicionales de exclusión de “los enfermos”, y la falta de oportunidades institucionales para imaginar cambios.

Muchos son los temas planteados como problemas a resolver en las políticas de salud mental (OMS 2001a), y uno de los principales es la escasa participación del colectivo de usuarios de salud mental en el contexto de sus comunidades, en todas las acciones que los involucran y que posibilitan un mayor grado de bienestar para ellos mismos, sus grupos de pertenencia y su entorno en general. Esta preocupación es compartida por las organizaciones nacionales de usuarios y familiares, quienes han manifestado la necesidad urgente que representantes de estos colectivos se integren en la totalidad de las acciones que hacen a un sistema de salud mental desde la producción de políticas públicas y su control así como en las tareas de consejería y apoyo en los servicios de atención (Stolkiner, 2012; Consenso de Buenos Aires, 2012).

También a nivel regional se ha producido con anterioridad un encuentro de representantes de personas usuarias y familiares de países de América latina quienes han producido un documento en el que se puntualiza la necesidad de participación e intervención en un pie de igualdad en temáticas de salud mental (Consenso de Buenos Aires, 2011). Tales colectivos han sido desestimados y sus saberes y potencialidades desactivados por el orden social-profesional establecido, adjudicándoles con frecuencia roles preexistentes, en donde el usuario es el que “no puede” y sus familiares son “abandonados” o “esquizofrenógenos”, por lo que se les reserva exclusivamente el rol de pacientes, sin que se visualice además su posible transformación en recursos socio-terapéuticos (Cohen y Natella, 2013).

Otro aspecto a considerar es que solemos encontrar que conviven problemas derivados directamente de la enfermedad, que suelen ser pese a su gravedad episo-

dios susceptibles de intervención de efectividad creciente, y también los relacionados con el estigma, que paradójicamente suelen ser más permanentes y constantes, y sobre los que no existen acciones continuadas para reducir sus efectos (Galende, 2008). La consecuencia de ambos es una considerable disminución de las oportunidades de vida ciudadana del usuario de servicios de salud mental y el empeoramiento de su calidad de vida (en términos de pareja, familia, trabajo, salud, vivienda, etc.).

El nuevo paradigma de cuidado y atención en salud mental comunitaria tiene como uno de sus objetivos principales modificar las actitudes sociales negativas: el estigma, la discriminación, la marginación y el rechazo frente al usuario de salud mental. Las intervenciones comunitarias intentan restablecer a la persona afectada por una crisis a sus niveles anteriores de independencia lo antes posible, mejorando las condiciones preexistentes a la misma y, al mismo tiempo, resolver a través de aportes de orden físico y psicosocial aquellos factores que pudieran haberla generado. Esto es válido tanto para una crisis (brote, situación de catástrofe, crisis evolutiva) como para una enfermedad de larga evolución. Y en los casos en que siempre estuvo presente la dependencia a un/a otro/a, se intenta expandir lo máximo posible el nivel de autonomía que presenta la persona con padecimiento mental (Galende y Kraut, 2006). Muchas veces no se presenta la demanda directamente del/de la usuario/a al equipo de salud mental comunitaria, sino que se expresa indirectamente a través de la familia o la comunidad. Dentro de esta modalidad de intervención es importante identificar la red que rodea a la persona afectada, escuchar, cooperar, animar, presentar alternativas, rescatar y potenciar los recursos de salud existentes, y trabajar también en la construcción de redes sociales donde no las haya o estén fragmentadas.

Este nuevo paradigma de atención plantea que las intervenciones deben ser accesibles, lo más cercanas al lugar que reside el usuario; múltiples en relación con la integración y articulación de la más amplia diversidad de estrategias, intervenciones, recursos humanos y materiales, incorporados como parte de la red del usuario; y continuas, en el sentido de que no se presentan como intervenciones aisladas, sino por el contrario como planificadas en el tiempo y con el acompañamiento necesario para cada intervención (Cohen y Natella 2013). Si bien tales intervenciones se constituyen interdisciplinariamente no significa que todas las acciones involucren a la totalidad del equipo sino que las estrategias se estructuran en conjunto y en particular desde un enfoque integral y multidisciplinar de cada actor.

Desde esta perspectiva, se sostiene que es necesario incluir la palabra de la persona usuaria en cada estrategia planteada y acompañarla en el entorno que la rodea. Es decir, resulta relevante que el equipo de salud mental asista y apoye a la persona con padecimiento mental en su comunidad para que participe e intervenga desde su propia percepción, lo mismo que a su entorno, estableciendo puentes entre ambos.

Apoyados en las herramientas jurídicas que dan sustento a estos planteos, llevar adelante la reforma planteada implica reemplazar el modelo tutelar por un sistema de apoyo a las personas con sufrimiento mental en la toma de decisiones, ayudándoles a obrar por impulso propio, a asumir la dignidad del riesgo y a reconocer el derecho a transitar por el mundo con todas sus posibilidades.

Capítulo 3

EL CENTRO CULTURAL CAMINO ABIERTO

Es importante que yo penetre directamente en el tejido social para crear los presupuestos de un consenso que lleve no tanto a una mayor tolerancia, sino a una toma de responsabilidades, a un hacerse cargo por parte de la comunidad de los problemas que le pertenecen.

Franco Basaglia

En la provincia de Río Negro se trabaja, desde 1991, en el marco legal de la *Ley de Promoción Sanitaria y Social de las Personas con Padecimiento Mental* N° 2440. Sin embargo, cuando se conformó en la ciudad de San Carlos de Bariloche el Centro Cultural *Camino Abierto* no estaban dadas las condiciones ideales para que los/as trabajadores/as de salud mental y la comunidad se propusieran estrategias sobre cómo lograr una mayor participación de los/as usuarios/as de servicios salud mental en todas las dimensiones de la vida social.

3.1. Los comienzos

En 2006 le presentamos al director del Hospital Zonal Bariloche Ramón Carrillo un proyecto para crear un centro cultural para usuarios/as de servicios salud mental en el marco de lo que en la Ley 2440 se conoce como “dispositivos intermedios”. Lo central de esta propuesta era utilizar el arte y el deporte como una herramienta de inclusión social. Pero no era un momento propicio para concretar el proyecto, dado que el Hospital no contaba con el presupuesto ni con el apoyo político para abrir un dispositivo de esas características. De todas formas, fue valorado por el director, quien lo conservó a la espera de que surgiera una posibilidad.

Al año siguiente, cuando el Ministerio de Educación dejó libre una gran casa que el Gobierno provincial alquilaba en el barrio Ñireco –uno de los más antiguos de San Carlos de Bariloche, ubicado sobre el río Ñireco, en una zona céntrica–, el Ministerio de Salud pensó en abrir allí una Casa de Medio Camino y, en la parte alta, una Casa de Inimputables. Las personas inimputables son aquellas que, según la Ley 2440, no son responsables penalmente del ilícito cometido ya que no están en condiciones de comprender su accionar o las consecuencias de este, y deben ser alojados

en pequeños espacios con internación completa y los cuidados correspondientes. En esta casa se alojarían, con criterios de transitoriedad y fortalecimiento de la autonomía, usuarios/as que hubieran estado internados en el Hospital General durante un cuadro agudo y requirieran un dispositivo habitacional posterior al alta.

Tras los primeros anuncios, numerosos vecinos iniciaron protestas y se organizaron para frenar dicho emprendimiento. Hubo asambleas barriales de participación vecinal, así como asambleas comunitarias que contaban también con la presencia del director del Hospital Zonal, su personal, el intendente municipal, los concejales y jueces de familia, los representantes del Ministerio de Acción Social de la Provincia de Río Negro y de los medios de comunicación⁹.

En los encuentros, realizados en lugares públicos, los vecinos argumentaban los motivos por los que “no iban a permitir” que esa estructura funcionase en ese barrio, debido a la “peligrosidad” y posibles “actos de violencia” que los “enfermos mentales” pudieran ocasionar. Manifestaban que no iban a poder estar tranquilos, que sus hijos/as no podrían circular libremente, fundamentando este presentimiento en que “los enfermos mentales son violentos” (sic) y que debían estar en otro barrio más aislado. Este quehacer fue motivo de varias notas periodísticas (*Bariloche2000*, 2007; *ANB*, 2007; *Río Negro*, 2007).

Los vecinos reunieron 1.400 firmas y presentaron un amparo para que no se abriera el dispositivo, pero la Justicia falló en su contra. Además se presentó la Carta Orgánica de San Carlos de Bariloche que no permite en esa zona abrir dispositivos de salud. Es así como, desde Salud Pública, atendiendo a los reclamos en relación con la Carta Orgánica, dieron un viraje en la propuesta y se pasó a pensar en abrir en ese lugar un Centro Cultural Comunitario, una actividad posible en cualquier barrio (*ANB*, 2008a).

Si bien esta fue una salida administrativa que permitió el avance de la propuesta, entendemos al Centro Cultural *Camino Abierto* como un espacio multidimensional que incluye también todos los niveles de prevención de la salud (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) por lo que también constituye un centro de salud mental comunitario. Luego de estas modificaciones, se mantuvieron reuniones

⁹ Se conocía en Río Negro como “asambleas comunitarias” a grupos de diversos actores comunitarios e intersectoriales, usuarios/as y familiares, con el propósito de generar respuestas colectivas a la problemática de las personas con padecimiento mental reincorporadas a la comunidad (OPS, 2009; Cohen y Natella, 2013).

con diferentes sectores de la comunidad para comunicar e informar sobre la nueva propuesta que, en principio, fue recibida con mucha desconfianza.

Según Murekian,

[...] la falta de referencia a valores, derechos humanos y calidad de vida de las personas, en relación con las posibilidades de convivencia, oculta el rechazo social implícito de los derechos humanos de los enfermos mentales y con ellos su desprotección y la negación de la memoria social de eventos específicos de la reforma psiquiátrica: el cierre del manicomio de la Prov. de Río Negro, la sanción de la ley de salud mental provincial y las estrategias de desmanicomialización (Murekian, 2007: 337).

Durante varias jornadas se reunieron los vecinos con los decisores políticos y otros referentes en una gran asamblea comunitaria en la que se expusieron las razones por las que no estaban a favor de que se abriera ningún dispositivo en el barrio Ñireco. Por otro lado, el equipo de salud mental del Hospital Zonal tampoco apoyaba la creación de la casa para inimputables y tampoco la del centro cultural. Ellos querían abrir una casa de medio camino con camas y cuidados intermedios, que como mencionamos no era posible en ese barrio por la Carta Orgánica de la ciudad.

Existían dos corrientes contrapuestas, con el apoyo de los decisores políticos y la resistencia ofrecida por la comunidad y el equipo de salud mental. Los inicios fueron muy difíciles, el área de salud nombró cinco operadores, de los cuales sólo dos estarían a tiempo completo en el dispositivo y los otros tres concurrirían un día por semana, ya los restantes iban a los centros de salud. No existía desde la nómina de salud la posibilidad de pagar talleristas de arte, por lo que desde los inicios el proyecto fue interdisciplinario e intersectorial.

Los primeros pasos fueron orientados a lograr la máxima de articulación intersectorial con todos los ministerios, instituciones públicas y privadas. Se focalizó el trabajo en sensibilizar a cada sector en todo lo referente a la Ley 2440 y sus implicancias, y en concientizar en que la salud mental es cosa de todos. Se mantuvieron reuniones con periodistas para explicarles de qué se trataba el centro cultural que se abriría en el barrio Ñireco, para que pudieran transmitir correctamente el espíritu del trabajo cuyo eje sería la inclusión social.

3.2. La concreción

La apertura de *Camino Abierto* se realizó en febrero de 2008, de forma similar a la de aquella convocatoria del grupo *Cooperanza* en el Hospital Borda, descrita en la “Introducción”. Se convocó a todos los/as usuarios/as y trabajadores/as a reunirse en la

playa, cerca del Centro Cultural, a orillas del Nahuel Huapi a compartir una chori-ceada acompañada por guitarras y canto. Luego todos fueron al Centro Cultural a realizar una asamblea comunitaria en la que se llevó a cabo un debate acerca de cuáles eran los intereses de cada uno/a y las actividades deseadas por la mayoría.

De este modo se creó un espacio abierto a la comunidad en donde se realizarían emprendimientos culturales y laborales para los/as usuarios/as de servicios de salud mental, con un carácter creativo y productivo, para promocionar las mejores condiciones de su vida cotidiana. Sin embargo, aunque se tenía en claro que el centro iba a brindar talleres culturales, deportivos y laborales, no se sabía bien era cómo se iba a lograr. Para discutir sobre estos temas y el funcionamiento del dispositivo se implementó la realización de una asamblea comunitaria general semanal de la que participaba con personal de salud, vecinos/as, autoridades, consejo local de salud y los/as usuarios/as.

Finalmente, al mejorar la comunicación, los/as vecinos/as dejaron de obstaculizar la apertura y el funcionamiento del nuevo dispositivo. En este sentido fueron sumamente importantes y necesarias las intervenciones que desde el Centro se efectuaron con referentes de diferentes organismos públicos –municipio, acción social, educación, Justicia, Ministerio de Familia, Ministerio de Gobierno–, sectores privados –bancos, empresas, comercios, clubes–, ONG, fundaciones, asociaciones civiles, entidades religiosas y culturales, y del voluntariado. La interacción de tales intercambios logró cambiar “los fantasmas” que inicialmente obstaculizaban la puesta en marcha y el normal funcionamiento del Centro.

En las asambleas también se pusieron en evidencia diversas capacidades de los/as usuarios/as de *Camino Abierto* y de algunos vecinos/as. Entre todos compartían y socializaban diversas habilidades, mientras desde la Coordinación del Centro se realizaban gestiones para incorporar más talleres y ocupar la totalidad de la semana con actividades para toda la comunidad.

Una de las usuarias dictó un taller de pan casero, otro uno de lengua mapuche y otro de artesanías con madera, una vecina enseñó tejido y otras dieron clases de maquillaje, fotografía, plástica, y otras disciplinas. Los/as trabajadores/as de la salud dictaron talleres de teatro, costura, comunicación y deportes.

También llegaron a *Camino Abierto* talleres de danzas folklóricas, expresión corporal y artes visuales provenientes de la Escuela Municipal de Arte La Llave, y posteriormente se sumó el taller de Literatura por la adscripción de una docente del

Ministerio de Educación de la provincia de Río Negro cedida al centro cultural. Finalmente se consiguieron becas del Ministerio de Desarrollo Social de la provincia de Río Negro para pagar el resto de la grilla de talleres.

A través de gestiones realizadas con el área de deportes del Municipio, se consiguió que se pudiera usar dos veces por semana el gimnasio municipal, el más cercano al Centro Cultural, donde se realizaban talleres deportivos como vóley, básquet y fútbol. Los docentes eran del voluntariado del Hospital y la coordinadora del centro cultural.

Una vez por semana se realizaba un grupo terapéutico y, luego de un año de trabajo con los/as usuarios/as y sus familias, se abrió para ellos un grupo psicoeducativo. De ese grupo surgió la Asociación Civil de Usuarios, Familiares y Amigos de *Camino Abierto*, conocida como ACUFA.

Con el tiempo se observó que la formación académica en las universidades no acompaña en su totalidad las necesidades que se presentan en la población en cuanto al modelo de atención y cuidados que se necesita en salud mental (Levav, 1992), por lo que se consideró la posibilidad de invitar a los/as residentes de medicina general del Hospital a hacer una rotación por *Camino Abierto*. Esta experiencia fue reconocida por los/as residentes como muy valiosa y con el correr del tiempo se recibieron muchas solicitudes de pasantías de estudiantes y profesionales de diversos lugares. Una de ellas describió su paso por *Camino Abierto* en una nota para la revista *Topía* (Bori, 2016).

3.3. Un primer año con hechos destacados

A lo largo de 2008, el año de su creación, hubo tres sucesos importantes que le dieron identidad al Centro Cultural. Uno tuvo que ver con encontrarle el nombre. Desde el taller de expresión corporal se propuso hacer una clase especial con una modalidad de participación espontánea y artística integrando la expresión corporal, las artes plásticas y las literarias. Ese encuentro se hizo en el salón más grande del Centro con la participación de la mayoría de los/as usuarios/as, trabajadores/as y vecinos/as.

Se comenzó con un trabajo corporal y luego un ejercicio plástico. Se extendió en el piso del salón un gran rollo de papel y allí, todos al mismo tiempo, hicieron bocetos del logo y posibles nombres que reflejaran la identidad del lugar. De ese trabajo surgió el logo (se reproduce en el Anexo 1), y el nombre *Camino Abierto*,

cuya síntesis sería: “camino” porque todo es un transitar en la vida y “abierto” porque el lugar está abierto a todo/as, según las palabras de los que participaron.

El segundo suceso importante tiene que ver con una propuesta que desde la Coordinación se presentó para que *Camino Abierto* formara parte de la iniciativa *Un minuto por mis derechos*, de Unicef. El proyecto consistió en realizar, con la colaboración de la Fundación Kine, talleres con alumnos de escuelas secundarias que se capacitaron en *Camino Abierto* en herramientas técnicas y artísticas para hacer un corto de un minuto sobre los derechos de niños/as y adolescentes. Se presentaron tres cortos: “Un no lugar” (YouTube, 2008a); “Epidemia social” (YouTube, 2008b) y “Calle” (YouTube, 2008c).

Más allá del valor artístico y de visibilización de los derechos que tuvo esa experiencia, fue un trabajo orientado a generar una mayor amplitud de participación. La presencia de jóvenes en *Camino Abierto*, los avales de organismos como Unicef y la Fundación Kine¹⁰, la declaración de interés por la Municipalidad de San Carlos de Bariloche y por la Legislatura de Río Negro (ANB, 2008b), y las notas periodísticas que se publicaron al respecto, favorecieron un positivo posicionamiento del Centro en la comunidad.

Al concurrir a *Camino Abierto*, los jóvenes que participaron del proyecto, de 15 a 21 años, no sólo recibían los contenidos mencionados sino que también jugaban al ping pong con los/as usuarios/as, tomaban mate, se encontraban con los/as de otras escuelas. La experiencia permitió también que los/as jóvenes viajaran a la muestra nacional de los cortos, que tuvo lugar en la ciudad de Buenos Aires, muchos en su primera visita a la Capital Federal. Asimismo, esos meses de trabajo intenso y de intercambio crearon bases para relaciones que los/as estudiantes generaron entre *Camino Abierto* y la comunidad, con sus familias, compañeros/as, centros educativos correspondientes, etc.

El otro suceso importante que generó también visibilidad del trabajo de *Camino Abierto* fue la fiesta callejera de Fin de Año. Se pensó en una organización que pudiera generar una amplia participación, para ello se preparó un programa en el que se alternaron los números artísticos de *Camino Abierto* y de la comunidad. Participó toda la población del Centro Cultural, con sus respectivos talleres, y un gran número

¹⁰ La Fundación Kine, Cultural y Educativa, es una organización no gubernamental creada en 2003 en Argentina para promover la inclusión social, cultural y educativa de niños/as y adolescentes, jóvenes y adultos/as utilizando el lenguaje audiovisual y tecnologías de la información y comunicación como herramientas expresivas.

de artistas de toda la comunidad, como las danzas folklóricas de la escuela La Llave, un grupo de música del movimiento artístico de Bariloche, enfermeros/as y médicos/as del Hospital, un circo, una banda de música de salsa, y hasta un vecino que espontáneamente se acercó con su instrumento y subió al escenario a tocar la gaita. Todo esto en un clima de mucho festejo y con la activa participación de todas las personas usuarias. Mientras iban transcurriendo los números artísticos, se invitaba a los presentes a conocer *Camino Abierto* para que vieran las muestras de los diferentes talleres. La fiesta, que se extendió hasta las 21 horas, finalizó con un gran baile en la calle.

3.4. La vigencia continúa

Al momento de realizarse la investigación que aquí se presenta, que finalizó en 2019, el Centro Cultural Comunitario *Camino Abierto* funcionaba como un dispositivo abierto a todos los individuos de la comunidad para atender con igual dedicación y respeto a todas las personas que tuvieron internaciones por algún padecimiento mental y personas que no estuvieron en tal situación.

Brinda a toda la comunidad de Bariloche emprendimientos culturales, deportivos y laborales, así como grupos terapéuticos, atención individual, etc. *Camino Abierto* se ha constituido en un espacio que reproduce la vida en comunidad, donde lo importante es el crecimiento que aporta a la persona el hecho de compartir con otros. Se valorizan los grupos informales como las mateadas, almuerzos, cumpleaños, salidas y excursiones por considerarlos sostenedores, generadores de pertenencia e identidad.

Dentro de las acciones que llevan adelante los/as trabajadores/as de la salud mental con el objetivo de promover mejores condiciones de vida para las personas con padecimiento mental, están las de mantener reuniones con la familia incorporándola a una lógica de autonomía y apoyo mutuo, gestionar pensiones, apoyar el trabajo temporario e incluir el trabajo productivo de diferentes emprendimientos. Todas las acciones están orientadas a acompañar, apoyar y promover las capacidades de las personas, ampliando lo máximo posible el abanico de posibilidades de inclusión social (en el Anexo 2 se detallan todas las actividades). Las acciones del Centro han sido reflejadas en medio nacionales (*La Nación*, 2009a, 2009b; *Clarín*, 2013), así como en revistas del ámbito de la salud mental (Bori, 2016; Elvira, 2012).

3.5. Más allá de nuestro país

La posibilidad de intercambiar experiencias más allá del lugar donde uno las genera y las vivencia, siempre es un desafío. Gracias a una rotación de servicio que realizamos en Asturias, Granada, Barcelona, Lille y posteriormente en Perú, pudimos dar a conocer el trabajo realizado en *Camino Abierto*. Pero lo más relevante para nosotros fue la participación de dos jóvenes integrantes del taller de literatura de *Camino Abierto* en el IV Certamen Literario Rosetta, realizado por la Fundación Orange, de Madrid en 2011. Sus poemas “Sus manos” y “Animal sangre árbol” recibieron mención de honor de dicho certamen. Fueron las únicas extranjeras en obtener ese premio (Bariloche2000, 2011).

La repercusión que tuvo la experiencia tanto de participar como el reconocimiento, generó un clima de mucha alegría y esperanzas. En *Camino Abierto* se trabaja con las capacidades de todas las personas y ese reconocimiento así lo demostró. A raíz de ese evento y de la posibilidad de dar a conocer el Centro en otros lugares, hemos recibido muchos reconocimientos de otros países, y a través de los/as usuarios/as de servicios de salud mental y trabajadores/as de la salud.

Capítulo 4

CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO

Como adelantamos, *Camino Abierto* se encuentra ubicado en la ciudad de San Carlos de Bariloche, en la provincia de Río Negro, en la Patagonia argentina.

4.1. El Centro y su ciudad

Bariloche es la ciudad más poblada de los Andes Patagónicos, linda con el Parque Nacional Nahuel Huapi (Biedma, 1987), junto a la cordillera de los Andes (Anexo 3, fotos 1 y 2).

A lo largo de la historia, estas tierras fueron habitadas por tehuelches, puelches y pehuenches, y luego por mapuches (araucanos para los conquistadores europeos), que luego de llegar a través de los Andes desde la región histórica de Arauco, en lo que hoy es Chile, lograron absorber las costumbres y tradiciones de los primeros hasta finalmente extender su cultura por toda la Patagonia. En el siglo XVII, los europeos avanzaron con su evangelización jesuítica en toda la región y a fines del XIX comenzaron a llegar pobladores no pertenecientes a las culturas originarias. Así, año tras año Bariloche se fue poblando con familias provenientes de diversos países de Europa y otros países limítrofes en convivencia con el pueblo mapuche.

En cuanto al origen del nombre, la palabra “Bariloche” viene del mapuzungun¹¹, idioma mapuche donde *vuri* significa detrás, *lof* es caserío y *che* es gente. Es decir que Bariloche significa “gente que vive en el lado opuesto de la cordillera”, que era el nombre que daban los mapuches que vivían en lo que hoy es Chile, a quienes habían migrado al lado oriental de la cordillera de los Andes y asentado donde ahora está la ciudad. Y se dice que el agregado de “San Carlos” surgió más tarde, a partir de un error en una carta enviada en 1895 por un pionero inglés asentado en el Nahuel Huapi a don Carlos Wiederhold, propietario del primer almacén del caserío, en la cual el británico confundió el tratamiento de “don” por apócope “san” y por algún motivo esto quedó incorporado al nombre.

¹¹ El mapuzungun es una lengua preexistente a los Estados argentino y chileno. En la década de 1990 el pueblo mapuche comenzó a exigir al Estado nacional el reconocimiento de sus derechos lingüísticos como derechos humanos y a partir de estos reclamos se han delineado políticas para la revitalización y recuperación del mapuzungun. Un ejemplo de ello es que se sentaron las bases para la Educación Intercultural Bilingüe en el nivel primario.

Hacemos referencia al nombre porque de alguna manera muestra la conformación poblacional de la ciudad, y porque ese crisol de habitantes –la mitad de la población es de origen mapuche y otros muchos son descendientes directos de europeos– se vio reflejado como prejuicio en la comunidad que en su momento se opuso a la apertura del dispositivo que es nuestro objeto de estudio. Las diferencias sociales marcadas acentúan, de alguna manera, el estigma hacia las personas con padecimiento mental. Como expresa el estudio “Barrios y Áreas Sociales de San Carlos de Bariloche”:

San Carlos de Bariloche es una ciudad fragmentada. Este es el primer paso de una reflexión científica que pretende demostrar que los crecimientos acelerados y sin control, con fuerte diferenciación social, devienen en mundos urbanos de exclusión. La fragmentación espacial completa el par asociado; dicha noción habla de una ciudad que deja de ser orgánica (o no lo ha sido en su historia) y pasa a ser fragmentada. La fragmentación “asocia componentes espaciales (desconexiones físicas, discontinuidades morfológicas), dimensiones sociales (repliegue comunitario, lógicas exclusivas) y políticas (dispersión de actores y autonomización de dispositivos de gestión y de regulación urbana. [...] San Carlos de Bariloche muestra una organización interna donde hay proximidad de ricos y pobres con relaciones asimétricas. O sin relaciones sociales ni espaciales. Desde las evidencias empíricas y desde la hipótesis propuesta, cabe indicar que la diferenciación social tiene su correspondencia en la fragmentación espacial, que no sólo es física por las condiciones del emplazamiento de San Carlos de Bariloche, sino que la secuencia temporal de los loteos, la construcción de viviendas sociales y la actividad turística que capta las mayores inversiones nacionales e internacionales, más las migraciones internas e internacionales, contribuyen a delinear varias ciudades en una misma ciudad. A mayor desigualdad social, más fragmentación, formas menos solidarias y reagrupamientos por afinidad (Sánchez, Sassone y Matossian, 2007: 14).

Es así entonces que podemos observar que Bariloche presenta la complejidad de ser una ciudad marcada por diferencias de clase, que convive con el turismo que busca la imagen postal de barrios de bajos recursos (Anexo 3, foto 3). *Camino Abierto* se encuentra ubicado en el barrio Ñireco, a dos cuadras del lago Nahuel Huapi y a 10 del Hospital Zonal, un lugar accesible a todas las líneas de colectivo. Comparte el radio con uno de los clubes y colegios más importantes de Bariloche (Anexo 3, foto 4).

4.2. Datos sociodemográficos de los/as usuarios/as

La población que concurre a *Camino Abierto* forma parte de un grupo marcadamente excluido por la sociedad barilochense por su condición de “sufriente mental” y/o por pertenecer a la clase económicamente más carenciada. Está compuesta por hombres y mujeres de entre 17 a 65 años, la mayoría sin pareja y de nivel sociocultural bajo,

algunos beneficiarios de una pensión y otros con trabajos temporarios. Todos pueden formar parte de los emprendimientos laborales del Centro Cultural, que en el momento de realizar la investigación para esta tesis eran Mostrando La Hilacha, Artesano y Maquinando; en ellos se confeccionan tejidos, trabajos en madera, artesanías, delantales, bolsas de supermercado, uniformes, etc. La mayoría trabaja en asambleas de convivencia –como se llama a los encuentros donde se distribuyen las tareas cotidianas, para poner en evidencia que se trata de un acuerdo grupal– sus hábitos relacionados a la higiene, el cuidado del cuerpo, las actividades domésticas, la preparación de alimentos, la relación de respeto mutuo, los festejos, las creencias, etc. No concurren al Centro las personas que estén en crisis o intoxicadas, que se derivan al Hospital Zonal.

4.3. Organización del Centro

El Centro Cultural *Camino Abierto* es parte del Servicio de Salud Mental del Hospital Zonal de Bariloche, y depende de la Dirección de Salud Mental de la Provincia de Río Negro. Las actividades que allí se realizan (Anexo 2) intentan cubrir las necesidades de los/as usuarios/as, teniendo en cuenta las demandas, y aportar actividades que se enmarcan dentro de lo creativo, imaginativo y participativo.

El Centro cuenta con los siguientes recursos humanos: el Ministerio de Salud provincial aporta una coordinadora, que es psicóloga social, además de una psicóloga, tres operadores de salud mental, una psiquiatra que atiende una mañana por semana y personal de limpieza; Desarrollo Humano y Articulación Solidaria, junto con la Municipalidad de Bariloche y la Secretaría de Cultura de la provincia, cubren los honorarios de una secretaria y de talleristas de literatura, cerámica, música, plástica, teatro, yoga, murga, medios audiovisuales, carpintería, radio, artesanías, fútbol, vóley, costura y tejido. En el Anexo 4 se reproduce el organigrama del Centro con el detalle de la totalidad de las tareas que se realizan.

Los recursos materiales necesarios para llevar adelante los talleres los aportan diversos sectores públicos del Gobierno de la Provincia de Río Negro y de la Nación, la Municipalidad y las organizaciones sociales de San Carlos de Bariloche. Durante un período de dos años, el Ministerio de Educación de la provincia subsidió una tallerista de literatura, que cumplía la totalidad de su horario de trabajo en el Centro Cultural. Además de coordinar el espacio de literatura, organizaba la biblioteca y se

sumaba a participar de otros talleres, el armado de muestras, las intervenciones callejeras, la fiesta de fin de año, entre otras actividades.

En cuanto a las funciones del Centro, vale remitirnos al documento elaborado por la Coordinación de Salud Mental de la Provincia de Río Negro en 2008, ya que ilumina la fundamentación de la existencia de *Camino Abierto*. En su fundamentación dice (el texto completo figura en el Anexo 5):

La salud mental comunitaria supone el intercambio social y la construcción de redes sociales como una instancia imprescindible para la promoción de las personas y sus derechos de ciudadanía. // En este sentido, se hace ineludible la construcción y reforzamiento de espacios comunitarios de interacción social. // Esto tiene múltiples finalidades: al compartir espacios, tareas y emprendimientos se revierten los prejuicios que marginan a las personas que padecen sufrimiento mental; se facilita el desarrollo de los recursos de salud presentes en todas las personas; permite acceder a los propios conflictos a partir de incluirse en un entorno que propicia la comprensión y reparación del sufrimiento y la marginalidad; posibilita desencadenar actitudes solidarias y promover el conocimiento y desarrollo de las propias capacidades. // El “Centro Socio-Comunitario” se inscribe en el marco de la Ley 2440 de “Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental”, como espacio de promoción de las personas y su reinserción social.

4.4. Las relaciones con otras experiencias

Para analizar el proceso de puesta en marcha en el Centro Cultural, resultaron relevantes experiencias que apuntan a mejorar las condiciones de vida de los/as usuarios/as, y el sostenimiento en el tiempo de la atención y cuidados necesarios y valorando los criterios de autonomía y de capacidad de las personas con padecimiento mental.

En este sentido, se ha identificado el trabajo de asociaciones de usuarios/as y familiares, así como de organizaciones sociales, que sin concentrarse en estructuras de orden público realizan acciones coincidentes con las desarrolladas en *Camino Abierto*, ya sea haciendo base en centros comunitarios dependientes de organizaciones no gubernamentales o desarrollando algunas de sus acciones en centros de salud u otras estructuras comunitarias.

En este sentido, se destaca el trabajo que vienen realizando las redes de familiares y usuarios/as de diversas localidades como, por ejemplo, la Red de Familiares, Usuarios y Voluntarios por los Derechos en Salud Mental (RED FUV) y la ya mencionada ACUFA. Sabemos de los avances logrados por estos colectivos en el apoyo a familiares, /ass, técnicos/as y la comunidad en general en promover su cambio de actitud sobre los problemas relacionados al estigma y la discriminación, en desarro-

llar emprendimientos laborales, en impulsar talleres creativos y productivos de arte, gastronomía, lectoescritura, canto, etc. A esto se suma la tarea de promover una nueva formación en los profesionales de salud mental acerca de las perspectivas comunitarias de atención y colaborar con ello; de influenciar en las políticas públicas y la fiscalización del sistema y de los servicios de salud mental, denunciando violaciones a los derechos de las personas. Estas últimas tareas que los han llevado a ser parte del Ministerio de Salud de la Nación, es decir, a ser contratados como parte de los recursos no convencionales de salud mental, y del Órgano de Revisión de la Ley 26.657 como parte de su plenario intersectorial, entre otros estamentos públicos.

Otras experiencias con las que se encuentran puntos de identificación son aquellas en las que desde el trabajo interdisciplinario prima la cooperación entre los sujetos y en el que se integran saberes que no son disciplinarios. Reconocemos coincidencias con el estudio “Prácticas participativas que utilizan arte, creatividad y juego en el espacio público: un estudio exploratorio desde la perspectiva de Atención Primaria de Salud integral con enfoque en salud mental” (Bang, 2011), por considerar que en el caso de *Camino Abierto* dichas prácticas son parte de las políticas de salud, articuladas con recursos del Estado.

Pensamos que es importante el compromiso del Estado en sostener con recursos humanos y materiales dichas prácticas, dado que, como lo demuestra el estudio “Participación y redes de cuidado entre usuarios de servicios de salud mental en el nordeste brasileño: mapeando dispositivos de reinserción social” (Dimenestein *et al.*, 2012), la construcción, manutención y fortalecimiento de las asociaciones responsables de sostener el trabajo comunitario en salud mental, y la inexistencia de una fuente estable de recursos, es uno de los mayores problemas que se tiene para mantenerse en el tiempo.

También son relevantes para nuestra perspectiva otros estudios realizados en Brasil sobre dispositivos intersectoriales y comunitarios que promueven la autonomía y ciudadanía de las personas con sufrimiento mental, como es el caso de los Centros de Convivencia y Cultura en diversos municipios de Campiñas, San Pablo y Belo Horizonte. En dichos centros la inclusión se realiza por medio de actividades artísticas, deportivas, culturales y de educación, las que son ofrecidas a la comunidad en general (Ferigato, Sy y Resende Carvalho, 2011). Estos, al igual que otras experiencias locales, como el Frente de Artistas del Borda, se vinculan con la producción artística en un contexto donde sigue presente aún el hospital psiquiátrico, por lo que

no se puede asimilar estrictamente a la experiencia analizada en la presente investigación.

A su vez, compartimos la visión del estudio realizado en Bogotá en el que se destaca que los avances en relación con la participación comunitaria en salud mental se deben fundamentalmente a dos factores: a la actitud política y los esfuerzos de la administración local; y al compromiso social de los/las referentes o equipos de profesionales que trabajan con la comunidad, que “han ido más lejos de lo que la institución les permite”, “se han quitado la camiseta del hospital y se han puesto la de la comunidad” y “han dejado de ser funcionarios públicos para convertirse en ciudadanos de derecho y parte de la comunidad” (Restrepo Vélez y Vega Romero, 2009).

Nuestro estudio parte del presupuesto a probar de que la participación activa de los/las miembros de la comunidad es sólo un medio para llegar a un fin: el mejoramiento de la calidad de salud de la población y de las condiciones de vida de las personas (Bronfman y Gleizer, 1994). En este sentido, observamos que la inexistencia de manicomios es fundamental para que se pueda llevar adelante una verdadera tarea de inclusión social.

El Centro Cultural *Camino Abierto* propone al arte como una excusa para encontrarse, agruparse, combatir el aislamiento social, y donde la permanencia del lazo afectivo entre las personas nos refleja que no es necesario transformar en nosografía todo padecimiento. Allí se plantea que todos somos personas, y en ese estado de situación y encuentro parece producirse bienestar entre los integrantes de *Camino Abierto*.

Se ha observado que el cambio de paradigma promovido provoca resistencia en algunos/as profesionales y que este ha sido un obstáculo en todos los países que han encarado la reforma (Moreira Alves Feitosa *et al.*, 2012). Para este paradigma resulta clave la formación de recursos humanos acordes con el trabajo en salud mental comunitaria con fuerte compromiso en la defensa de los derechos de las personas con padecimiento mental.

Capítulo 5

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

El presente estudio se enmarca dentro de una investigación cualitativa, de tipo exploratoria, descriptiva, y de aproximación etnográfica a un caso. Tal como propone Roberto K. Yin, el estudio de caso es una estrategia de investigación que permite cubrir las condiciones contextuales deliberadamente. Se basa en una pregunta empírica que investiga un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de vida real, sobre todo cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son claramente evidentes.

La pregunta de estudio de caso cubre con la técnicamente distintiva situación en la cual habrá muchas más variables de interés que apuntes de datos, y como resultado confía en las fuentes múltiples de evidencia, con datos que necesitan converger de un modo triangular, y como otro resultado beneficia el desarrollo anterior de proposiciones teóricas para guiar colección de los datos y análisis. No abarca el universo de todos los estudios posibles sobre la temática sino, como su nombre lo indica, un caso (Yin, 1994).

La unidad de observación es el Centro Cultural *Camino Abierto*, dispositivo de salud mental que depende del Hospital Zonal de San Carlos de Bariloche. Su análisis entrecruza tres condiciones iniciales: la inexistencia de psiquiátricos en la provincia, su total apertura a la comunidad y su dependencia de un hospital público. Las variables que en ese contexto sociosanitario se investigaron son la participación comunitaria y la inclusión social.

Dada la índole del caso a estudiar consideramos apropiado optar por un diseño cualitativo etnográfico, porque permite abordar intensivamente dichas variables, a la vez que descubrir otras. Además, consideramos que el método etnográfico es abierto y flexible. Abierto en el sentido de que busca comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva de sus miembros (entendidos como actores/as, agentes o sujetos sociales); y flexible porque son los/as actores/as los privilegiados para expresar en palabras y prácticas el sentido de su vida, su cotidianeidad, sus hechos extraordinarios y su devenir.

Por otra parte, intentamos vincular la investigación con la teoría para procurar nuevos conocimientos (Guber, 2001). En este sentido, tuvimos en cuenta también que no existe conocimiento que no esté mediado por el/la investigador/a y que en la

articulación vivencial entre teoría y discurso de los/as actores/as se encuentra su presencia.

Por eso algunos autores transcriben in extenso sus recuerdos y vivencias, sus diálogos y anécdotas, no para evaluar la articulación entre los datos, la teoría y la interpretación sino para experimentar en el texto una relación investigador-informantes más equitativa (Guber, 2001: 50).

En la investigación se llevó a cabo un abordaje holístico dado que la perspectiva de los/as actores/as fue tomada en cuenta en su totalidad, profundizando dicha observación en las dimensiones sociales, psicológicas y culturales de la comunidad en integración con las prácticas discursivas (Jodelet, 2003). También se integró el análisis del discurso (Foucault, 1970; Blommaert, 2005) y se ha tenido en cuenta que toda intervención a favor de un cambio social supone la referencia a las representaciones sociales que acompañan dicho cambio (Jodelet, 1986).

Las representaciones sociales son la manera en que nosotros sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano. En pocas palabras el conocimiento “espontáneo”, ingenuo que habitualmente se denomina conocimiento de sentido común o bien pensamiento natural por oposición al pensamiento científico. Este conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social. De este modo, ese conocimiento es en muchos aspectos un conocimiento socialmente elaborado y compartido. Bajo sus múltiples aspectos intenta dominar esencialmente nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan nuestro universo de vida o que surgen en él, actuar sobre y con otras personas, situarnos respecto a ellas, responder a las preguntas que nos plantea el mundo, saber lo que significan los descubrimientos de la ciencia y el devenir histórico para la conducta de nuestra vida, etc. (Jodelet, 1984: 473).

Con antelación a la realización del trabajo de campo, el proyecto fue evaluado positivamente por la Universidad Nacional de Lanús y la Comisión Provincial de Investigación en Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro. El comité de Ética de la provincia de Río Negro lo enmarcó en los principios establecidos para la investigación con seres humanos en el Código de Núremberg, la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Declaración de Helsinki, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos y la Ley Nacional 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento. Además cumple con las directrices de la Guía para la Investigación en Seres Humanos, de la Comisión Nacional Salud Investiga.

Otros avales muy importantes para realizar la presente investigación fueron el de la Coordinación del centro Cultural *Camino Abierto*, la dirección del Hospital Zonal Bariloche y la Coordinación de Salud Mental de la provincia de Río Negro.

5.1. Trabajo de campo y análisis de los resultados

En el trabajo de campo se documentaron las actividades que se realizaban en el Centro Cultural, y la situación y percepción de los diferentes actores/as sociales implicados. Para el armado del corpus se utilizaron diferentes técnicas de recolección de datos: la observación participante en asambleas, grupos, reuniones familiares, etc., la realización de entrevistas semidirigidas de acuerdo a un modelo preestablecido (Anexo 6) a los distintos actores/as –usuarios/as, trabajadores/as y comunidad relacionada con *Camino Abierto*–, el registro de conversaciones espontáneas, la consulta de documentación gráfica, el relevamiento de textos escritos por los/las usuarios/as de *Camino Abierto*, y la recolección artículos de publicaciones periódicas y videos de Internet. La documentación se completó con entrevistas personalizadas a decisores/as políticos/as y referentes en salud mental locales. Los instrumentos utilizados en el trabajo de campo fueron: cuadernos de campo, hojas de consentimiento informado impreso, hojas con preguntas semiestructuradas, grabadora MP3, teléfono celular, cámara fotográfica, cámara de video y computadora.

Tuvimos en cuenta que formato de entrevista semiestructurada porque, si bien cuenta con un diseño prefijado, permite disponer de más opciones para respetar la particularidad de cada participante. En este caso se siguió una dinámica variable de acuerdo al perfil del/de la entrevistado/a por lo que en muchas ocasiones las preguntas fueron cambiando el orden a seguir, aunque sin perder de vista el objetivo y haciendo mucho hincapié en lo manifestado. Esto nos permitió explorar la permeabilidad de reacción de la persona entrevistada (Valles, 1997) y garantizar una conversación fluida y espontánea.

Las consideraciones éticas fueron un aspecto central del estudio, por lo que se trabajó desde el respeto y salvaguarda de los derechos de los/las usuarios/as en todas las instancias. El proceso de participación y la totalidad de las herramientas utilizadas contaron con el consentimiento informado de los/as actores/as involucrados, entendiendo no como mero formalismo, sino como un proceso de reflexión crítica exponente de grados superiores de conciencia, autonomía y autodeterminación (Anexo 7).

La selección se realizó bajo criterio de accesibilidad y heterogeneidad propuestas por Martin Hammersley y Paul Atkinson (citados en Valles, 1997).

Las entrevistas se realizaron entre mayo y agosto de 2016, y fueron registradas por medio de grabadora MP3 y teléfono celular. El tiempo de cada una fue de entre 30 y 90 minutos. Las transcripciones se realizaron tratando de ser lo más fiel posible a los audios (se adjuntan en los anexos 8, 9 y 10).

Luego del trabajo de campo realizamos un recuento de los datos obtenidos, la transcripción de grabaciones, la relectura del material y la organización de los relatos y los datos de la observación participante.

Clasificamos los datos obtenidos mediante un cuestionamiento elaborado en base a la fundamentación teórica y las preguntas que orientaron la investigación. En esta fase tuvimos en mente que el dato no existe por sí solo y en base a lo que era relevante en los textos elaboramos las categorías específicas, según su relevancia y densidad descriptiva. En este sentido, determinamos el conjunto o los conjuntos de las informaciones presentes en la comunicación.

Luego realizamos un análisis documental de los materiales como modo de acceder a la perspectiva de diferentes actores vinculados con el tema. Optamos por un diseño flexible que permitió advertir durante el proceso de investigación situaciones nuevas e inesperadas vinculadas con el tema de estudio; esto implicó ajustes en las preguntas y los propósitos, adoptar técnicas novedosas de recolección de datos y elaborar conceptualmente los datos de forma original (Vasilachis, 2006).

Al ser un estudio cualitativo no pretendimos dar datos representativos desde el punto de vista estadístico sino rescatar la perspectiva de los/as actores/as involucrados. Podría decirse que es una muestra voluntaria.

En la investigación cualitativa tuvimos en cuenta el interjuego de tensiones entre miradas o percepciones de diferentes subjetividades en las que el/la investigador/a también participaba junto a los sujetos de la investigación. Consideramos que nuestro punto de vista no va a estar por fuera de la investigación, dado el carácter etnográfico del enfoque adoptado. Tenemos en cuenta también que los vínculos durante este proceso se van moldeando. Cabe destacar que en este tipo de estudio la flexibilidad es el componente central de la investigación, e implica un proceso de cuestionamiento permanente y sistemático sobre los preconceptos del/de la investigador/a, lo encontrado en el campo y el proceso analítico (Guber, 2001).

5.2. Descripción de la muestra

La muestra estuvo conformada por usuarios/as del Centro Cultural *Camino Abierto*, trabajadores/as y referentes relacionados con el mismo, así como miembros de la comunidad, que en todos los casos expresaron su voluntad de participar en el presente estudio firmando el consentimiento. A continuación figura una descripción de la relación con el Centro que cada uno de ellos tenía al momento de realizar las entrevistas, basada en sus dichos y en nuestro conocimiento sobre su persona. En los anexos se reproducen las desgravaciones completas de las entrevistas.

5.2.1. Usuarios/as

Todas las entrevistas se realizaron en las instalaciones del centro.

Romina (38 años). Debido a su padecimiento mental había tenido varias internaciones en la sala general de mujeres del hospital de Bariloche. Concurría al Centro Cultural desde sus inicios y que desde entonces no tuvo un cuadro agudo ni necesitó internaciones. Tanto en la entrevista como en asambleas o en sus declaraciones para algún artículo periodísticos (*Clarín*, 2013), ella remarcaba mucho el valor de ese hecho, que no había requerido nuevas internaciones (Anexo 8a).

Edilio (57). Nació en Río Negro y siendo adulto se mudó a Neuquén donde formó una familia y tuvo hijos. Vivió internaciones psiquiátricas en varias provincias e hizo mención a su paso por manicomios de La Pampa y Córdoba. Interesó escuchar su perspectiva sobre el contraste de esas experiencias de atención y cuidado, frente a las que tuvo con la desmanicomialización en Río Negro. Contó no sólo su padecer sino el de su padre y cómo él lo vivenció. Fue relevante durante la entrevista su perspectiva en cuanto a qué implicancia tienen las actividades que se realizan en el Centro Cultural en relación al padecimiento mental, como así también todo lo relacionado con el estigma y la participación de los/as usuarios/as en la comunidad (Anexo 8b).

Pablo (38) y Emilio (58). A su pedido, fue una entrevista conjunta. Pablo se había ofrecido para ser entrevistado y en el momento de nuestro encuentro dijo: “Estaba charlando con Emilio de hacer la entrevistas juntos”. Nos interesó la propuesta de entrevistar a Emilio, ya que era de hablar poco, y al consultarlo pudimos comprobar que lo entusiasmaba realizar la entrevista. Pablo, por el contrario, era de entablar

lazos entre los/as usuarios/as del centro. Realizaba varios de los talleres culturales y deportivos, y era parte de la empresa social Maquinando; al momento de la entrevista estaba terminando el colegio secundario con la ayuda de las gestiones realizadas en *Camino Abierto* y el acompañamiento del equipo. Ambos concurrían al Centro desde 2015, donde habitualmente permanecían durante todo el día, y realizaban tratamiento farmacológico y psicológico en el Hospital Zonal (Anexo 8c).

Lili (61). Tuvo descompensaciones en Buenos Aires que luego superó, realizaba tratamiento farmacológico en el Hospital y grupal en el Centro Cultural. Tenía un problema en la vista, prácticamente era no vidente, y aunque en Bariloche había un dispositivo para personas no videntes, y que su hija insistía en llevarla ahí, ella prefería concurrir a *Camino Abierto*. Durante la entrevista habló de estos temas, dijo haber encontrado en el Centro una segunda familia. Era considerada muy cariñosa dentro del grupo y pudimos percibir que las relaciones que ella había entablado con sus compañeros y con el equipo la hacían sentir muy segura. Se ofreció voluntariamente a realizar la entrevista y nos interesó indagar cómo eran esas relaciones de las que tanto hablaba (Anexo 8d).

Rosita (55). Concorre al Centro desde 2011 y cuando llegó no podía relacionarse con la gente. Había atravesado una situación traumática familiar que la llevó a una profunda depresión, y a pesar de estar medicada desde años antes, no lograba salir de ese estado. Los comienzos de su participación en el Centro fueron difíciles, pero la atención y cuidado del equipo y de sus compañeros cambiaron notablemente su vida. Interesó conocer su mirada porque era una de las usuarias que partió de tener cero participaciones a involucrarse cada vez más en cada uno de los talleres. Al momento de la entrevista era una de las integrantes con más relevancia en la radio y en el taller literario. Pudo desarrollar talentos y habilidades de su juventud (fue locutora de una radio de la línea sur de la provincia de Río Negro-Zona Rural). Fue notable su forma y modo de expresarse, con amplio vocabulario y temple sereno (Anexo 8e).

5.2.2. Trabajadores/as y referentes

La mayoría de las entrevistas se realizaron en las instalaciones del Centro.

Gabriela Casal. Dictaba talleres integrados de artes plásticas, visuales y corporales, y tenía mucha presencia en casi todas las actividades y salidas que se realizaban en *Camino Abierto*. Comenzó a trabajar allí en 2012 y posteriormente hizo un curso de Operador de Salud Mental en el Hospital Zonal. Antes vivía en Buenos Aires y participó de actividades del Hospital Borda. Resultó muy interesante escuchar la perspectiva de alguien que no pertenecía al campo de la salud mental y que a su vez estaba tan comprometida con la temática (Anexo 9a).

Jonathan Peña. Dictaba el taller de literatura y había recopilado material que compartió como parte de fuentes secundarias de la investigación, con la correspondiente autorización de los/as usuarios/as (Anexo 11). Trabajó en proyectos que propician la inclusión social de los jóvenes de la Universidad Nacional de Río Negro y, en el momento de la entrevista, estaba terminando allí la carrera de Letras. Interesó conocer su trabajo en relación a la inclusión social de personas con padecimiento mental y cómo a través de la escritura se trabajan diversos temas vinculados a los intereses de nuestro estudio, como ser el estigma, el desarrollo de capacidades y la participación de las personas usuarias en la comunidad (Anexo 9b).

Alicia Bravo. Era parte de *Camino Abierto* desde sus inicios como profesora del taller de cerámica y también realizando gestiones. Fue directora de escuelas y una vez jubilada tuvo un cargo como asesora en la Legislatura. Le interesó el proyecto de un centro cultural para personas usuarias de servicios de salud mental y la comunidad porque estuvo en los inicios del armado de la Ley de Río Negro N° 2440. En la investigación resultaba necesario escuchar a quienes estuvieron desde el comienzo en la reforma y cómo vivenciaban las acciones de este dispositivo abierto a toda la comunidad (Anexo 9c).

Néstor Sensán. Psicólogo, fue jefe del Servicio de Salud Mental del Hospital de Bariloche y aunque se había retirado del cargo más de seis años antes del momento de la entrevista continuaba visitando el Centro Cultural con mucha regularidad. Procedente de una localidad pequeña de la provincia, la ciudad de Chimpay, en su discurso remarcó la complejidad de una ciudad como San Carlos de Bariloche y lo novedoso que fue para él conocer un dispositivo abierto a la comunidad como *Camino Abierto*. Interesó su perspectiva desde el lugar de la jefatura y cuáles habían sido los logros y

obstáculos en la tarea diaria, como la noción de equipo, el lugar de los talleres en el trabajo por la inclusión social, la participación o resistencias del resto de los actores de salud y la relación con las familias (Anexo 9d).

Pablo Santos. Al momento de la entrevista hacía tres años que era operador de salud mental en el Centro Cultural, y había trabajado en Buenos Aires en el Hospital Borda. Interesó conocer en sus palabras el contraste de lo vivido en relación al cuidado y atención en un hospital monovalente y en un dispositivo como es *Camino Abierto*, que está en una provincia donde desde hace treinta años no existen hospitales psiquiátricos. También saber, desde su perspectiva, qué funciones cumple un operador de salud mental (Anexo 9e).

Patricia Franco. Como psicóloga social y operadora de salud mental, era una informante clave en la investigación, ya que no sólo estuvo en *Camino Abierto* desde sus inicios de sino que en el momento de las entrevistas coordinaba el dispositivo. Pudo contar cómo se trabajó para superar el rechazo que los/as vecinos/as tuvieron en un comienzo y qué componentes fueron necesarios activar para que el centro se mantuviera exitosamente. Cuál había sido la incidencia de las actividades que allí se realizaban para generar o no una participación comunitaria. Aportó datos concretos del mejoramiento de la calidad de vida de los/as usuarios/as porque tuvo la oportunidad de hacer un seguimiento y continuidad en las intervenciones. También hubo muchas referencias a la gestión y a los obstáculos que se presentaban tanto en cuanto a la obtención de recursos para el sostenimiento del Centro como a la interrelación con colegas del equipo de salud mental. Ella llevó adelante los emprendimientos laborales, primero fue Mostrando la Hilacha y luego Maquinando (Anexo 9f).

María Marta Puga. Médica, era la jefa del Departamento Médico del Hospital de Bariloche, del cual depende el área de Salud Mental, en el momento de la apertura del Centro Cultural. Resultó interesante su perspectiva dado que si bien su formación había sido tradicional, defendió defendido el proyecto desde los inicios y ha estado en cuanta asamblea y reuniones se realizaron cuando al comienzo hubo muchas trabas para abrirlo. A esto se sumaba su experiencia en el área de gestión y que hacía varios años que había dejado esa jefatura, seguía ligada afectivamente a *Camino Abierto* por las relaciones que había entablado. En la entrevista, realizada en su ofici-

na, remarcó que la mayor dificultad había sido integrar al equipo de salud mental (Anexo 9g).

Felipe De Rosas. Médico, fue el director del Hospital Zonal de Bariloche que de alguna manera impulsó la apertura de *Camino Abierto*. Es oriundo de Mendoza por lo que en la entrevista aportó el contraste de trabajar en un lugar donde hay manicomios y una provincia pionera en la desmanicomialización. Asimismo, su fuerte formación y experiencia en el trabajo comunitario y una visión integral de las personas que tienen un padecimiento mental. Estuvo al frente de todos los avatares que se presentaron antes y durante la apertura del Centro Cultural. Fue quien brindó el apoyo a los/as trabajadores/as que iban a comenzar con la experiencia de trabajar en un centro cultural abierto a la comunidad dependiente de un hospital público. En la entrevista hizo referencias a que no alcanza con una ley de salud mental, si bien es importante, y que el mayor obstáculo lo encontró en los/as propios/as trabajadores/as. La entrevista se realizó en el centro de salud El Frutillar, donde él trabaja (Anexo 9h).

Diana Jerez. Psiquiatra, era coordinadora del Área de Salud Mental de la provincia en el momento de la apertura de *Camino Abierto*. Fue parte del proceso de desmanicomialización de la provincia de Río Negro. Antes de ser médica fue enfermera, luego se especializó en clínica de niños y en la provincia trabajó intensamente en salud mental comunitaria. Su perspectiva de cómo fue todo el proceso resultó relevante y significativo. Fue la gestora de recursos necesarios para llevar adelante el proceso. Hizo una reforma en el Servicio de Salud Mental que consistió en descentralizar los recursos humanos del Hospital de Bariloche a los centros de salud y a *Camino Abierto*. Tuvo apoyo del Ministerio de Salud y de la Dirección del Hospital y una fuerte resistencia por parte del Servicio de Salud Mental. Propició la capacitación y el acompañamiento en reuniones de equipo a nivel provincial para que se pudiera trabajar de manera acorde en toda la provincia. Hizo hincapié en el trabajo con los operadores de salud mental, y en crear dispositivos intermedios (Anexo 9i).

Adriana Gutiérrez. Era ministra de Salud cuando se abrió *Camino Abierto*. Si bien es contadora en su formación de base, manifestó tener mucha sensibilidad con todos los temas de discapacidad y, en palabras de algunos de los/as trabajadores/as entrevistados, su trabajo estuvo orientado a fortalecer y favorecer la atención primaria de

la salud. También fue parte del proceso de la creación de la Ley 2440. En la entrevista remarcó los problemas con el equipo de salud mental, pero también con la sociedad de Bariloche al momento de querer abrir un centro como *Camino Abierto*. Ponderó la noción de liderazgo para poder llevar adelante este cambio. Interesó conocer su perspectiva como decisora política en un momento de cambio de paradigma en el modelo de atención. También, sobre un tema tan importante como es el del presupuesto destinado a salud mental (Anexo 9j).

5.2.3. Vecinos/as

Se trata de personas que participaban en las diversas actividades del Centro Cultural, que han ido de visita, o que cumplieron algún rol en medios de comunicación. La mayoría de las entrevistas se realizaron en las instalaciones del Centro.

Carmen. Vivía en la misma manzana de *Camino Abierto*, en el momento de la apertura del dispositivo con su mamá y dos hijos. Fue quien reunió 1.400 firmas de los/as vecinos/as para que ese centro no se abriera. Interesó en particular el proceso de haberse posicionado en contra a ser una de las personas que durante diez años no faltó a casi ningún taller. En la época en que se abrió *Camino Abierto* estuvo unos días internada en el Hospital Zonal por un problema en la pierna, la psicóloga que estaba de guardia vio que estaba llorando y se acercó para hablar. Sin saber que ella era vecina, la invitó a que fuera a *Camino Abierto*. Carmen quedó muy agradecida por ese momento y, como tenía mucha vergüenza por haber juntados las firmas, sólo se sumó a participar de un baile en una fiesta callejera que se realizó en *Camino Abierto*. A partir de ese momento nunca más dejó de ir. También comenzaron a concurrir asiduamente su hija y sus dos nietas. Ella, además de participar en los emprendimientos culturales y deportivos, ha conseguido trabajo a través de gestiones realizadas en *Camino Abierto* y también formaba parte de Maquinando (Anexo 10a).

Arnaldo. Concurría a *Camino Abierto* desde los inicios, cuando era la pareja de una usuaria. Dijo haber encontrado en el dispositivo un lugar familiar, de amigos. Ha participado de todo tipo de talleres pero prefería el deportivo. Nos interesó escuchar su perspectiva y la relación que había entablado con los/as vecinos/as. Se presentó como gran colaborador en las tareas que hay que realizar en el Centro y mencionó que le contaba a los vecinos lo bien que le hacía *Camino Abierto* a las personas.

Cuando se incendió su casa sintió mucho apoyo de todos los integrantes del Centro. En los comienzos, en las fiestas que se realizaban en *Camino Abierto*, Arnaldo era el disc-jockey, llevaba un equipo muy grande que había armado en un carrito para cada evento (Anexo 10b).

Beatriz. Como médica del Hospital y vecina cercana de *Camino Abierto*, nos interesó su testimonio para tener una visión del barrio y de la institución de la que depende el Centro. Nos contó que los/as vecinos/as estaban muy asustados al principio pero gracias al trabajo realizado todo cambió notablemente. Según ella, *Camino* ocupa un lugar importante en el barrio a pesar de que mucha gente no se interese por la temática, pero tampoco le molesta. Recordó que su mamá y sus tíos, fallecidos al momento de la entrevista, gozaban mucho de las fiestas que se realizaban en la calle. Dijo haber encontrado más resistencia a participar en actividades con personas con padecimiento psíquico en el personal de salud que en los/as vecinos/as (Anexo 10c).

Mónica. Además de vecina era coordinadora de los estudiantes del Instituto de Formación Docente de la carrera de Educación Especial que realizaban pasantías en *Camino Abierto*. Su mirada resultaba interesante para la investigación porque entrecruzaba el campo institucional con el comunitario, y porque era quien escuchaba a los alumnos luego de la participación. Nos interesó el cambio que ella manifestó haber visto en ellos luego de intercambiar y de ser parte de diversos talleres. Remarcó en la entrevista que su participación y la de los alumnos en *Camino Abierto* fue un antes y un después en relación con lo que es la salud mental y el nuevo paradigma de atención. Dijo que nunca se había imaginado poder recrear la teoría de esa manera (Anexo 10d).

Capítulo 6

ANÁLISIS DE LO OBSERVADO: ACTORES

El punto de partida adoptado para el análisis del material obtenido fue el de una perspectiva psicosocial de los actores. Nos apoyamos en el marco de la salud mental comunitaria y en la psicología comunitaria por considerar que:

[...] es la rama de la psicología cuyo objeto es el de estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social, para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social (Montero, 1982).

De esta forma fue posible su caracterización y, a través de sus dichos en las entrevistas, establecer la perspectiva de cada uno de ellos.

6.1. Usuarios/as de servicios de salud mental

En la determinación de las personas con padecimiento mental, la primera pregunta que nos planteamos fue ¿por qué nos referimos a ellos como “usuarios/as de servicios de salud mental”? ¿Por qué no hablamos de “pacientes de salud mental”?

La Asamblea Permanente de Usuarixs de Servicios de Salud Mental (APUS-SAM)¹² se manifiesta en contra del término “pacientes” porque, entienden, remite a personas en estado pasivo, que esperan, y acepta “usuarios/as”, que habla de personas activas, que construyen.

No obstante, la terminología “usuarios/as de servicios de salud mental” tiene historia en la provincia de Río Negro, ya que la reforma iniciada en el año 1984 implicó un verdadero cambio de paradigma en todo sentido. Uno de los cuestionamientos fue el uso del lenguaje, de nombrar a la persona con padecimiento mental con algún concepto que remarcara ese cambio de paradigma.

Valorar la inclusión activa de nuevos actores/as sociales descentró la “cura” del psiquiatra, para convertirla en un acto multideterminado, vinculado a la calidad y la continuidad de los cuidados promocionales, que fueron exitosos en la medida en que se integraron y articulan todos los recursos terapéuticos posibles. Resultó evidente entonces que para favorecer y lograr ese nivel comunitario de participación existie-

¹² APUS-SAM es una organización constituida por usuarios/as de servicios de salud mental, que fue apoyada y tuvo su sede inicial en el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). Sus integrantes sostienen la necesidad de tener un espacio propio, más allá de las redes que establezcan con otros organismos diversos, que les permita hacer más visible la especificidad de sus voces y de las necesidades expresadas desde su lugar.

ron lazos de mutuo respeto y valoración entre los múltiples integrantes, tanto de aptitudes y competencias como de roles.

Esto implicó el cuestionamiento y la revisión de las relaciones entre los que saben-curan-dan-enseñan y los que ignoran-reciben-aprenden-son curados; dos grupos: los que pueden y los que no pueden. La ostentosa asimetría entre ambos nos reflejaba la candorosa y paternalista relación médico-paciente, relatada en la bibliografía tradicional. Más bien existía una brecha casi insalvable expresada en polaridades, como por ejemplo: pasivo (paciente)-activo (médico/psicólogo); el que espera-el esperado; el lego-el letrado. Estas polaridades no hacen más que confirmar la concentración de la autoridad en la figura del médico/a, psicólogo/a o sustitutos/as, los que ejercen una práctica cuyos ejes son el individuo, la asistencia y la enfermedad, sostenida conceptualmente por modelos clínico-tradicionales (Cohen y Natella, 2013).

Otro cambio conceptual se refiere a los/as usuarios/as como sujetos de derecho y necesidades. Este postulado resignifica la labor de los/as trabajadores/as de la salud mental en la que se incluye la defensa de los derechos y la satisfacción de las necesidades de las personas. Su realización implica la modificación de las prácticas hegemónicamente consideradas del campo de la salud mental, ya que además requiere de trabajo interinstitucional, intersectorial y con participación de los/as usuarios/as y familiares. Las diversas dimensiones de la vida del sufriente mental son transformadas en objetivo de la intervención para el campo de la salud mental comunitaria (Cohen y Natella, 1993).

En este mismo sentido, otras reformas como la de Brasil remarcaban este mismo concepto. El término “usuario/a” se encuentra en la legislación de este país (leyes 8080/90 y 8142/90) buscando destacar el protagonismo de lo que anteriormente era apenas un “paciente” (Amarante, 2009).

No se intenta negar el padecimiento al decir “usuario/a”, sino poner entre paréntesis la enfermedad, que de por sí conlleva un juicio de valor, de una etiqueta. Al decir de Basaglia, “lo esencial es tomar conciencia de lo que representa este individuo para mí, cuál es la realidad social en la que vive, cuál es su relación con esa realidad” (Basaglia, 1976: 45).

En las distintas entrevistas realizadas para el presente estudio se mencionó el término con diferentes matices. Pablo Santos, operador de salud mental, revaloriza el término “usuario/a”:

Usuario me parece que lo saca del lugar de enfermo, lo corre

del lugar del enfermo, no lo saca pero sí que lo corre. Paciente está más relacionado con la enfermedad y lo de la paciencia y que el paciente espera. Usuario está más relacionado con el uso del servicio, el uso del dispositivo y todo lo que incluye el dispositivo, talleres y nosotros mismos. Y también me parece que lo pone en lugar más de condición humana, nosotros también en algún punto somos usuarios de un montón de servicios, ellos son usuarios del de salud mental (Anexo 9e).

Sin embargo, en relación con estas dos maneras de mencionar a la persona con padecimiento mental, María Marta Puga, exjefa del Departamento Médico del Hospital Zonal, dijo:

Personas, pacientes... me parece mejor paciente que usuarios. Usuario me suena a una cosa, siempre me pasó lo mismo, como cliente. Cliente me parece negocio y usuario me parece una cosa, en cambio paciente, la verdad es que tienen paciencia es que no estamos mintiendo es cierto. El que va a salud siempre tiene que esperar, más o menos tiene que esperar, o sea que tiene que tener paciencia (Anexo 9g).

Felipe De Rosas, exdirector del Hospital Zonal de Bariloche, también se manifestó de manera crítica al uso del término “usuario/a”, si bien termina revalorizando lo semántico en cuanto al cambio de paradigma y la necesidad de instalar otro término para hablar de la persona con padecimiento mental, que acompañe dicho cambio.

No me gusta ninguna de las dos. [...] En realidad yo hoy le digo vecino, porque en un momento determinado nos plantearon que no teníamos que decir más paciente que era un modelo muy hegemónico. Que el paciente es el que espera, el que tiene que aguantar y después se empezó a hablar de cliente, yo estuve también en los 2000 donde se empezó a hablar de cliente. Después se empezó a hablar de usuario porque me parece que es muy acotado el término porqué usuario es el que usa un servicio y en realidad me parece que no tiene que quedarse ahí. [...] tiene que ver con otras cosas puede ser que la gente pueda no tener que usar un servicio para ser partícipe de una cuestión, de una idea y de un modelo. [...] Tiene que ser una persona con solicitud de derechos y ofrecerle derechos para su vida en este caso de derecho a la salud. [...] Ojo tampoco creo que es una cuestión semántica me parece que tiene que ver con la actitud. Yo puedo hablar de usuario de derechohabiente y mantener un modelo hegemónico. Yo puedo decir mis pacientitos y ser realmente re proactivo en la acción de derechos. Yo conozco médicos formados en lo antiguo y yo hablo con los pacientes y mueren por el doctor, mueren porque saben que cuando lo necesitan

va a estar [...] A mí me parece que no está demás lo semántico y es un valor más a trabajar, me parece que es importante y un valor más. Sobre todo en una estructura compleja, instituciones complejas como es un hospital (Anexo 9h).

Nosotros entendemos el padecimiento mental como una dimensión compleja de la existencia humana, que atraviesa diversas disciplinas e incluso diversos espacios institucionales. El sujeto que padece no es propiedad de ninguno, es un sujeto social situado en un lugar abierto a la participación propia y de otros actores. Creemos que todas las personas poseen recursos de salud, todos los sujetos tienen poder y saberes que usan como recursos.

Son usuarios/as del servicio de salud mental, de clínica médica, de farmacia, de talleres culturales, de emprendimientos laborales, del gimnasio, del municipio, de la biblioteca, de la escuela, de la universidad, de transporte, de planes de viviendas, de pensiones y de todos los servicios que una persona necesita para tener una vida digna. La entidad total y plena del ser humano, la recuperación de la identidad, dignidad y respeto como está expresado en el Artículo 1º de la Ley 2440:

Artículo 1º - La Provincia promueve un sistema de salud que atendiendo a la entidad total y plena del ser humano, garantice el tratamiento y rehabilitación de las personas, de cualquier edad, con sufrimiento mental. [...] La reinserción comunitaria de quien resulte internado deberá constituir el eje y causa de esta instancia terapéutica, teniendo en cuenta la singularidad de la persona humana, sus diversos momentos vitales y sus potencialidades de autonomía. La recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con sufrimiento mental, expresada en términos de su reinserción comunitaria, constituyen el fin último de esta Ley y de todas las acciones que de ella se desprenden.

Este artículo es el horizonte de las prácticas de desmanicomialización, lo que permite la construcción de una sociedad que respete la libertad y las necesidades de cada persona en el mismo grado de importancia y participación.

Entendemos que el término “usuario/a” es una forma de despsiquiatrización en el trato que se le brinda a la persona con padecimiento mental, que por supuesto tiene que estar acompañado de una actitud de respeto hacia la misma.

6.2. Trabajadores/as y operadores/as de salud mental

Como vimos, aunque en Río Negro se ha trabajado en facilitar contextos que permitan la recuperación y la inclusión social de las personas con padecimiento mental desde la década de 1980, el modelo de salud mental comunitaria y la desmanicomia-

lización continúan siendo un campo novedoso de prácticas alternativas y ha presentado algunas resistencias y dificultades. Por ello, hemos tratado de incluir en las entrevistas a los/as trabajadores/as que tuvieron que tomar decisiones políticas para llevar adelante la apertura del Centro Cultural *Camino Abierto* y su desarrollo.

Por su parte, la figura del/de la operador/a de salud mental, incorporada en 1992 en el marco de la Ley 2440, merece especial consideración por lo beneficioso que ha sido su trabajo en el proceso de desmanicomialización. Esto profundizó el abordaje alternativo a la respuesta tradicional a la crisis mental a partir de la cual históricamente se ha medicalizado el problema.

De esta forma, sectores hasta entonces desestimados en su posibilidad de intervención –alcohólicos/as recuperados/as, líderes, barriales, cocineros/as, choferes, mucamas, docentes, etc.– comenzaron a hacer aportes valiosísimos a partir del conocimiento de la vida, las historias, las costumbres, el medio cultural y social de las personas en crisis, por tratarse de familiares, amigos/as, vecinos, referentes de instituciones barriales, etc.

Según relatos de los/as trabajadores/as de *Camino Abierto*, la figura del/de la operador/a ha sido fundamental en cuanto al mantenimiento del enfoque comunitario, marcando fuertemente la reinserción social (Schiappa Pietra, 2008). Son ellos quienes se encargan de integrar la dimensión de la cotidianidad en la labor del equipo de salud mental. Al circular en el entorno habitual de los/as usuarios/as, conocen sus rutinas y su devenir en el barrio. De esta forma pueden detectar una posible descompensación, qué tipo de apoyo se necesita o qué aspectos de su funcionamiento deberían ser fortalecidos en el entorno (Cohen y Natella, 2013).

Como vimos, el trabajo en la salud mental comunitaria es interdisciplinario, se abre al campo a otras disciplinas, a otras teorías, en condiciones de igualdad y cooperación. Es por ello que podemos encontrar equipos en la salud mental comunitaria formados por múltiples disciplinas –operadores/as, médicos/as, psicólogos/as, psiquiatras/as, trabajadores/as sociales, enfermeros/as, terapistas ocupacionales, musicoterapeutas, psicopedagogos/as, etc.– y por idóneos y docentes, como es el caso de los talleristas de los emprendimientos culturales, deportivos y laborales. Ya en la Conferencia de Alma Ata se destacó que el problema de la salud excede a la medicina, se impulsan una serie de recomendaciones en cuanto a los cuidados de la salud mental con estrategias de atención primaria de la salud. En estas estrategias de intervención comunitaria participan usuarios/as, familias y grupos u organizaciones sociales.

En muchos países, incluido Argentina, el resultado ha sido hasta el momento que las consignas y propuestas de Salud Mental, bien recibidas por los profesionales y cuidadores no psiquiatras, se convierten en prácticas solidarias con los pacientes, se ocupan de la complejidad social de su padecimiento (empleo, vivienda, familia, pensiones o subsidios, situación jurídica, etc.), en suma se ocupan de "lo social", mientras que la hegemonía de la atención médica queda en manos de psiquiatras, quienes deciden sobre todo el proceso de atención y su control. Pertenecen a ellos la ideología que finalmente se difunde al campo social. [...] Un factor positivo en los procesos de reforma ha sido la incorporación de otros profesionales a la atención. Los psicólogos, los trabajadores sociales, enfermeros preparados para la atención de estos pacientes, los terapeutas ocupacionales, incorporan un modo de comprender y un trato con los pacientes diferente al tradicional de los psiquiatras [...]. De esta comprensión más amplia del sufrimiento se desprenden modos de comprensión diferentes que llevan a intervenciones más integrales con la familia, el grupo, la cultura y la vida social (Galende, 2008: 160).

Hemos podido escuchar a lo largo de las entrevistas los perfiles y las diversas formaciones de los/as trabajadores/as que formaron parte de la desmanicomialización. Nos interesa particularmente el de una persona que estuvo trabajando en los dos modelos mencionados, la doctora Diana Jerez.

Trabajo en la provincia de Río Negro desde el año 1988 en el área de Viedma, Río Negro y fui parte integrante del proceso de la desmanicomialización antes de la ley. Mi cargo es médica psiquiatra infantojuvenil, fui muchos años jefa del servicio del Zatti, hospital general. En esta provincia había un sólo hospital que era monovalente, se estaba haciendo todo un proceso de desinstitucionalización [...] Venía con un montón de experiencias bastante traumáticas respecto a esto de dejar los niños en una institución monovalente y que los padres no los pudieran ver por 30 días. Eran situaciones absolutamente absurdas e ilógicas, nos conllevaban en una creencia y esta cosa dogmática respecto a cómo era el tema del control. Creo que la desmanicomialización en esto nos empezó a replantear y poder mirar algo que no teníamos un plan en el país, eran todas experiencias aisladas que se habían hecho fundamentalmente con adultos. En el hospital Lanús, con Goldemberg hubo como cierta apertura que todo eso cae, todo el proceso militar se vuelve a cerrar. Yo siempre cuento que estas experiencias que no me podía sentar a comer con tres profesionales en una misma mesa porque estaba prohibido. Más de tres no... ¡Ya era un grupo! Entonces desaparece toda una mirada contextualizada de lo que es un ser social incluido a aferrarse en técnicas y en teorías que dan cuenta básicamente, únicamente de la subjetividad del sujeto y sin ninguna situación de mirada de contexto. De la socialización fundamentalmente. Creo que lo que nos planteamos en su momento en la desmanicomialización era el desafío de que esto se podía hacer, de que realmente esto ya se venía realizando, esto empezó en el 84, yo llegué en el 88. Ya se había

hecho un recorrido de lo que era realmente la salud mental comunitaria. Esto se va desarrollando, evidentemente trabajar en un hospital general es algo realmente muy loable, muy básico y que era una pelea que había que dar dentro del hospital para permanecer. Algunas personas me dijeron que estaba re loca si creía que iba a poder con una estructura sanitaria que era un paradigma inabordable. Nosotros demostramos en todos estos años que sí se puede, que se convive con esta situación. [...] uno tiene que tener la cabeza permanente abierta a la necesidad del otro y no a la necesidad de la institución. Parece una verdad tan sencilla pero es una construcción cotidiana contra nuestros propios métodos y hay que deconstruir las cosas que te enseñaron en la academia para utilizarlas realmente con el objetivo que se debe lograr. Porque en función de lo que dice la ciencia se puede cometer atrocidades, entonces siempre con un respeto por el otro en su contexto y en su historia. Este es un proceso en el que participamos todos e incluso cada uno de los artículos de la ley fue consensuado con todos los equipos (Anexo 9i).

Como podemos observar en el relato de esta trabajadora de salud mental, en este cambio de paradigma son imprescindibles la formación del recurso humano, la militancia en la defensa de los derechos y la fuerte convicción de que otro modelo es posible para mejorar las condiciones de vida de los/as usuarios/as de servicios de salud mental, entre otros componentes. Es por eso que encontramos un perfil de trabajadores/as en toda la reforma rionegrina que se basan en estos conceptos. Es conocida la denominación que se les dio a los/as pioneros/as de la reforma en la provincia de Río Negro. En palabras de la entrevistada:

Nos llamábamos la Armada Brancaleone. Íbamos con todos los recursos, porque además era una construcción permanente y además de construir en una sociedad con toda la estigmatización que tenía el loco, la peligrosidad, el discapacitado mental, el débil mental que tenía un retraso madurativo y que había que rescatarlo de la piedad del fondo, trabajar con las familias, darles garantías. Nos llamaban la Armada Brancaleone por eso (Anexo 9i).

En *La armada Brancaleone* –película italiana de 1966, dirigida por Mario Monicelli– se relatan una serie de aventuras que viven, parodiando ser caballeros medievales, un joven aristócrata y su grupo para lograr su misión. Los personajes muestran miedo, inseguridad, están poco equipados para la lucha. Resaltan los temores del hombre común frente al peligro y al mismo tiempo rompen con los estereotipos de lo esperable. A pesar de todos estos inconvenientes, gracias a la camaradería que reina entre

los personajes y a la valentía, pueden enfrentar al enemigo y llevar a cabo la misión. Pero en particular hacen obras grandiosas, inesperadas, desopilantes, que incluyen a personajes insospechados de realizar tales obras y que no son precisamente profesionales, sino personas reunidas casi al azar que encuentran un sentido conjunto y extraordinario.

El paralelismo que hacen los/as trabajadores/as con esta película denota que para trabajar en la salud mental comunitaria en el proceso de desmanicomialización es necesaria una gran cuota de aceptación de riesgos, incertidumbre, además de valor, espíritu de grupo, confianza en un líder y el deseo de ir más allá de todo convencionalismo. Desde esta épica, como condición del proceso de desmanicomialización, y como parte de este en la creación del Centro Cultural *Camino Abierto*, se debió trabajar y conquistar una destreza actitudinal, conocimientos multidisciplinarios y sectoriales, y la capacidad de establecer vínculos de confianza, no sólo entre el equipo sino con la comunidad toda.

Este es uno de los factores que aparecen como carencia a la hora de visualizar los obstáculos en el trabajo, por lo que consideramos que lograr una transformación del sistema de salud mental no es un problema sólo de cantidad de recursos. Pero también podemos observar que estas características son comunes a las reformas que se realizaron en otros países: “Yo no creo que se obtenga nada espontáneamente, se obtiene solamente a través de la lucha [...] hemos obtenido una ley que debemos defender día a día porque, aunque se trate de una ley de Estado, la mayoría no quería aplicarla (Basaglia, 2008). En una investigación llevada a cabo en Río Negro se da cuenta de que:

[...] a pesar del cansancio, sufrimiento y desgaste que los trabajadores expusieron, fue evidente que poseen una implicación con la tarea. Refirieron que la principal satisfacción para ellos es ver a los usuarios recuperados; y aseguraron que eso les genera una satisfacción muy gratificante. La propia tarea, cuando sus resultados son favorables, es una de las fuentes donde logran renovar la energía, y el deseo de trabajar en el programa de salud mental comunitaria (Baffo, 2011).

Solemos encontrar en todos los escritos que hacen referencia al/a la operador/a de salud mental como una figura clave en el proceso de la reforma rionegrina.

Fueron un recurso valioso para la inclusión en el vecindario de una persona con sufrimiento mental, apoyar la familia, ayudar en gestiones cotidianas para su autonomía, así como para obtener información de su evolución. Asimismo se encargaban de integrar la dimensión de la cotidianidad en la labor del equipo de salud mental. Al circular en el entorno habitual de los usuarios, conocían sus rutinas y su devenir en el barrio. De esta forma podían detectar una posible descompensación, qué tipo de apoyo

necesitaba o qué aspectos de su funcionamiento en el entorno debían ser fortalecidos (Cohen y Natella, 1993).

Es curioso ver que los primeros recursos no convencionales que se sumaron al movimiento de la desmanicomialización fueron los excluidos de un programa nacional alimentario. Podemos pensar el nacimiento de este recurso humano imprescindible como una oportunidad más de la reforma rionegrina de integración y reconocimiento a las personas que tienen como fin trabajar por la inclusión social.

Se consideran recursos no convencionales a aquellos que no poseían formación académica tradicional, y que por su historia, afinidad, sensibilidad y cercanía a las problemáticas de la salud mental poseían capacidad potencial para intervenir sobre estas...Esta fue una época compleja en la provincia, y la crisis económica impulsó a las autoridades a reducir el número del personal que trabajaba en el Estado. Durante ese período, el Ministerio de Asuntos Sociales de la provincia de Río Negro contaba con un sector de recursos humanos constituido por los llamados agentes PAN (Programa Alimentario Nacional) personas asignadas a un plan alimentario del área de acción social, lanzado por el gobierno nacional para paliar la deficiente alimentación en sectores carenciados de la población. Estos agentes, en su mayoría mujeres, habían recibido originalmente una capacitación que incluía la utilización de formularios para detectar situaciones de carencias poblacionales, realizar una visita domiciliaria, etc. Eran en general vecinos del barrio que tenían una supervisión periódica de la labor que efectuaban. Con el transcurso del tiempo, el programa PAN se fue debilitando y algunos agentes siguieron el camino de las actividades partidarias, distorsionando así el objetivo inicial. Las autoridades tomaron entonces la decisión de reducir a la mitad el personal PAN y la mitad de aquellos que permanecieron en funciones se incorporaron a la desmanicomialización. La mayor parte de estos nuevos recursos fueron incorporados a los equipos de las localidades donde residían, con el nombre de operadores (Cohen y Natella, 2013).

En el Centro Cultural *Camino Abierto* trabajan operadores/as de salud mental. Ellos/as se reconocen como figura de apoyo en muchos sentidos con el fin de lograr auto valimiento. Nos dijo Pablo Santos:

Me desempeño como operador, tarea que me gusta, que me encanta porque tiene como varias facetas, varias etapas, mucha actividad. [...] Nosotros acá trabajamos el tema del auto valimiento [...] obviamente tratamos de hacer un seguimiento donde podemos. [...] Yo siento que aprendo permanentemente de los usuarios. Aprendo permanentemente de la patología de ellos. Porque también ves el esfuerzo que hacen ellos desde su limitación para todo, para levantarse, para participar en un taller, para culminar una obra de cerámica. También mucha emoción cuando se festejan los cumpleaños, la alegría de ellos, viste, que alguien les festejen los cumpleaños. Y siento esto de la cuestión permanentemente querer ser uno más, y eso es lo buenísimo también que están saliendo de su lugar de no hacer nada. Eso me parece... poder

aportar con mi granito de arena a que esa persona pueda llegar a eso, es un golazo. [...] Para ellos este es un lugar de escucha [...] está buenísimo que nos tengan en cuenta como un lugar de escucha, porque fuera de hacer catarsis nos dan herramientas a nosotros para poder trabajar con ellos por la situación que están pasando. Nos da un racconto por la situación que está pasando cada usuario y a nosotros nos da herramientas de cómo movernos (Anexo 9e).

Como expresa Néstor Sensán, exjefe del Servicio de Salud Mental del Hospital de Bariloche, los/as trabajadores/as de la reforma rionegrina y los que se desempeñan en *Camino Abierto* realizan también tareas que, desde la atención tradicional en salud mental, son reservadas exclusivamente a recursos no profesionales, tales como agentes sanitarios u operadores/as. Sobre el trabajo que realizan en *Camino Abierto* dijo:

Porque esto no se aboca solamente a estar acá, yo la veo a Patricia, con ella hemos salido también a ver cuando un usuario no viene o cuando pasa algo y es muy bueno ir a un domicilio, eso también cuenta lo que es la salud mental comunitaria, no esperar a que el usuario venga sino también cuando surja algo, algún problema poder acudir a la casa y estar en relación directa con la familia (Anexo 9d).

De alguna manera, la figura del operador supone acciones colectivas y solidarias propias del fortalecimiento que se adquiere uniéndose con otros. Como relata Patricia Franco, coordinadora de *Camino Abierto*.

La gente se siente acompañada, el mayor problema de la gente es la soledad. Nosotros tenemos que llenar esos espacios de soledad que angustian, es nuestra tarea. [...] Entre la gente, el mate con la torta frita, contarse lo que hiciste el fin de semana, juntarse a hablar. Pero me parece que sólo con tomar mate es muy difícil que comiencen a hablar, es muy difícil el vínculo, ahí estamos nosotros que somos como los facilitadores para romper el hielo (Anexo 9f).

En las entrevistas realizadas se mencionó que en definitiva todos los/as trabajadores/as son operadores/as en el sentido de que cualquiera de los recursos humanos puede llevar adelante las estrategias planteadas más allá de las disciplinarias de base, las que fortalecen y amplían las respuestas en vez de funcionar como límites en la acción. Esto quiere decir que cada profesional aporta su saber en relación a una demanda concreta y entre todo el equipo se decide cuál será la estrategia a seguir para lograr una mejor inclusión del/de la usuario/a de servicios de salud mental.

Las múltiples tareas que realizan los equipos de salud mental de la provincia de Río Negro, de acuerdo a la normativa establecida en 2003, se pueden resumir de la siguiente forma:

Actividad de asistencia individual:

1. Entrevista de evaluación psicofarmacológica.
2. Atención domiciliaria.
3. Interconsulta.
4. Entrevista de evaluación y orientación de la demanda.
5. Atención en consultorio individual
6. Intervención de urgencia.
7. Exámenes y contactos para fines administrativos.

Actividad grupal:

1. Grupo de evaluación de tratamiento psicofarmacológico.
2. Grupo de alcoholismo y otras adicciones.
3. Evaluación y orientación de la demanda grupal.
4. Grupo terapéutico.

Actividades institucionales:

1. Actividades interdisciplinarias e intersectoriales.
2. Capacitación del equipo de salud mental.
3. Reunión equipo de salud mental.
4. Docencia y asesoramiento.
5. Trabajo administrativo.
6. Gestión trámite para usuarios.
7. Derivación.
8. Patrulla.

Actividades comunitarias:

1. Acompañamiento y cuidados personalizados.
2. Visita domiciliaria.
3. Promoción cultural.
4. Promoción laboral: cooperativa, empresa social, gestión de empleo y planes laborales.
5. Promoción social: alimentación y vivienda.
6. Otras actividades interinstitucionales.
7. Promoción a iniciativas de autogestión.

Actividades en la interacción:

1. Atención individual personalizada.
2. Interconsultas solicitadas a otros servicios.
3. Intervención de urgencia.
4. Actividades destinadas a la revinculación.
5. Exámenes y contactos para fines administrativos.
6. Acompañamiento.

Dentro de las acciones que llevan adelante los/as trabajadores/as de la salud mental de la provincia de Río Negro, con el objetivo de “promover una mejor calidad de vida para las personas con padecimiento mental”, están, además de las asistenciales, las de mantener reuniones con la familia, gestionar pensiones, apoyar el trabajo temporario e incluir el trabajo productivo de diferentes emprendimientos. Todas las actividades están orientadas a acompañar, apoyar, promover las capacidades de las personas, ampliando lo máximo posible el abanico de posibilidades de inclusión social.

Tanto en las entrevistas realizadas para el presente estudio como en el detalle de las tareas de los equipos se ve reflejada la importancia del trabajo interdisciplinario e intersectorial al realizar cualquier abordaje teniendo en cuenta el contexto en el que vive la persona con padecimiento mental.

6.3. Comunidad

Lo comunitario se define por la posición o la relación significativa que el sujeto mantiene con su lugar y por el vínculo que mantiene ese lugar con el sujeto. Es “[...] la puesta en movimiento de la inteligencia y la voluntad de la gente, de energías y aptitudes para enfrentar la complejidad de lo real” (Rotelli, 2014). Ese entorno comunitario deberá favorecer los procesos de socialización, autorrealización, sentido de pertenencia e individuación. El concepto de comunidad:

[...] está asociado más comúnmente con el correspondiente a un conjunto de personas que comparten un determinado espacio geográfico (p.ej., un vecindario); sin embargo, en el contexto de salud pública, las comunidades a las que van dirigidas las intervenciones constituyen también otros tipos de colectividades, como escuelas, fábricas o clubes sociales. El concepto de “comunidad” engloba no sólo al conjunto de personas que la forman, sino también las complejas relaciones sociales que existen entre sus miembros, el sistema de creencias que profesan y las normas sociales que las rigen. En tanto que pudiera ser atractivo encasillar a las comunidades en diferentes tipologías, el intentarlo podría desvirtuar la unicidad de cada una de ellas y enmascarar las diferencias que las caracterizan. Por ello, la apreciación de la singular complejidad de cada comunidad es

esencial para la comprensión del contexto en el que la gente toma decisiones que afectan su salud y bienestar (OPS, 2009: 86).

La comunidad no sólo es un espacio geográfico, sino, sobre todo, una red de vínculos en donde se construye y desarrolla el sujeto. Es el soporte para promover, desarrollar y madurar los procesos de recuperación. Ocuparnos de la comunidad nos obliga de alguna manera a tener una mirada que siempre será en forma de prisma, capaz de observar permanentemente todas las caras de la historia de un/a usuario/a. Mirada que debe favorecer la autonomía en las tomas de decisiones, respetando valores y libres elecciones. En otras palabras, podemos decir que, cuando existe una comunidad que sostiene y respeta sus derechos, es el/la usuario/a mismo/a quien determina el proceso y sus ritmos en el camino hacia la inclusión social. El modelo comunitario aporta mucho en este sentido.

La red de salud mental comunitaria debe tener la responsabilidad sobre un territorio definido que corresponda a la misma planificación que el resto de los servicios sanitarios y administrativos. Esta es la forma de poder imbricarse con la comunidad y aprovechar los recursos que esta tiene para colaborar en el abordaje de los problemas de salud mental. Es una condición necesaria cuando se trabaja con un modelo biopsicosocial. El vínculo con la comunidad permite hacer hincapié en los programas preventivos, sobre todo en aquellos que tienen que ver con la promoción de la salud. En el terreno preventivo, otros organismos de la comunidad, tanto sociales como educativos, juegan un papel primordial al igual que los movimientos ciudadanos que trabajan por la mejora de las condiciones de vida. La red de salud mental debe estar superpuesta con estas agencias y organizaciones (Basauri, 2005).

En el presente estudio, dentro de lo que consideramos *comunidad* hemos incluido a los/as vecinos/as, pasantes de diversas localidades y medios de comunicación, como una manera de englobar a todas las personas que han circulado y circulan por *Camino Abierto* y que no son usuarios/as ni trabajadores/as. Son sus relatos los que dan cuenta de la importancia de la participación de todos los/as actores/as en el proceso de recuperación de las personas con padecimiento mental. En su libro *Vivir sin manicomios*, Franco Rotelli hace mención a la importancia de la participación de la comunidad en el proceso de la cura:

[...] una participación esencial de los recursos de la comunidad favorece potencialmente una enorme movilización de energía [...], Como dice Monsieur Lapalisse: para curar a muchas personas es mejor ser muchos y ese efecto multiplicador necesita de estrategias de multiplicación; que demandan muchísimo dinero para muchísimos profesionales involucrados o activando energías mucho menos caras, pero que abarquen un gran número de personas (no profesionales) (Rotelli, 2014).

Reconocemos la resistencia que ha ofrecido la comunidad de San Carlos de Bariloche en lo que respecta a su participación en las actividades del Centro Cultural, que no sólo está registrada en los discursos de los actores sino también en contenidos periodísticos. A la complejidad de variables que hay que tener en cuenta para abordar los problemas típicos de cualquier padecimiento mental, a la falta de recursos que habitualmente existe, se suma un alto nivel de resistencia por parte de la comunidad.

Franco Basaglia analiza esta problemática y comenta que hubo dos tipos de dificultades. Una de ellas tenía que ver con los/as operadores/as, en particular los enfermeros/as, que eran los más numerosos, cerca de quinientos; eran personas ligadas al régimen antiguo, es decir que preferían ser guardianes más que técnicos de salud mental. La otra dificultad fue la resistencia de la ciudad ya mencionada. Entonces el comienzo del trabajo consistió en convencer a la población “[...], sobre todo, llevar al loco a la calle, insertarlo en la vida social” (Basaglia, 2008).

Las palabras de Basaglia no pueden resultar más acertadas si las relacionamos con la apertura del centro cultural *Camino Abierto* en la comunidad de Bariloche. Para los/as trabajadores/as del Centro, la participación de la comunidad significaba un intercambio activo, de respeto mutuo y de valoración de sus integrantes, y no una mera tolerancia con el dispositivo y sus usuarios/as. Basaglia habla de la “ideología de la tolerancia” como arrogante y pretenciosa, pues implica soportar (tolerar) al otro. En definitiva, la concepción de que la gente participe de su propia asistencia tiene que ver con una idea global del sujeto y con la construcción de una nueva representación social, y que es la que hace hincapié en transformar desde sus raíces la dimensión sociocultural que implica el compromiso de la sociedad en lo que respecta al padecimiento mental.

Una forma de participación eficaz en este sentido, fue la producción artística y cultural de usuarios/as, familiares, trabajadores/as, voluntarios/as y vecinos/as de *Camino Abierto* en el que se forjaron relaciones de paridad y respeto mutuo, en una misma condición de usuarios/as de un servicio. Algunas experiencias llevadas a cabo en Brasil, como la de Locos por la Vida, son relevantes en este cambio de paradigma (Amarante, 2009).

En Río Negro lo comunitario se expresa en todas las actividades mencionadas y en especial en lo que los/as pioneros/as de la reforma han definido como la ya mencionada asamblea comunitaria, con la intención de construir respuestas compartidas frente a la problemática que presenta una persona con padecimiento mental,

aunque responsabilidad del sector sanitario es indudable. La participación de todos los/as actores/as amplía la capacidad de respuesta y los recursos terapéuticos.

Por ese motivo, fueron convocados en forma conjunta el personal de salud, líderes naturales de la comunidad, integrantes de la policía, el juez de paz, religiosos, funcionarios del municipio, periodistas locales, directivos de educación, entre otros. La intención fue recibir en forma directa las distintas opiniones respecto a la situación que planteaba la persona con sufrimiento mental en la comunidad; en otras palabras, que cada uno pudiera expresar su parecer y escuchar la opinión del otro. Se buscaba identificar las principales dificultades, poder explicar y dar información y establecer qué responsabilidad podían asumir los presentes de manera consensuada (Cohen y Natella, 2013).

Como lo hemos remarcado anteriormente, fueron muchos los obstáculos que hubo que sortear para que *Camino Abierto* se pudiera abrir en el barrio Ñireco. Una nota periodística del momento lo refleja:

Los vecinos del barrio Ñireco, que no ven con buenos ojos la iniciativa, confirmaron su asistencia y ratificaron que la reunión sea en dicho edificio, para apreciar las refacciones realizadas y dar mayor tranquilidad a los vecinos. Días atrás el secretario de Gobierno, Adolfo Fourés, recibió a los residentes del barrio que se oponen al proyecto y les anticipó un categórico rechazo del municipio a la instalación de las casas de Medio Camino y del Inimputable. Fourés dio la razón a los manifestantes opositores y confirmó que “no se pueden instalar centros de salud en ese área de la ciudad porque los códigos urbanos lo prohíben”. Los vecinos presentaron unas 1.400 firmas de adhesión a su reclamo y se retiraron conformes del encuentro (ANB, 2007).

La situación se agravó porque no sólo los/as vecinos/as se oponían a la apertura del centro sino también las autoridades municipales, que obviamente querían sostener la buena vinculación con la vecindad. Eran evidentes las diferencias que se plantearon en ese momento con las autoridades provinciales y municipales por lo que fue necesario implementar una gran asamblea comunitaria como parte de la resolución de este conflicto. Realizada en un lugar público, reunió usuarios/as de servicios de salud mental, trabajadores/as de la salud, jueces/zas, defensores/as públicos, familiares de usuarios/as y vecinos/as.

En la primera reunión mantenida entre funcionarios provinciales y vecinos quedó claro que hay varias cosas por resolver, antes que se abra la "Casa de Medio Camino", prevista para el barrio Ñireco. Los profesionales de Salud Mental y los vecinos se reunieron ayer por primera vez en el Centro Administrativo de la calle Onelli, donde ambas partes pudieron exponer sus argumentos. // La reunión duró dos horas y los profesionales explicaron en detalle la necesidad de que Bariloche tenga un lugar donde los sufrientes mentales puedan rehabilitarse. Enumeraron las bondades del programa y cómo funcionan las casas de Medio Camino en otras ciudades, como ser El Bolsón, Viedma y General Roca. En primer lugar proyectaron un ilustrativo video, armado ex profeso para la reunión, donde los doctores Felipe De Rosas, director del hospital local, María Marta Pu-

ga, jefa del departamento de atención médica, Susana López, del servicio de salud mental y Sandra Caccavo, psiquiatra del hospital de El Bolsón, explicaron cómo funciona el programa de salud mental en Río Negro, delineado en la ley 2.440, de 1991 // También habló Luis Suero, director del grupo Crearte, que hace años trabaja con personas discapacitadas. Entre los asistentes se encontraba el doctor Alberto Lucio, jefe de salud mental en la provincia y la titular de la casa de Medio Camino de General Roca...En términos generales quedó claro que los vecinos no discriminan a los enfermos, pero tienen miedo de que la experiencia no resulte satisfactoria. “Sabemos que hoy en día todos ellos viven en Bariloche y también que hace falta un lugar más adecuado que el hospital para alojarlos; pero analicemos cuál es ese lugar, no debemos optar por la primera opción que se nos presenta”, explicó uno de los presentes ante. // El problema central radica que junto a los sufrientes mentales leves se alojaría allí a las personas declaradas inimputables por la justicia, las cuales en general cometieron algún delito grave y por ser insanos no pueden encerrarse en una cárcel. // El barrio ya se había movilizado en oportunidad de proyectarse construir allí el Hogar Convivir, donde se alojan los menores de edad que cometieron delitos. La presión de los vecinos hizo que el proyecto se relocalizara y hoy Bariloche tenga un hogar para menores, de lujo, con todos los requisitos, en un lugar significativamente más apto que la costa del Nahuel Huapi. Pese a ser un hogar modelo, las fugas de jóvenes son frecuentes. “Gracias a Dios no los tenemos en el barrio”, dijo una vecina. // Respecto al inmueble situado en Misiones 75, donde funcionó un jardín de infantes (relocalizado en un nuevo y moderno edificio), los vecinos afirman que “es inapropiado, insuficiente y no apto para alojar a los enfermos mentales”. // Sus argumentos encontraron eco en el actual secretario de gobierno del municipio, Adolfo Fourés, quien les anticipó un categórico rechazo. Dijo que “no se pueden instalar centros de salud en esa área de la ciudad porque los códigos urbanos lo prohíben”. Los vecinos ya juntaron 1.400 firmas (*Río Negro*, 2007).

Luego de esa asamblea hubo un giro en la solución del conflicto. Fue también muy importante el apoyo político en ese momento.

Lo que no podemos hacer es reducir el análisis del tema a la falsa antinomia manicomio versus enfermos mentales en la calle librados a su suerte. Los errores en la materialización de esta ley no nos pueden llevar a su demonización y al consecuente endiosamiento de los manicomios, porque sabemos que las instituciones neuropsiquiátricas están cuestionadas en todo el mundo y porque así lo acaba de confirmar la Organización Panamericana de la Salud planteando su erradicación y buscando otras alternativas para la reinserción social de los enfermos”, detalló Mendioroz. // Como vicegobernador electo, en mi próxima gestión me comprometo a defender la Ley 2440, a rescatar su espíritu de vanguardia, a generar el ámbito de discusión debatiendo el tema, realizando las modificaciones que sean necesarias y a trabajar para que la implementación esté a la altura de su letra y de las necesidades de los rionegrinos”, finalizó Mendioroz (*Barinoticias*, 2007).

Hemos observado que no fue sencillo ese cambio de representación social respecto de la inclusión y la participación. Existe una conciencia colectiva, compuesta por los códigos, valores, lógicas e interpretaciones negativas acerca de lo que representa una persona con un padecimiento mental y que están presentes en las formas que los ve-

cinos actúan frente a la propuesta de instalar el dispositivo propuesto por salud pública. Serge Moscovici define las representaciones sociales como:

[...] una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos... La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación (Moscovici, 1976: 17).

Fue entonces cuando la propuesta inicial de casa de medio camino se transformó en Centro Cultural:

El polémico proyecto de instalar una Casa de Medio Camino -para alojar a personas inimputables con psicopatologías- fue modificado en su concepción. Luego de la fuerte oposición de los vecinos, se instalará en el mismo lugar un Centro Cultural Comunitario que tendrá como objetivo favorecer la inserción social. // La polémica que se desató hacia fines del año pasado por la instalación de una Casa de Medio Camino en el barrio Ñireco, parece haberse convertido en el mejor ejemplo de cesión de posiciones entre sectores antagónicos. Mientras las autoridades promovían la instalación de un centro donde alojar a personas con problemas de salud mental –entre ellos, inimputables–, los vecinos expresaban su oposición y su temor por la permanencia de estos pacientes en la zona. Luego de exponer las posturas, el consenso llegó y según señalaron hoy desde el Hospital Zonal, aquel proyecto de Casa de Medio Camino se concretará, pero a través de un Centro Cultural Comunitario que tendrá como objetivo promover la inclusión social. // Así lo confirmó esta mañana a través de los micrófonos de Radio O (ciclo El Monitor) la psicóloga, Coordinadora de Centros Comunitarios: “Hubo un cambio en todo este tiempo con lo que iba ser la famosa Casa de Medio Camino”, explicó la profesional y agregó: “Lo que se hará es un Centro Cultural Comunitario, pero no sólo para usuarios de salud mental, sino que estará abierto para facilitar el encuentro social, para permitir un intercambio comunitario desde los talleres artísticos y laborales que se van a ofrecer”. // Elvira subrayó que “el lugar va a facilitar y a posibilitar la inclusión social. En ese sentido, ha virado bastante de la idea original”. // Consultada acerca de los pacientes de salud mental, la médica aclaró que “los usuarios del Hospital podrán tener un espacio, así como también los vecinos que quieran inscribirse en esos talleres laborales y artísticos. Estamos hablando de la inclusión social, por lo tanto no estamos sectorizando a las personas que participen de este espacio. Por eso se llama Centro Cultural Comunitario”, destacó. // En cuanto a la polémica inicial generada entre autoridades y vecinos, la psicóloga recordó: “El temor de los vecinos era que en ese lugar estarían alojados los inimputables. En principio, en Bariloche no los hay en este momento y se ha cambiado el proyecto para que funcione como lugar de inclusión social. Allí habrá actividades abiertas y en todo caso la duda de los vecinos era quién iba a vivir arriba, en un departamento pequeño que el Hospital usa como lugar para residentes”. // El centro comunitario funcionará en el mismo lugar en el que iba a instalarse el proyecto anterior: Misiones 75, barrio Ñireco. En cuanto a los plazos para su puesta en marcha, informaron que: “estamos esperando los nombramientos de operadores y talleristas. Pero será pronto” (ANB, 2008a).

Desde lo representacional, la distinción social entre un espacio asociado a la presencia de “los/as locos/as” y otro, asociado a la “la cultura” permitió viabilizar la com-

prensión de una novedad de cambio objetivo (adentro-afuera de la locura) a través de algo más familiar, aceptado socialmente. Lo cultural favoreció el cambio de representación que se tenía del dispositivo y disminuyeron la discriminación, el estigma, la demanda social de encierro.

Las representaciones sociales son la manera en que nosotros sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano. En pocas palabras el conocimiento “espontáneo”, ingenuo [...] que habitualmente se denomina conocimiento de sentido común o bien pensamiento natural por oposición al pensamiento científico. Este conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social. De este modo, ese conocimiento es en muchos aspectos un conocimiento socialmente elaborado y compartido. Bajo sus múltiples aspectos intenta dominar esencialmente nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan nuestro universo de vida o que surgen en él, actuar sobre y con otras personas, situarnos respecto a ellas, responder a las preguntas que nos plantea el mundo, saber lo que significan los descubrimientos de la ciencia y el devenir histórico para la conducta de nuestra vida, etc. (Jodelet, 1984: 473).

Finalmente, parece ser que gracias a la participación activa, sostenida en el tiempo y con el apoyo de muchos integrantes de la comunidad que se pudo instalar este dispositivo que ya lleva doce años de existencia.

Pudimos comprobar que algunos de los/as vecinos/as que se oponían también tenían alguna vinculación con personas con padecimiento mental, y otros que sin presentar un trastorno severo estaban necesitando algún tipo de apoyo. En palabras de José Schiappa Pietra, uno de los pioneros de la reforma de salud mental en Río Negro, “Lo curativo, como casi siempre en salud mental, deriva de que en ese compartir el estar se comparte el dolor de cualquiera. Será la agrupación en su conjunto la que elaborará el dolor de cada uno como dolor de todos” (Schiappa Pietra, 2012).

Capítulo 7

ANÁLISIS DE LO OBSERVADO: EJES CONCEPTUALES

El chequeo realizado al momento de concluir la recolección de datos y la revisión de toda la información nos permitió identificar distintos ejes conceptuales para analizar. Entendemos que una de las tareas cruciales, en este tipo de investigación, es el manejo de información que permita la construcción de datos, esa tarea que llamamos “el análisis” (Schettini y Cortazzo, 2015). A partir de eso, buscamos establecer articulaciones entre los datos y los referentes teóricos para responder a las cuestiones de la investigación, en base a sus objetivos. Así, buscamos promover relaciones entre lo concreto y lo abstracto, lo general y lo particular, la teoría y la práctica (De Souza Minayo, 2003).

En este sentido, en nuestro análisis tuvimos en cuenta que cada uno de los temas que abordamos se entrecruza con otros y estos a su vez con otros, y así sucesivamente. Por ello, son de alto impacto las intervenciones múltiples que intentan abarcar la mayor cantidad de variables que se presentan en relación con la salud mental. ¿Será la participación comunitaria –entendida como acciones conjuntas y responsables de la comunidad– un intento de dar respuesta a esa gama de multiplicidades?

En muchas de las entrevistas realizadas para el presente estudio se hizo referencia a la activa participación de los actores en la comunidad a través de algún hecho artístico, deportivo o laboral. También hemos observado que estas actividades han sido oportunidades de desmarcación en cuanto al diagnóstico que las personas con padecimientos mentales suelen portar.

Creemos que esa desmarcación está íntimamente ligada a la idea de *modulación*, o sea, que el correrse de un diagnóstico produce un salto, que la persona puede sentirse en otro lugar, que puede flexibilizar el rol asignado. Que lo puede modular. Las más de tres décadas de reforma en salud mental que se viene desarrollando en la provincia de Río Negro, que garantizan una participación en un contexto sin encierro, sostiene un continuo que podría designarse como *un proceso de participación-desmarcación-modulación*. Sobre esta base, evidentemente, se ha podido crear un dispositivo como *Camino Abierto*. Un cambio de gran magnitud que, se ha comprobado, sólo puede ser instalado de manera colectiva y donde lo esencial es la partici-

pación de los/as usuarios/as, los/as trabajadores/as de la salud y el compromiso de toda la comunidad.

Nos vamos a detener un instante en definir el concepto de *modulación* ligado a la participación comunitaria. Lo pensamos desde el marco de la música porque nos permite ampliar nuestra mirada con relación a la salud mental. Es un recurso metafórico que permite dar cuenta conceptualmente este proceso de transformación.

En la mayoría de las obras musicales predomina una tonalidad determinada alrededor de la cual giran las múltiples tonalidades.

Se entiende por modulación el hecho de pasar de una tonalidad anteriormente determinada a otra nueva o bien un pequeño fragmento musical que nos transportará de una tonalidad a otra. [...] Debemos aclarar que por “modulación” no se entiende únicamente ese cambio de tonalidad que se produce en la obra sino a todo el proceso por el cual se lleva a cabo ese cambio tonal (Oposinet, 2015).

Esta imagen de movimiento y flexibilidad plasmada en la música la vemos reflejada en el cambio que vivencian los/las actores/as participantes del centro cultural. En las presentaciones de los/as usuarios/as hemos podido registrar esta modulación cuando en vez de presentarse como paciente de salud mental lo hacen como murguero/a, actor/riz, músico/a, costurero/a, y así sucesivamente con las diversas actividades y espacios de referencia que encontraron en el dispositivo. Esta modulación ha sido efectiva gracias a la participación en diversos espacios, como talleres artísticos y eventos deportivos. También ha sido positiva por la posibilidad de conseguir trabajo, ya sea en la empresa social Maquinando o en alguna de las opciones que surgieron desde el Centro, como vender revistas *Al Margen* o trabajar en el estacionamiento medido. Y, por sobre todas las cosas, por esa *modulación* que fueron logrando dentro de la comunidad (Anexos 8, 9 y 10).

Esta posibilidad de transformación y modulación de los roles prefijados, que solemos considerar como estigma, marca, etiqueta (Goffman, 1970), se da en parte gracias a que *Camino Abierto* es un centro abierto a la comunidad, lo que facilita la amplia cooperación de diversos actores. Hemos registrado una activa participación de vecinos/as, artistas, estudiantes, profesionales, técnicos/as, artesanos/as, gente de diversas localidades, además de las personas con padecimiento mental.

Esto nos lleva a pensar que también tiene que existir, paralelamente, por parte de la comunidad y de los/as trabajadores/as, una capacidad de modular sus roles, de flexibilizar la mirada que habitualmente se tiene del padecimiento mental. Si bien,

como hemos visto en el presente estudio, existen profesionales que ofrecieron resistencia a trabajar en este modelo comunitario, como así también vecinos/as que en el comienzo se oponían, hubo un trabajo de años que permitió revertir este posicionamiento.

En este sentido, consideramos que el reconocer capacidad en el otro genera una ganancia de poder en las personas con padecimiento mental. Son muchas las herramientas que se pueden ofrecer frente a una situación de padecimiento mental pero las que están ligadas a la comunidad son las que en definitiva acercan a la persona, al estado de salud que puede haber tenido antes de una crisis “[...] la persona se enferma en la comunidad, lo más natural es que sane en la misma” (Schiappa Pietra, 2012).

Teniendo en cuenta estas consideraciones, del análisis del trabajo de campo se desprenden cuatro categorías: trama vincular, actividades, contexto-participación comunitaria, y tensiones y desacuerdos. En todos los casos las categorías se analizaron, además que desde un fundamento teórico, desde distintas perspectivas, de acuerdo a lo dicho en las entrevistas, y por lo reflejado en las publicaciones.

7.1. Trama vincular

Nos preguntamos cuál sería el punto de encuentro entre los/las usuarios/as, los/as trabajadores/as y la comunidad. Qué consensos y desacuerdos existían y que conflictos de intereses se reflejaban en la trama vincular.

Entendemos, en primera instancia, que el padecimiento mental afecta el lazo social de la persona o quizás ese lazo social trastornado o impedido son las razones del padecimiento. La curación equivale, de alguna manera, a este restablecimiento de la capacidad social para vivir con otros, proveerse el ingreso a través del trabajo, comprender y participar de los significados y valores de la cultura que se habita. El eje de la integración social es lo que ha puesto a la idea de comunidad como estrategia prioritaria para la acción (Galende, 2008).

Las relaciones que se entablan en *Camino Abierto* parecen estar orientadas en este sentido (Infonews, 2013). Nos llamó la atención cuántas veces se hizo mención a los vínculos afectivos en las entrevistas realizadas y las charlas informales mantenidas en la observación dentro del trabajo de campo. Pareciera ser un factor muy importante que une a los que van circulando por el Centro Cultural a lo largo del tiempo

y que ha resultado ser un factor preponderante en la rehabilitación y mejoramiento de las condiciones de vida de quienes concurren.

En este sentido, acordamos con la idea de que “los procesos de subjetivación tienen dos caras inseparables: la construcción individual de la subjetividad y el lazo social que la hace posible” (Ferullo de Parajón, 2006).

7.1.1. La perspectiva de los/as usuarios/as

Refiriéndose a la confianza, Romina dijo:

No tengo palabras para explicar eso, poder charlar con el otro, ya sea con un profesional con un compañero poder explicar lo que a una le pasa desde esa confianza, esa libertad de decir ah... con él me siento bien puedo charlar mis problemas de esto, él me cuenta sus problemas. Esa confianza de poder charlar lo que nos pasa y poderlo mejorar en conjunto. [...] Desde que empecé a venir acá empecé a mejorar a estar más tranquila, a tener buen estado de ánimo, no estar tan angustiada. No tuve más internaciones todavía, por suerte [...] Para mí es una oportunidad de integrarnos a la sociedad y que la sociedad se integre a nosotros (Anexo 8a).

Ella remarcó, a lo largo de la entrevista, la confianza que existe en los vínculos entablados en *Camino Abierto*. Este concepto, que se reiteró a lo largo de los testimonios, parece contener toda la unión del colectivo que defiende el modelo comunitario de cuidados y atención, frente a las dificultades y obstáculos que se sufrieron en los inicios de la apertura del Centro Cultural. En una sociedad tan compleja, donde las personas con padecimiento mental representan un riesgo para el resto de la sociedad, la dinámica entre confianza y desconfianza adquiere un rol importante en la experiencia cotidiana. Como señala Zygmunt Bauman, “La capacidad de convivir con las diferencias, por no hablar de disfrutar de ellas y aprovecharlas, no se adquiere fácilmente y por cierto no viene sola. Esa capacidad es un arte, que como todas las artes, requiere estudio y ejercicio” (Bauman, 2003).

También ese intercambio que hay entre los participantes denota que es un lugar de intercambio de palabras, de experiencia y de respeto. En relación a esto, ella dijo: “*El respeto mutuo es importante para una buena convivencia*”, y al preguntarle qué había encontrado en *Camino Abierto*, respondió “*Mucha contención, mucha comprensión*” (Anexo 8a).

Se entiende que de alguna manera ese intercambio en libertad es posible gracias a que aunque todas las personas usuarias que asisten a *Camino Abierto* se atienden en el Hospital Zonal, resulta necesario un espacio que no esté dedicado únicamente a la asistencia del padecimiento mental, con encuadre hospitalario, sino un lugar que propicie el encuentro de manera más espontánea. En relación con este modelo de cuidado y atención, que hace años se practica en la provincia de Río Negro, Romina dijo:

Acá no hay manicomio, Camino Abierto se abrió en el sentido para que la gente haga su tratamiento, tenga contención y no esté encerrado lleno de pastillas y sin derechos. Y que los puedan escuchar, que los puedan contener y no llenarlo como un depósito de personas ¿no? Eso es lo que veo acá. Que si yo estuviera en Buenos Aires como siempre pienso y le digo a mi marido Eric, yo si estuviera en Buenos Aires estaría en el Borda en ese estado deplorable. Y yo estoy acá y con una suerte que no todos lo tienen (Anexo 8a).

Después de muchos años de intentar estar en pareja, Romina logró tener una pareja estable, lleva más de seis años de convivencia y sólo concurre a *Camino Abierto* a participar del taller de literatura, a las excursiones y los festejos. En 2013 le hicieron un reportaje para el suplemento “Entre Mujeres” del diario *Clarín* (Clarín, 2013).

Otro usuario, Edilio, destacó la función de acompañamiento como un factor importante en la trama vincular:

Para mí la recuperación tiene que ver en que alguien acompañe, simplemente acompañe. Porque en algún momento hay conexión. [...] Yo creo que pasa porque siempre esté alguien al lado de él para que lo ayude y bueno le diga "te llevo a Camino Abierto o te llevo al hospital o te llevo a tal lugar [...] Yo creo que el lugar es acompañarlo que alguien lo acompañe [...] Si hay un seguimiento yo creo que se van a dar cuenta la evolución de muchas personas [...] Y vienen todos, todos lo que por ahí nos encontramos un día solos... la soledad (Anexo 8b).

Es importante, en este sentido, lo que mencionó Edilio en relación a cómo el dispositivo se adecua a las necesidades de los/las usuarios/as. Los encuentros, las fiestas, el espacio comunitario, la afectividad y la solidaridad que manifiestan son los pilares del posible cambio de sentido en la vida de las personas con padecimiento mental (Rotelli, 2014).

Ese compartir con otros, el sentirse acompañado, respetado y cuidado hace de alguna manera que pueda existir la confianza necesaria para poder avanzar en la vida. Los talleres, la actividad grupal parece ser una matriz muy importante para ensayar y desarrollar actitudes más positivas en relación a la percepción que tienen de sí mismos. Sobre esto dijo Edilio:

Primero aprenderse a respetar que es una de las consignas [...] Por ejemplo Alicia la primera vez que hice algo yo en un ratito, ahhh todo rápido nooo, pará que esto no es así, lo mismo me pasó con el profesor de dibujo, después me conecté y empecé a trabajar tranquilo y después empecé a mirar a mis compañeros, yo siempre miro a mis compañeros que los re quiero (Anexo 8b).

Merece un análisis particular la referencia al mirar. Esa toma de conciencia donde mirar no es lo mismo que ver, sino que implica una intención, una carga de afecto y un compromiso con ese vínculo. También es importante tener en cuenta que esta referencia carga con una historia en la provincia, marcada por la ausencia de manicomios desde hace más de treinta años. En su tesis doctoral “Salud mental y representaciones sociales: estructuras, procesos y contextos” Noemí Murekian analiza las formas de mirar que están atravesados por este hecho histórico:

En Viedma 1992, a pocos años de la sanción de la Ley 2440, las formas de representación eran más diversificadas, más descriptivas sobre los modos de charlar, de ser, de actuar, de vestir, de conversar, de caminar [...]. En Viedma 2000, fue en la mirada seca o la mirada fija, extraviada. La mirada que devuelve la alteridad y que choca con la propia mirada. Es decir, el reconocimiento mutuo, el miedo al contacto, en tiempo presente, no condicional. El segundo procedimiento vino a reforzar la interpretación del primero, por lo que el cambio en la visibilidad del sufriente mental podría definirse como el tránsito “del modo a la mirada”. De la representación externa y distanciada que permite evaluar diferentes figuras de la alteridad, a la representación de otro próximo habitante de un espacio que integra en lugar de apartar (Murekian, 2007).

Continuó Edilio:

Lo primero ahora que estoy así como estoy, mirarte a los ojos porque el loco cuando tiene una... los ojos siempre tienen... porque bueno a mí me pasó he visto, se te dilatan las pupilas, la mirada es una mirada muy rara viste porque el que sabe observar... ahora si vos no observás y mirás sin mirar es como ir a la orilla del lago y sí, sí estuve mirando el lago y la montaña, pero miraste así, miraste sin mirar. Con las personas pasa lo mismo si vos la mirás sin mirar...sin mirar, vos me entendés, este... pasa eso que no te das cuenta que la persona está sufriendo algo. A veces vos la mirás a los ojos y los ojos te van a decir todo de esa persona hasta te

puede hablar si... lo mismo que me dijiste vos, te emocionaste? Porque claro lo ojos son eso. Yo creo que cuando uno va a ver una persona tiene que mirar a los ojos (Anexo 8b).

Esta impronta a la que Edilio hace referencia está íntimamente ligada, de alguna manera, a considerar al otro una persona, un par, donde se evidencia que el foco no está puesto en la enfermedad, como pasa en el modelo manicomial.

Al decir de Paulo Amarante “se ocuparon de las enfermedades y se olvidaron de los sujetos que quedaron sólo como fondo de pantalla de las mismas” (Amarante, 2009). En Italia, la propuesta del principal exponente de la llamada “psiquiatría democrática” fue la de poner entre paréntesis la enfermedad para que fuese posible ocuparse del sujeto en su experiencia:

De esta manera la enfermedad entre paréntesis no significa la negación de la existencia de la “enfermedad”, en otras palabras, no significa el rechazo a aceptar que exista una experiencia que puede producir dolor, sufrimiento, diferencia o malestar... Esta forma de tomar distancia del padecimiento y tomar contacto directo con la persona, con todas sus capacidades, es para ayudar en todo caso al desarrollo de la misma más que a la supresión del síntoma, como lo es en la psiquiatría tradicional (Basaglia, 2008).

Sabemos de la importancia que tiene restablecer esa capacidad social para vivir con otros y que esto es posible si el trato hacia la persona con padecimiento mental supone una capacidad instalada (Galende, 2008). Es decir, considerar al otro capaz de comprender, participar, intercambiar significados y valores de la cultura que habita, y en definitiva ser parte de la integración social que necesitamos todos para vivir en sociedad.

Edilio también hizo referencia a la libertad que se respira gracias al modelo con el que se trabaja en el Centro (Gallio *et al.*, 1983), en comparación con las experiencias que ha vivido en otras provincias. “[...] *la libertad es sentir que uno puede caminar, mirar el sol o mirar una planta o simplemente sentarse en la vereda, eso tiene mucho que ver en este tipo de cosas*” (Anexo 8b).

Creemos que para que esta libertad sea sentida es necesaria la participación de la comunidad, tanto en lo que respecta al apoyo de prácticas como al respeto. Un proceso que resultó una construcción social sostenida en el tiempo con la fuerza de una “minoría activa” (Moscovici, 1976) compuesta por usuarios/as, familiares, trabajadores/as y otros actores/as, todos militantes de la salud mental, que multiplicaron y le dieron continuidad a la desmanicomialización rionegrina (Cohen y Natella, 2013).

Este cambio de representación social, que va de las prácticas simbólicas y afectivas de una mayoría que se distancia de las personas con padecimiento mental, en general vinculado al miedo a la locura (Murekian, 2007), a la aceptación en la convivencia en los diversos espacios comunitarios, estarían ligadas al proceso de desmanicomialización en la provincia de Río Negro. Así lo desarrollan distintos autores.

Las minorías activas (Moscovici, 1979) se caracterizan fundamentalmente por interpretar esas necesidades de transformación. Cuando un liderazgo logra trascender socialmente en tanto actor y portavoz de proyectos, utopías y deseos, al tiempo que es generador de acciones, se está en presencia del surgimiento de una minoría activa. Moscovici sostiene que el núcleo y motor del cambio es el conflicto, por lo que la emergencia de la influencia minoritaria intentará ser controlada y dominada por la mayoría hegemónica a través de presiones normativas e informativas. Como sostiene Mugny (1982, citado en Nóbrega, 1998) desde su modelo triádico (poder, población o mayoría silenciosa y minoría) dependerá del estilo de negociación (rígida o flexible) entre minoría activa y mayoría silenciosa el hecho de lograr su conversión (Moscovici, 1979) en el sentido deseado. Ciertamente, el éxito del programa minoritario dependerá de la continuidad y la consistencia de sus propias normas, valores y conductas (Murekian, 2007).

Energías emocionales individuales y dirigidas en un mismo sentido pueden converger hacia flujos colectivos extremadamente poderosos, dando así lugar al surgimiento de fenómenos macro sociales totalmente nuevos, como por ejemplo la aparición de nuevas formas de organización y diferenciación colectiva, movimientos sociales, modas, etc. A través de todos estos niveles, observamos, de hecho, los mismos efectos movilizadores y estructurantes de los sentimientos sobre el pensamiento y la acción (Schiappa Pietra, 2012).

En las palabras de Pablo y Emilio, que prefirieron hacer una entrevista conjunta, se reflejó la importancia del espacio cultural como un lugar de encuentro:

Con lucha y esfuerzo si hubiera otro centro cultural sería lo más grande que hay, por lo menos ellos van a tener una luz de esperanza, para que puedan mejorarse y que todos este-mos atentos a todos y que puedan estudiar como yo, como yo avancé desde que vine a camino. Me ayudó un montón con la contención que tenemos acá y también podemos ver otra gente que viene, eso es lo más grande porque confían en nosotros y nosotros nos sentimos bien también (Pablo). [...] esa confianza de dejarles las llaves o darles que hagan algo, incentivarlos. Se va graduando, pero en realidad todos son amorosos y todos quieren lo mejor (Pablo). [...] Desde que vengo a Camino Abierto me fui recuperando (Pablo). [...] Me fui dando cuenta que uno va creciendo y uno va tomando otra responsabilidad Pablo). [...] No quería salir de la casa, estaba muy mal, había un tiempo que se abandonó mucho, no quería ni bañarse, entonces los familiares contactaron acá para que venga a Camino Abierto para que se mejore (Pablo, refiriéndose a Emilio) [...] Que tengan fe que todo se puede

con lucha y esfuerzo (Pablo). [...] Todo se puede solucionar (Emilio) (Anexo 8c).

Uno de los interrogantes que mantenemos en este estudio es si esa trama vincular positiva favorece la inclusión de los/las usuarios/as de servicios de salud mental y mejora sus condiciones de vida. Al escuchar las entrevistas reafirmamos el valor del afecto, del contacto físico, de la mirada y el reconocimiento del otro como sujeto pleno de derechos. No sólo por parte de los/as compañeros/as entre sí sino también de los/as trabajadores/as. Así lo reflejó Lili:

A mí me ayudan tanto los compañeros como los profesores y yo me siento muy cómoda [...] Y es algo muy lindo porque tengo talleristas, porque los operadores y los empleados me tratan bien. Mis compañeros me llevo con todos bien, les doy un beso y un abrazo de oso, por eso me reconocen, les gusta. Sobre todo les doy besos y abrazos de osos a las chicas. A las cocineras, a todos, no tengo diferencia. [...] Son buenos conmigo [...] me dan mucho afecto [...]. Me siento acompañada porque si yo estaría todo el día en mi casa estaría todo el día sola. Y que iba a ser todo el día sola, ¡me iba a enloquecer! Entonces es un lugar para estar bien tranquila, cómoda, me siento cómoda me siento como si fuera mi segunda casa. Me gusta mucho venir a Camino Abierto (Anexo 8d).

Una vez más aparece la soledad vinculada a la locura. Será por eso que los/las usuarios/as consideran que las actividades y los encuentros e intercambios que viven en *Camino Abierto* los ayuda a superar ese sentimiento de vacío, de soledad. “Las personas con padecimiento mental necesitan afecto, dinero, trabajo y nosotros debemos dar respuesta no solo a su padecimiento sino a su ser social y político” (Basaglia, 2008). Sobre esto dijo Rosita:

Lo más importante para nosotros, generalmente para mí, es tener la mente ocupada entonces no pienso en otras cosas [...]. Hablando, hablando y aconsejando, diciéndole qué es lo que le molesta para seguir la vida sana, para seguir mejor hacia adelante. [...] Es decir, nos cuidan y nos sentimos libres a la vez (Anexo 8e).

Aparecen conceptos ligados al cuidado y a la comunicación verbal que clarifican los posibles conflictos o estados de ánimo de los participantes. Como agregó Rosita:

Y es una forma de ayudarnos mutuamente y nos están ayudando. [...] Nosotros participamos en la mayoría de los talleres que nos gustan y por ahí vendemos nuestros productos que hacemos y así cada uno tiene su ritmo, su sabiduría, su

proyecto [...]. Porque nos ayudan a salir adelante con los consejos y cuidados que ellos nos hacen y eso (Anexo 8e).

El “cada uno a su ritmo, su sabiduría, su proyecto” denota el respeto al otro y la libertad con la que cada uno puede expresarse. No son encuentros reglados sino de un alto grado de espontaneidad, y en los que se respetan los intereses personales por encima de cualquier otro orden.

Los aspectos negativos ligados a la trama vincular hacen referencia a la falta de personal necesario para llevar adelante todas las actividades que se proponen en *Camino Abierto*. El trabajo comunitario requiere de un considerable número de personas que trabajen en equipo de forma intersectorial e interdisciplinaria. “*Ahora no hay tantos operadores, no hay gente que pueda venir*”, dice Pablo (Anexo 8c).

Franco Basaglia expresa que en la experiencia llevada a cabo en Trieste, cada centro cubre un área aproximada de cincuenta mil habitantes, y cada uno tiene un equipo de cerca de treinta y cinco operadores. Según lo expuesto sobre la organización del Centro, *Camino Abierto* está lejos de acercarse a este número entre profesionales, operadores/as y talleristas. Es el único centro con estas características en una ciudad que, según el censo de 2010, tiene más de 130.000 habitantes.

En las entrevistas, los/las usuarios/as hicieron referencia a que algunos talleristas dejaron las tareas inconclusas. En una de las habituales asambleas comunitarias, Edilio se refirió a esto diciendo: “*Muchos talleristas no terminan nada, muchas cosas quedaron en el camino, falta de presupuesto en el hospital*” (Anexo 8b). También dijo que no todos los/as trabajadores/as tienen la misma prestancia y que en algunos momentos han tenido contestaciones autoritarias: “*Acá por ahí alguno es soberbio y eso se va a tener que hablar... Estaría bueno que algún usuario participe de la reunión de talleristas porque cuando hay que defender Camino Abierto somos todos Camino Abierto*” (Anexo 8b).

En las asambleas comunitarias, además de las cuestiones domésticas, se tratan temas tales como roces producto de la convivencia o falta de formación de algunos talleristas en relación a trato comunitario. “*En la asamblea hablamos de todas las peticiones que tenemos cada uno para solucionar o subsanar los problemas de cada uno. Habiendo mucha gente siempre hay problemáticas para solucionar*”, dijo Rosita (Anexo 8e).

7.1.2. La perspectiva de los trabajadores/as

“Orientación hacia el vínculo humano como estructura de salida y estructura de felicidad”, dijo en un momento de la entrevista Felipe De Rosas (Anexo 9h). Porque, como vimos, el modelo de atención que se sigue en *Camino Abierto* implica una re-estructuración de las relaciones de poder de todos los actores y sectores participantes. En las entrevistas realizadas a los/as talleristas, operadores/as, coordinadora, médicos/as y psicólogos/as pudimos que los vínculos son algo familiar. Gabriela Casal, tallerista de arte, dijo al respecto:

Siempre tuve como una fascinación con este lugar, hay algo de... como ellos siempre dicen es mi casa, es mi casa. Hay algo como de esos lugares más pequeños y como más familiares que tienen un atractivo donde vos hacés mucho vínculo con la gente [...]. Se da una cosa muy fuerte desde lo vincular más que nada con los usuarios, de entablar vínculos afectivos fuertes con ciertos usuarios y con el espacio y por eso también acompaño los espacios formales como operadora o dando talleres (Anexo 9a).

Se pone de manifiesto la ideología de la entrevistada en relación a considerar a las personas que tienen un padecimiento mental como sujetos capaces de entablar vínculos, de compartir una tarea. Desde esta perspectiva no se trabaja para suprimir un síntoma a través de prácticas asistencialistas y de los psicofármacos. Según Emiliano Galende, el poder de desubjetivación que produce este tipo de prácticas ligadas al modelo clínico asistencial está muy alejado de la posibilidad de brindar las condiciones necesarias para una participación comunitaria y para mejorar las condiciones de vida de las personas con padecimiento mental (Galende 2008). En este sentido Gabriela Casal precisó:

Por un lado, aparece un paradigma que es ideológico. [...] generar autonomía pero también hay algo de ese bienestar psicosocial. Si vos estás todo el día metido en tu casa por más que tomes la pastilla que te dio el psiquiatra, estés estabilizado y no tengas una crisis psicótica y rompas todo, eh... tampoco eso es salud ni es vida. Para mí que una persona venga, que le implicó salir a la calle, le implicó prestar atención para cruzar la calle y que no lo mate un auto, subirse a un colectivo, algo te comunicaste con ese entorno. Después viniste acá estás con otras personas, formas parte de un grupo, hacés una actividad, hacés algo que te gratifica, creaste, pusiste en funcionamiento tu cabeza tus emociones, te gustó o no te gustó, te peleaste, te pasa algo. Te pasa la vida, si estás metido en tu casa sin hacer nada no te pasa nada por más

que no tengas una crisis y tomes la medicación en tiempo y forma. [...] venían casi como un espectro a estar un poco en el taller y que le fueran bajando la medicación y que formarían un montón de vínculos. Obvio que formó parte de muchos talleres, un montón. [...] Sí, a mí me parece que hay un montón de gente que cambió, el efecto Hollywood no, no hay ninguno que se curó de la psicosis y salió corriendo como Forrest Gump, no (Anexo 9a).

Es notable cómo la intensidad de los vínculos que se entablan entre los/as usuarios/as hace posible que ellos tomen decisiones que nunca antes habían pensado, como en el caso de personas que forman pareja, o amigos que deciden vivir juntos a pesar de que sus familias nunca los creyeron capaces de poder hacerlo, de poder independizarse de ellos. Gabriela Casal hizo referencia a dos usuarios que vivían juntos. “*Me acabo de enterar que Gonzalo se fue de la casa y ¡está viviendo con Facu!*” (Anexo 9a). Y hablando de la impronta que le dejó el Centro, agregó:

Yo acá canto, bailo. Al no haber trabajado en salud mental, claro yo venía de Buenos Aires. Las únicas veces que había estado en algo relacionado a la salud es el Borda, dije ¡socorro auxilio por favor!. [...] Yo te preguntaba la otra vez si se podía seguir hablando de subjetividad y desde lo artístico el trabajo sobre la subjetividad porque había ciertas corrientes que te dicen la subjetividad está rota no hay sujeto. Bueno yo me encontré con sujetos con un montón de dificultades, es cierto pero es difícil porque hay momentos en que tenés que escuchar en la otra vereda... compañeros que dicen “¡No ves que son vagos que no quieren hacer nada, acá se hacen los bobos, después los ves en la calle y sabés qué vivos que son! ¡Sabés cómo compran! ¡Sabés cómo hacen!”. Entonces vos decías desde ese lado, no es que es vago es su enfermedad que le dificulta la voluntad de poder sostener, además de todos los prejuicios sociales que hay que jamás les darían algunos trabajos. A veces también es cierto que ellos no pueden, que hacen experiencias laborales y no las pueden sostener o porque entran en una crisis o porque tener que levantarse es fatal. [...] Porque también me parece que la mayoría de las personas que vienen acá además de su padecimiento tienen el padecimiento de la pobreza que es otra discapacidad de la que nunca se habla. Yo la considero una discapacidad, considero que son vulnerados no vulnerables. Son los vulnerados del sistema, no es lo mismo ser psicótico y poder tomar la mejor medicación y dormir en una cama calentito y comer todos los días que acá hay mucha gente que vive en una casa que tiene piso de tierra que cuando llueve no puede llegar acá porque está recontra inundado su barrio o llegan acá y llegan todos mojados, con el calzado todo mojado, la

ropa toda mojada, bueno... les pasan otras cosas. Es una variable fatal, y lo ves cómo hay gente que es de una clase trabajadora o clase media baja que vive en una familia que tiene una casa bien, con calefacción con acceso al agua caliente con familiares que si no se bañó le van a decir báñate o ponete ropa limpia o le ayudan a lavar la ropa o le lavan o le planchan o hay comida caliente, de calidad y que en caso de otros usuarios su situación familiar es diferente o más enquistada o no tienen referentes que los ayuden a sostener mucho la cuestión (Anexo 8a).

En la mirada de esta tallerista está implícito el modelo comunitario de cuidados y atención contrario al modelo tradicional que no tiene en cuenta estos factores relacionados al lazo social.

[...] las prácticas culturales, religiosas o místicas, operan en base de una integración social del que sufre a su comunidad, y a la producción de una ligadura comunitaria, el lazo social, que produce la creencia entre los fieles o practicantes del rito. Por el contrario, la psiquiatría positivista se desentendió siempre de este elemento esencial de la integración social y comunitaria para el proceso de cura o mejoría del trastorno mental (Gallende, 2008).

Desde las perspectivas de psicología profunda también se han desentendido de los aspectos de la existencia y de la vida cotidiana de las personas usuarias, en términos de prescindir de intervenciones en su campo social y no instrumentar como objetivo del tratamiento la inclusión social ni el ejercicio de sus derechos (Natella, 2009, 2017). Por el contrario, desde la perspectiva de los/as trabajadores/as de *Camino Abierto* las intervenciones en la cotidianeidad para promover el bienestar cotidiano de las personas usuarias, así como su integración y vigencia de derechos, fueron propósitos principales de toda acción. Se percibe en ellos/as compromiso y dedicación, gratificación por ver que la gente mejora, por el buen clima afectivo que circula entre los participantes y la comunicación que se da entre ellos. Así lo expresó Alicia Bravo, a cargo del taller de cerámica:

Trabajo aquí desde hace ocho años cuando casi se inauguró Camino Abierto, muy feliz de haber conocido este lugar. [...] Camino Abierto es un espacio donde se ve que la gente que está enferma puede mejorar muchísimo. [...] para mí es importantísima la salud mental [...] la gente que está pasando por una crisis necesita mucho amor Y todos los que trabajamos acá creo que se los damos (Anexo 9c).

Los talleres, aunque apuntan a lograr una mayor expresividad, siempre están apoyados en lograr una buena comunicación, acentuando la escucha y el respeto por el otro. En este sentido, Jonathan Peña, tallerista de literatura, resaltó que la confianza que existe entre los compañeros y el vínculo afectivo es fundamental para crecer como persona.

La confianza hace al vínculo, es el punto de partida principal para cualquier tipo de relación. [...] Si no entramos desde el vínculo, el resto rebota. Al crear lazos de confianza de respeto principalmente estamos visualizando a ese otro y lo podemos llegar a conocer y tal vez ayudarlo o generar algún aporte para crecer mutuamente. [...] Vamos a utilizar este espacio para expresar aquello que nos pasa, problematizando, expresando nuestro punto de vista. [...] Siempre acentuamos mucho la valorización y la escucha del otro. Las producciones las compartimos, las leemos en voz alta, las compartimos siempre. Hacemos hincapié en poder escucharnos, en valorar la opinión del otro, lo que produjo el otro más allá de las diferencias de cada uno, como las hay en todos, y la fortaleza que tienen es la de escuchar al otro (Anexo 9b).

Durante la observación participante en los talleres percibimos un silencio pocas veces sentido en una actividad grupal, lo que denota respeto por la tarea del otro. En el taller de literatura, por ejemplo, luego de la consigna del responsable había tiempo para la producción de cada uno de los integrantes y la posterior lectura. Todo ese proceso se realiza en un clima muy tranquilo, silencioso y agradable. Como agregó el entrevistado:

[...] se trabaja con la persona en todo sentido, con el aspecto más vincular de generar un interés, un compromiso, con ese otro que tenemos frente a nosotros. [...] Lo veo desde una preocupación por el otro, un compromiso que genera también del usuario ciertas prácticas que lo ayudan a integrarse a participar, a desenvolverse, a brindarles herramientas de autonomía (Anexo 9b).

El psicólogo Néstor Sensán remarcó que *Camino Abierto* es un espacio que permite entablar vínculos fuertes y prolongados en el tiempo:

Acá es un trato más ameno, es más fuerte el vínculo con los pacientes que en el hospital. [...] Por la empatía, porque la gente que viene acá está comprometida con lo que hace. Porque de algún modo en este lugar se ven cosas que en otro lugar no se ven. [...] Creo que hay más confianza y un posicionamiento importante en cuanto a lo ideología de los que trabajan de algún modo poder llevar a cabo cosas de esto

que se llama la salud mental comunitaria, que no es fácil [...] (Anexo 9d).

Es importante remarcar la condición transformadora de la salud mental comunitaria que se encuentra muy bien definida por Maritza Montero:

Rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social, para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social (Montero, 1982).

Es de considerar lo que dijo Néstor Sensán en relación con el hecho de que no es fácil, teniendo en cuenta la resistencia ya no sólo de la comunidad sino también de algunos trabajadores/as de la salud. Sin duda, la tarea de fomentar la participación comunitaria (Montero, 2003) es central en lo que se realiza en *Camino Abierto*, y a ello le podemos sumar, de acuerdo a lo observado en el presente estudio, la importancia de los vínculos interpersonales para lograr dicho objetivo.

Mirá, yo sigo viniendo acá más allá que no trabaje, así que mi paso ha sido bueno, me ha dejado cosas buenas este lugar. [...] Yo también lo tomo como muy familiar porque conozco a todos los que trabajan, a los usuarios desde hace años, a muchos también los sigo viendo aquí. [...] Sí, porque yo me divierto al venir acá, me gusta estar con la gente. Me gusta venir los viernes que por ahí es un día más tranquilo, donde se hace un poco de música también, tratar de participar de algo. Me siento cómodo acá (Anexo 9d).

Por su parte, Pablo Santos, operador que trabajó en el Hospital Borda, remarcó la experiencia de aprendizaje que es para él trabajar en *Camino Abierto* y el compañerismo que existe entre la gente.

[...] no hay lugares como estos donde una persona puede venir, un familiar puede venir y dejar al usuario nueve a dieciséis horas, quedarse tranquilo que acá va a estar aprendiendo, que acá va a estar desarrollando todo lo que es la autoestima, lo que es la identidad. [...] yo lo considero como un lugar de aprendizaje para mí, y de oportunidades para los usuarios [...] con el tiempo me di cuenta que no hay un lugar como este. No hay lugar que cumpla el rol y la función de Camino Abierto y tampoco desde el lado de la contención y marco que se le pone desde lo humano en lo que es la atención de usuarios y demás. [...] Yo siento que aprendo permanentemente de los usuarios. Aprendo permanentemente de la patología de cada uno. Porque también ves el esfuerzo que hacen ellos desde su limitación para todo, para levantarse

para participar un taller, para culminar una obra de cerámica. También mucha emoción cuando se festejan los cumpleaños, la alegría de ellos, que alguien les festeja los cumpleaños (Anexo 9e).

Desde la mirada de este operador podemos vislumbrar el esfuerzo que también representa mantener esos vínculos y llevar a cabo la tarea. Sabemos que lo que habitualmente se conoce como síntomas negativos, es decir los que indican un empobrecimiento de la persona, hacen que sea dificultoso mantener una actividad en el tiempo. No obstante, lo que el operador remarcó es el trabajo intenso de todos por sostener cada una de las propuestas que se trabajan en *Camino Abierto*.

Nosotros acá trabajamos el tema del autovalimiento [...] hacemos una asamblea [...] por lo general ahí es donde se trabaja mucho el tema de la convivencia, por eso cuando hacemos admisiones tratamos que eso se pueda sostener porque somos un montón. [...] Para ellos este es un lugar de escucha. Donde a ellos se los escucha. En la familia no se los escucha, en la sociedad menos y eso está bueno de que acá es un lugar donde se los escucha. [...] nosotros tratamos fuera del horario nuestro tirar una mano, por qué no me acompañás acá, por qué no me acompañás allá (Anexo 9e).

La mayoría de los consultados destacó la importancia de la asamblea semanal como una forma de mantener una mejor convivencia. Sobre esta actividad dijo Patricia Franco, la coordinadora del Centro:

[...] en la asamblea trabajamos los conflictos más allá del grupo terapéutico sino las de la convivencia y las propuestas para mejorarlos [...] Entre la gente, el mate con la torta frita, contarse lo que hiciste el fin de semana, juntarse a hablar. Yo entiendo que la confianza que hay con los usuarios, de vernos todos los días y somos los mismos, hay mayor confianza. Está depositado en nosotros un lugar de cuidado diferente [...] Nosotros empezamos a trabajar con la persona digna que tiene que ser sujeto de derecho. Empezamos a contarle a la familia que esta persona podía volver a su casa, que nosotros podíamos apoyar encontrando algunas soluciones como por ejemplo sacando el certificado de discapacidad, que cobren una pensión (Anexo 9f).

Desde esta perspectiva, parece haberse modificado la representación social de aquello que era extraño en el familiar. Este proceso ha permitido que se pueda incorporar lo que supuestamente creaba un problema en un espacio de oportunidades para toda

la población. Es relevante en este sentido que los talleres y actividades que se realizan *Camino Abierto* sean abiertos a la comunidad.

Si el nuevo objeto que ha aparecido en el campo social es susceptible de favorecer los intereses del grupo, este se mostrará mucho más receptivo. Esta modalidad permite comprender cómo los elementos de la representación no sólo expresan relaciones sociales, sino que también contribuyen a constituir las (Jodelet, 1984: 486).

En otras entrevistas se hizo mención a este tema. María Marta Puga, exjefa del Departamento Médico del Hospital al momento de la apertura del Centro, comentó:

Primero que es un centro abierto, segundo que permite a la gente trabajar sobre las posibilidades reales de cada persona no buscando lo que está mal sino lo que está bien; que depende de quién evalúa qué está mal y qué está bien, pero incentivar que la gente tenga mayor autoestima, que se pueda auto valer, que conozca las condiciones que tienen que por ahí uno no sabe qué condiciones hasta que hace algo diferente de lo que uno hace siempre, eso me parece muy valioso (Anexo9g).

También hizo hincapié en el vínculo positivo que en ese momento existía entre los/as decisores/as políticos/as, la Dirección del Hospital Zonal, y la Coordinación de Salud mental y la ministra de Salud de la provincia. Y que otros referentes de organizaciones, el voluntariado del Hospital y figuras del ámbito político también sumaron votos positivos que ayudaron a contrarrestar el rechazo que en su momento existió frente a la apertura de *Camino Abierto*.

Estaba la Dirección, y estaba el Ministerio que acompañó, el Ministerio de Salud que en ese momento estaba Adriana Gutiérrez que para mí fue una de las mejores porque te decía sí o no entonces vos ya sabías. En eso acompañó que alquilaron un edificio que es donde están, en eso acompañó. La coordinación de Viedma del Ministerio también. Después acompañaron otras instituciones, Crearte, el Brote también. En ese momento Jorge Vallazza, que no me acuerdo dónde estaba [Desarrollo Social de Nación], bueno, vos que estabas también. Y después con los talleristas que se hacían convenios, y el voluntariado del Hospital también del hospital que trabajó bastante. Lo sentía como una responsabilidad, no podía dejar gente sola, con todo el Servicio de Salud Mental en contra. Me parecía que había que estar sí o sí [...] parecía que yo era perteneciente al Servicio de Salud Mental con conocimiento sobre esa especialidad para lo cual había cosas que para mí eran cosas del sentido común y de visión de la vida porque había cosas que yo no entendía nada pero es necesario incluir a la gente, en eso (Anexo 9g).

Como vimos, aunque en ese momento el equipo de salud mental que trabajaba en el Hospital Zonal no apoyaba la apertura del Centro, Bariloche es una de las ciudades más requeridas por los profesionales como lugar de residencia. Tal como lo relató Diana Jerez, coordinadora de salud mental de la provincia cuando se abrió el Centro:

[...] la primera desmanicomialización es la cabeza de uno. Como técnico y como profesional es la primera responsabilidad que uno tiene en este proceso, una responsabilidad ética. Y cuando uno hace un contrato ético con el otro no lo hace únicamente con una institución, lo hace con todos los prestadores a quien vos estás dando un servicio, es así. Uno es el que propone y la demanda se genera según lo que ofrece el servicio. En esta ecuación es donde uno tiene que tener la cabeza permanentemente abierta a la necesidad del otro y no a la necesidad de la institución. Parece una verdad tan sencilla pero es una construcción cotidiana contra nuestros propios métodos y hay que deconstruir las cosas que te enseñaron en la academia para utilizarlas realmente con el objetivo que se debe lograr. Porque en función de lo que dice la ciencia se puede cometer atrocidades, entonces hay que actuar siempre con un respeto por el otro en su contexto y en su historia (Anexo 9i).

En relación con el trabajo en equipo de la provincia agregó: “Teníamos una percepción muy clara de lo que era el trabajo comunitario, en redes, con las instituciones, el poder participar y que todo el mundo se apropie de la situación [...]” (Anexo 9i). Estos conceptos, llevados a la práctica en un dispositivo como Camino Abierto producen cambios importantes que mejoran las condiciones de vida de los/as usuarios/as. En este sentido, la doctora dijo:

Las transformaciones que he visto, lo que puede hacer un centro cultural como Camino Abierto en cuanto a la socialización, en cuanto al tratamiento del sufrimiento mental, por su efectividad que es superior a cualquier psicoterapia que yo haga, aun haciendo la interdisciplinaria. [...] Porque el nivel de socialización y el nivel de representación del Centro es de un ciudadano más. Ahí no tiene que disputar nada con nadie, puede ser él y puede construir y es su referencia de identidad, de tomar lazos que los fue perdiendo por la misma crisis o descubrir nuevas potencialidades que nunca había pensado antes que las tenía [...] Y eso únicamente lo podés ver cuando hacés con el otro, no por el otro. El otro empieza a descubrir que es mucho más capaz. [...] algunos que ya aprendieron el oficio de paciente y nosotros lo que hacíamos es sacarle la paciencia de pacientes que tenían, “no flaco,

tenés que caminar, y yo voy a estar acá, no es que abandono la situación”. No, no. Es todo un proceso, no se acaba nunca. Cuando vos ves los cambios o cuando el otro te devuelve en la práctica de cómo ayuda su compañero para que pueda salir del mismo lugar de sufrimiento que él estuvo, eso es un trabajo psicoterapéutico que a nosotros nos puede llevar dos horas una vez por semana, técnicas grupales, pero no vas a poder organizar ni una comida. Acá no va a haber cocinera, vos sos responsable, te ayudamos con esto, te vamos a acompañar pero no lo vamos a hacer por vos, no nos transformamos en una gran madre, en una gran teta proveedora (Anexo 9i).

La profesional intentó mostrar de alguna manera el nivel de entrega que existe en este tipo de prácticas, el convencimiento de que hay capacidades en el otro muy a pesar de cualquier diagnóstico, y que *Camino Abierto* es un lugar donde circula el afecto como consecuencia del estar, compartir, reconocer, escuchar.

Yo tengo afecto cuando yo reconozco al otro. Para que surja el afecto, primero lo tengo que conocer, en sus capacidades, en sus virtudes y tenés confianza que el otro te va a aportar más cosas. Porque a veces pensamos que porque estuvo en una crisis dejó de ser persona, uno piensa que perdió capacidades, pero le pasa como a todos nosotros. Yo hay cosas para las que no tengo capacidades [...]. He descubierto que puedo realizar cosas con otros y que es una ida y vuelta, eso seguro. [...] Pueden ser divinas muchas estrategias pero son poco viables si el otro, que tiene el proceso con uno, no puede hacer escuchar su voz y sus palabras (Anexo 9i).

Su relato nos remite a la frase a la que hizo referencia en la entrevista y que es el lema de los movimientos de usuarios/as de salud mental en el mundo “Nada de nosotros sin nosotros”. También se mencionaron en las entrevistas algunos problemas relacionados a la falta de recursos humanos y económicos para llevar adelante la tarea. Gabriela Casal manifestó: “[...] hay una cantidad mínima de personal y de dinero destinada a este espacio” (Anexo 9a). Néstor Sensán, por su parte, agregó “[...] es difícil generar un dispositivo de salud mental [...]. Va más allá de las ganas de uno sino también por los recursos, porque a veces los gobiernos no ponen todo lo que hay que poner dentro para que se ejecute el proyecto” (Anexo 9d).

Hemos registrado a lo largo del presente estudio las tensiones que existen entre el modelo clínico asistencial y el comunitarios (Levav, 1992) y cómo la instalación del Centro está en consonancia con lo que se propone desde los inicios de la reforma

de salud mental en la provincia de Río Negro. Pero observamos que, dentro del equipo de salud mental del Hospital Zonal de Bariloche, hay efectores que ingresan desde otras localidades del país con una fuerte impronta asistencial, por lo que no resulta sencilla la convivencia de ambos modelos en el quehacer cotidiano.

En relación con el trabajo con los/as usuarios/as Gabriela Casal dijo, un poco irónicamente “*No es que todo es Disney*”, como una forma de remarcar que es necesaria una gran capacidad y tolerancia a la frustración para trabajar en el área de salud mental, teniendo en cuenta que en el camino pueden haber avances y retrocesos. Y sobre el tema, Patricia Franco manifestó: “*La interdisciplina por ejemplo, dentro del Hospital hay gente que le gusta pero cuando llega el momento de embarrarse le cuesta*” (Anexo 9f).

Entendemos que cuando la coordinadora habla de “embarrarse” está haciendo referencia a que todo abordaje interdisciplinario implica un posicionamiento ideológico, de prácticas y de relación de poder (Stolkiner, 2012) y a la tensión que existe en el hospital entre los dos modelos de atención.

7.2. Actividades del Centro Cultural

Como adelantamos, las actividades culturales, deportivas y laborales son los pilares del trabajo que se realiza en el centro cultural *Camino Abierto*. Son herramientas que permiten explorar el mundo interior de la persona que tiene un padecimiento mental de manera no amenazadora para sí misma, y al mismo tiempo facilita crear lazos sociales con el entorno.

Se reconoció que el reino de la fantasía era un dispositivo creado con ocasión de la dolorosa transición desde el principio de placer al de la realidad para permitir la constitución de un sustitutivo de la satisfacción instintiva a la cual se había tenido que renunciar en la vida real. El artista, se habría refugiado como el neurótico, en este mundo fantástico, huyendo de la realidad poco satisfactoria; pero, a diferencia del neurótico, supo hallar el camino del retorno desde dicho mundo de la fantasía hasta la realidad. Sus creaciones, las obras de arte, eran satisfacciones fantásticas de deseos inconscientes, análogamente a los sueños con los cuales compartía en carácter de transacción, pues tenían también que evitar el conflicto con los poderes de la represión. Pero a diferencia de los productos oníricos, sociales y narcisistas, están destinadas a provocar la participación de otros hombres y pueden reanimar y satisfacer en estos últimos los mismos impulsos optativos inconscientes [...] (Freud, 1986).

Nos preguntamos si esas actividades son las que permiten reconocer ese camino de ida y vuelta entre el mundo interior y el contexto al que se refiere Freud, y si justa-

mente este ejercicio dentro del dispositivo y por fuera de él, gracias a la participación comunitaria, es lo que facilita una exitosa inclusión social (Río Negro, 2017).

7.2.1. La perspectiva de los/as usuarios/as

En algunas de las entrevistas los/as usuarios/as refirieron que desde que habían comenzado las actividades en “el Cultural” no tuvieron más internaciones o recaídas.

Sobre esto, Romina dijo:

Vengo a Camino Abierto desde que empezó. He mejorado mucho porque antes tenía muchas internaciones cada dos por tres, mucha medicación, mucha angustia [...] Fue un giro enorme, antes mi vida no tenía un propósito, un porqué. Camino Abierto cambió mi vida entera. Hoy tengo una pareja, antes no podía tener una pareja estable. [...] decidí escribir para que los lectores vean y comprendan todo lo que he vivido desde que se inició Camino Abierto hasta la actualidad y todo el proceso que he tenido a lo largo de este tiempo. Mis mejorías y mis crisis. En el taller de escritura trabajamos y me ayuda a expresar mis sentimientos porque en casa no puedo hacerlo y volverme a conectar conmigo misma y aclarar mis ideas y emociones (Anexo 8a).

Sin duda el arte es una herramienta potente que permite a través de sus múltiples disciplinas dotar de nuevos sentidos e interpretaciones la visión del mundo y las experiencias vividas. Hay algo en la participación en talleres ligados al arte que permite una mayor expresividad y soltura por parte de los/as usuarios/as. Edilio dijo, en relación a esta idea: “Yo creo que el arte nos salva a todos y no es que el arte es de los famosos nomás. Está en la vereda, un artesano está en todos lados, el arte es lo que nos salva, es una forma con la que el ser humano se identifica” (Anexo 8b).

La murga es una de las actividades que mayor integración con la comunidad ha tenido. Pablo es uno de los entusiastas: “Tenemos una murga que se llama Salto de Alegría a la que yo pertenezco. Me hace muy bien moverme y estar con las otras murgas, nos asociamos con otras murgas y cada vez que ellos hacen eventos nosotros participamos. En los carnavales nosotros participamos también” (Anexo 8c).

En su caso, la posibilidad de participación se amplía con el emprendimiento laboral del que forma parte, Mostrando la Hilacha, que funciona en *Camino Abierto*, donde se fabrican productos textiles, como bolsas de compras, delantales, y ambos para los estudiantes de la carrera de enfermería (Anexo 3, foto 5). “[...] Nosotros los fabricamos, hacemos todo, todo como ellos lo pidieron todos los detalles, el bordado

y todo. [...] gracias a ello empecé a estudiar, a animarme a estudiar. La psicóloga me animó, me dijo que eso ayudaría y hasta ahora me va bien” (Anexo 8c).

También, muchos de los participantes de los talleres ya sean usuarios/as o vecinos/as, han terminado sus estudios luego de tomar confianza y recibir el apoyo necesario para encararlos.

Se observa un cambio de percepción de sí mismo en el discurso de los/as usuarios/as en relación a la disminución del autoestigma (Levav, 2012), a los valores y cambio de vida que vivencian en el trato comunitario (Galende, 1990). La esperanza abre un mundo de posibilidades en relación a como las personas van modulando sus vidas, ocupando otros espacios, otros roles, teniendo nuevas relaciones y oportunidades de desarrollo. Se remarcó en las entrevistas que la posibilidad de tener una actividad grupal en un lugar abierto al público en general favorecía a la integración social. Lili dijo en relación a su concurrencia a los talleres:

Me gusta porque me distraigo, hago talleres [...] Yo pienso que las personas que tienen problemas psicológicos, en vez de estar en un loquero, que puedan estar en un sitio como este, medicados para que no sean agresivos en un espacio así, para tener lo que tengo yo [...]. Que les abran un espacio como Camino Abierto para que se mejoren, estén tratados, hagan, estén trabajando como nosotros con talleres, y eso los distrae y los mejora y me parece que estar encerrados sin salida sin ver a nadie no es bueno [...] Me gustaría que se abriera en Buenos Aires y en otras provincias para esa gente que no está tan mal, que no está loca, está desequilibrada (Anexo 8d).

Cuando hablan de sí mismos o de sus compañeros, los/as usuarios/as no se encuadran nunca dentro de la locura. En los relatos, la locura está en los manicomios, en el manicomio como institución. Ellos se consideran, en todo caso, desequilibrados o con alguna falencia. Como mencionó Rosita.

Es una institución que nos da un aliciente, una ayuda para cada circunstancia de los chicos con distintas falencias. [...] Lo más importante para nosotros, generalmente para mí, es tener la mente ocupada. [...] la descomalización es un aliciente, ayuda para nosotros los enfermos, porque no estamos en un lugar donde nos sentimos atrapadas, como si fuéramos atrapadas sin salida (Anexo 8e).

En el taller de literatura se realizó un trabajo de escritura y uno de los temas fue lo que representa *Camino Abierto* para cada uno. Aunque se reproducen todos los escri-

tos en el Anexo 11, vale destacar acá algunas de las expresiones vertidas al respecto. Emilio: “Es un centro comunitario donde se conocen múltiples actividades de distintos talleres culturales. Allí se conocen varios artistas de música, funciona maquinando. Es importante porque estamos reunidos”. Américo: “*Camino Abierto* es un lugar adonde me gusta venir todos los días porque me divierto, y porque en mi casa me aburro. Yo soy histórico, estoy desde que se abrió. Carpintería, dibujo, cerámica, literatura, son los talleres que hago porque hay muchos talleres”. Marina: “Mi lugar hoy es *Camino Abierto* porque es muy lindo y me permite expresarme, cantar, bailar, también mi lugar es mi familia, mis sobrinas que hacen sentir amor, cariño, orgullo. Mi lugar en el mundo es Bariloche mirar la playa, caminar, mirar el paisaje”. Norberto: “Un lugar que me recibe porque en todos lados y en todas partes me han cerrado las puertas”.

Esa apertura a la que se hace referencia tiene que ver con una postura comunitaria de inclusión social, donde el énfasis no se pone en el proceso de curación sino sobre el proyecto de “invención de la salud [y de] reproducción social de la persona” (Rotelli, 2014).

Los conceptos negativos de esta categoría, según los/as usuarios/as, están relacionados a roces en la convivencia con algunos/as trabajadores/as. Mencionan que no es bueno para ellos/as el recambio de talleristas, que por lo general se da por falta de recursos económicos. También pasó que alguno/a no se despidió de todo el grupo, por lo que los/as usuarios/as reclamaron en una asamblea que, si eso se repetía, que al menos se despidiera de todos/as por escrito (Anexo 3, foto 6).

7.2.2. La perspectiva de los/as trabajadores/as

Gabriela Casal dijo:

Cuando vine sabía que era un centro cultural para usuarios de salud mental. Nunca había laburado directamente en salud mental. No sabía si me iba a dar mucho el alma [...]. Yo siempre había laburado con pobreza, lo que me di cuenta es que ¡siempre había trabajado la salud mental! De una manera indirecta, tal vez no eran instituciones ni organizaciones donde el objetivo específico era el abordaje de la salud mental pero siempre directa o indirectamente trabajas la salud mental. Porque cuando uno trabaja la promoción de las personas trabajás la salud mental (Anexo 9a).

Cuando ella hacía referencia a trabajar la salud mental de manera indirecta nos está mostrando a las claras que lo que conocemos como abordajes en salud mental posee una gran amplitud, es decir, abarca muchísimas posibilidades en cuanto a cómo podemos llegar a la persona con padecimiento mental y qué podemos hacer para apoyarla. En este sentido, agregó:

[...] lo terapéutico no tiene necesariamente que ver con un espacio clínico si bien este espacio ofrece ya sea un grupo terapéutico grupal los lunes por la mañana o algunos espacios terapéuticos individuales no es el objetivo de este lugar sino que lo terapéutico reside en las actividades que se hacen. Básicamente en lo artístico y en esa promoción de lo comunitario, de lo psicosocial. Para mí que un usuario pueda, ya es terapéutico que piense en venir. Algo se tuvo que arreglar para venir aunque sea buscar un abrigo para no tener frío en el camino. Subirse a un colectivo venir hasta acá eso lo pone en contacto con los medios de transporte, tiene que mirar que colectivo toma, que colectivo no toma, tiene que comunicarse con su entorno, tiene que pedir el boleto hasta acá. Eso significa que tiene un pase, con lo cual el usuario que no lo tiene se lo ayuda a generar eso (Anexo 9a).

Cuando Gabriela Casal dijo “Para mí que un usuario pueda, ya es terapéutico que piense en venir” estaba hablando de una toma de decisión, del poder y la voluntad. La falta de voluntad aparece como un síntoma que se reitera en muchas de las personas con padecimiento mental. Parece ser que las actividades, la promoción y el respeto, junto con las relaciones afectivas, aspectos que se tejen en *Camino Abierto*, son el motor para superar esos estados de aislamiento y abandono.

Como detallamos anteriormente, en el Centro hay un abanico de posibilidades de participación en los talleres y es justamente esa propuesta de diversidad la que intenta responder a la singularidad y preferencia de cada persona, como parte del proceso de empoderamiento que se promueve como estructurante de la participación. A la variedad se suma la libertad de concurrencia. Sobre esto, la tallerista agregó:

También eso fue una discusión si tiene que ser como una escuela que no anden circulando y que vayan a los talleres. [...] . Esto de que vaya cada uno al taller que quiera, que le guste como cualquier otro sujeto que paga un taller en cualquier otra institución. Eso también me resulta interesante que yo todo el tiempo me encuentro acá con encrucijadas ideológicas o teóricas que cuando hacía laburo social de la villa también me pasaba mucho que te encontrás que uno estudia un montón de cosas y hay momentos que uno dice “esto es foucaultiano” ves ahí el ejemplo o estas cosas de cómo a ve-

ces nos creemos súper progresistas y después terminamos respondiendo a ciertas lógicas que son más ligadas a que la institución funcione, o al orden que a esas otras cosas que queremos promover como la subjetividad y la autonomía. Claro después es un quilombo sostener en el día a día esas cuestiones (Anexo 9a).

Es valioso el aporte de esta tallerista teniendo en cuenta, como vimos anteriormente, que existe una tensión entre dos modelos en el área de salud mental. Pareciera ser que en *Camino Abierto* se respetan los parámetros ligados a la esencia misma de la participación comunitaria (OMS/OPS-UNICEF, 1987). Se presentan encrucijadas desde el modelo de atención propuesto dado que la salud mental comunitaria busca promover la subjetividad y la autonomía, por eso es esencial priorizar la libertad de elección. Contrariamente al modelo que apoya los talleres protegidos.

A los “talleres protegidos” nadie les teme, no reintegran derechos, no compiten en el mercado ni crean ciudadanos, no exigen transformaciones en los operadores que se dedican a los pacientes que realizan ese trabajo esclavo [...]. No hablamos de talleres protegidos sino de producción real de actividades y posibilidades de mercancías para el mercado, de ámbitos de calidad, de cualificación de modos de producción y del producto. De formación cultural que es también educación en la palabra escrita y hablada, teatro cuerpo, video, imagen, escuelas dentro de la empresa social en los lugares de producción, de acuerdo a los individuos, a los particulares. De formación de operadores públicos también, y mucho hablamos para que se conviertan en motores de cooperación, capaces de colaborar en los emprendimientos (Rotelli, 2014: 12).

Cuando se habla de la participación se tiene en cuenta que no sólo los talleres artísticos y culturales empoderan a las personas, sino que también lo hace conocer cuáles son las necesidades de cada uno. Están los/as usuarios/as que desean terminar sus estudios, los/as que necesitan trabajar, entre otros proyectos. Y se les brinda apoyo de acuerdo a sus necesidades y elección.

Observamos también la importancia que se le adjudica al ritmo que cada persona imprime en sus quehaceres, desde las tareas cotidianas, la participación grupal, las actividades deportivas, artísticas y laborales. El Centro brinda en ese sentido un sinfín de posibilidades en cuanto a ampliar los márgenes de participación y en la autopercepción que los/as usuarios/as tienen en cuanto a las múltiples modulaciones de roles que pueden desplegar. Aunque todas las actividades se encuentran encuadradas en tiempo y forma, esto no excluye a personas que, ya sea en el ámbito educativo como en el laboral, no pueden mantener continuidad y concentración debido al padecimiento mental; aún con ese encuadre de respetar el ritmo interno y las posibilidades

de cada uno/a, las tareas pueden ser desplegadas. Es decir que son actividades encuadradas en tiempo y forma con una lógica interna de respeto por el ritmo y el deseo de quien participa. Sobre esto dijo Gabriela Casal:

A través de un proyecto que hubo con el municipio hay muchos que trabajaron en el estacionamiento medido y todavía siguen trabajando, otros no lo pudieron sostener [...]. Está la revista Al Margen que algunos son vendedores de la revista que también si hay algún momento en que decaen y no pueden vender más es como el eterno retorno, venden un tiempo dejan de vender, vuelven a vender porque ya conocen las posibilidades que tienen de sostener (Anexo 9a).

Alicia Bravo también remarcó el valor terapéutico de los talleres:

Es una terapia fabulosa porque en los talleres se expresan como no lo hacen en otro lugar. Yo doy taller de cerámica también y entonces he tenido quince personas sentadas hablando de sus problemas mientras manejan la arcilla, cuentan cosas que les pasan en las calles, se comunican. El operador que está colaborando y yo hablamos con ellos mientras usan sus manos y ven los progresos que van teniendo día a día (Anexo 9c).

Las actividades permiten lograr un grado de concentración en la tarea y mejorar la comunicación entre los participantes, característica que es remarcada por casi todos los/as entrevistados/as (YouTube, 2009a, 2016a, 2016b, 2016c, s/f).

Y, refiriéndose a la medicación, agregó: “La recuperación es eso, por ejemplo con los talleres y con los psicólogos que trabajan con nosotros hacer un combo. Porque no es solamente la pastillita. La pastilla colabora si es necesario pero además se aspira a que la persona se sienta bien, se sienta feliz” (Anexo 9c). Según Graciela Natella:

Es posible que concluyamos que todo se puede medicalizar y, como común denominador de este fenómeno, se termine ignorando la dinámica interpersonal y social en la resolución del malestar. La medicina, los servicios sanitarios y los médicos están rebasados –tanto en países pobres como ricos– y no pueden resolver ad integrum una demanda que ellos mismos colaboran en producir, generando frustración, abandono, negación y más hiperconsumo; todos, elementos vinculados a las problemáticas adictivas, tanto en el público que pretenden asistir como en ellos mismos. La fuerte tendencia a medicalizar los problemas de salud y asumir que su solución primera involucra el tratamiento médico, genera que los hacedores de políticas, en el mejor de los casos, pongan el foco en aumentar el acceso financiero y geográfico a los servicios de salud para las poblaciones vulnerables, descuidando en oportunidades causas sociales y económicas de la vulnerabilidad y disparidad en salud. [...] Por ese motivo, las experiencias de desinstitucionalización psiquiátrica son consideradas un ejemplo de resistencia a la medicalización, dado el alto involucramiento co-

munitario que implican, asumiendo concepciones y metodologías no sólo del campo médico o psicológico, sino de la diversidad del conjunto social. Los movimientos de derechos sobre discapacidad han puesto el énfasis en combatir la discriminación y transformar la discapacidad de un problema médico en un problema de la sociedad, resistiendo activamente los conceptos medicalizados y el control de la discapacidad (Natella, 2009).

También se puede resaltar el compromiso de los que llevan adelante una tarea en *Camino Abierto*, como es el caso de Jonathan Peña:

Por qué vengo, porque me pareció un espacio sumamente enriquecedor tanto en mi experiencia personal como a su vez el rol que cumple. El poder aportar de alguna forma este Camino Abierto es sumamente gratificante, revalorizar las prácticas y producciones que se generan en el Cultural [...]. Ese es el objetivo principal con un vuelco a la literatura con distintos disparadores, música, cuentos, este año le vamos a dar una vuelta a la forma, pero sin perder de vista de apropiarnos de este espacio, disfrutarlo y utilizarlo como un medio de expresión de lo que pienso y lo que me pasa [...]. Poder valorar las fortalezas que tienen y me he dado cuenta que son increíbles desde la producciones que hacen, desde los valores que tienen consigo mismo y con el grupo que integra Camino Abierto. [...] Yo creo que este taller había generado un espacio de mucho interés, éramos varios el año pasado, este año por cambios de horario somos bastantes menos. Desde la misma expresión de la palabra, utilizar la palabra ha sido un gran aporte, hacer valer la opinión de cada uno (Anexo 9b).

Vale recordar que dos jóvenes integrantes del taller de literatura participaron del IV Certamen Literario Rosetta, realizado por la Fundación Orange, de Madrid, en 2011, y recibieron una mención de honor (YouTube, 2011a). Fueron las únicas extranjeras en obtener ese premio; el hecho significó un gran reconocimiento por parte de la comunidad de Bariloche y fue registrado en algunos medios periodístico (Bariloche2000, 2011).

La visibilidad social de alguna forma incrementa la valoración del trabajo que se realiza en *Camino Abierto*. Las usuarias que recibieron el premio fueron luego invitadas a participar de muestras y charlas para exponer sobre la experiencia. De alguna manera estos talleres propician un grado de crecimiento en el sentido de mejorar la participación, la comunicación y la posibilidad de expresión de las personas con padecimiento mental. Dijo Jonathan Peña:

Considero que es un espacio a replicar y a poder trabajar en otros lugares, es un espacio donde se trabaja de una forma

sumamente necesaria por la amplitud de lo que abarca, no solo encontramos talleres de teatro yoga, radio, múltiples aspectos que nos ayudan a todos a crecer y varios de esos talleres que nos ayudan a crecer (Anexo 9b).

Otra visión ligada a las actividades está encuadrada dentro de la Ley de Salud Mental, como lo comenta el psicólogo Néstor Sensán:

Camino Abierto me parece un dispositivo interesante en relación a lo que es el armado de la Ley 2440 y los postulados que tiene y el modo de que exista un lugar como este para los usuarios [...] También por las vetas de los talleres, las cosas que ellos mismos pueden ir incursionando a través del arte que en un hospital eso no se puede realizar, en un centro de salud tampoco (Anexo 9d).

La libre participación en los talleres, los aportes de cada una de las personas usuarias en los mismos reafirma “[...] que la gente participa de su propia asistencia y que todos puedan dar su propio aporte a la asistencia de todos” (Basaglia, 2008). Asimismo, como afirma Emiliano Galende:

Recuperar condiciones de la ciudadanía hace necesario previamente contar con alguna integración comunitaria, a un grupo, a una sociedad vecinal, a un barrio, a un club. Integrar socialmente a alguien que tiene disminuida sus capacidades sociales requiere como primer paso la reconstrucción de algunas formas de vida comunitaria que le permita ir adquiriendo esas capacidades (Galende, 2008).

En el caso de *Camino Abierto* observamos que lo que permite lograr esta integración es la participación de las personas usuarias y vecinos/as en las actividades que ofrece el Centro (Anexo 3, foto 7). El operador Pablo Santos hizo referencia, entre otros temas, al impacto que generaba en su persona llevar adelante una tarea en el centro:

Estamos hablando que nosotros contamos acá con catorce talleres que le dan catorce miradas distintas al lugar. Y eso también es importante porque de eso nos nutrimos nosotros y de la dialéctica de ida y vuelta. [...] la idea es que pueda participar, pueda aprender, pueda incorporar no sólo conceptos sino también habilidades. Ellos son muy creativo pero esa creatividad hay que potenciarla, esa actividad hay que empujarla, de eso se encargan los talleristas obviamente, pero para eso hay que estar (Anexo 9e).

Resulta necesario destacar la importancia que tiene el acompañamiento político institucional para sostener dispositivos como *Camino Abierto*. En el momento que se abrió el director del Hospital Zonal era Felipe de Rosas, quien expresó:

Cuando empiezo la Dirección del Hospital se me propone empezar a fortalecer esto de la Ley de Salud Mental y a ver la posibilidad de trabajar en los dispositivos intermedios.. Dispositivos intermedios que propone la Ley serían todas aquellas estructuras de índole de salud en relación con la comunidad que permitan al usuario luego de su descompensación aguda tener la más rápida integración posible en su propio entorno social (Anexo 9h).

Respecto a los cambios de nombre que tuvo inicialmente lo que llaman “el Cultural”,
relató:

Cambiarle el nombre, en vez de ponerle casa de medio camino, casa de salud mental, ponerle Centro Cultural, no sólo fue para mí una estrategia sanitaria, política y cultural sino también fue un acierto para mí, y evitar que sea una dependencia exclusiva del sistema a proponer hacer un centro cultural, que sea abierto a la comunidad y que sea un centro cultural que pudiera ir un usuario de salud mental o el vecino de la esquina o aquel que tuviera ganas de hacer algo [...]. Se creó arte, se creó lugares de convivencia donde la gente pasaba y paraba a tomar unos mates y fue integrándose sectores de la comunidad muchas organizaciones no gubernamentales y gente de la comunidad abierta empezó a ver que era un lugar que iba y podía dar horas de sí para otros, de solidaridad y de voluntariado [...]. Fue un lugar en que también se empezó a pensar que además de estar en un proceso de integración, podía adquirir una capacidad para su futuro laboral, entonces se creó un grupo textil [...] Es decir, me parece que con las idas y venidas dio más y da más de los que se esperaba que era simplemente no tener a la gente internada, que también era un problema sanitario. [...] No se permite el guardapolvo fue una regla que ponían, entonces vos entrás y tenías que sacarte el guardapolvo si es que venías con guardapolvo, entonces a mí me pasaba que yo como director iba al Camino Abierto y realmente no me daba cuenta quién era el operador , quién era el usuario, quién era el vecino o quién era el plomero que estaba arreglando un caño y a veces para no meter la pata ni preguntaba porque no sabía si era un paciente que estaba internado y estaba arreglando o era un señor de la esquina que había venido, entonces me parece que eso tiene que ver también con eso de me saco el guardapolvo me bajo un poco del caballo, también eso permite esto de mayor posibilidad de empatía y mayor posibilidad de contarle yo a otro que te pasa., y cómo solucionarlo. [...] En realidad al principio era todo obstáculo, desde el chofer que no quería cargar a los pacientes en la ambulancia, los usuarios, desde la cocinera que no quería cocinarle para la casa de medio camino, porque la cocina no andaba todavía y hasta poder producir su propia comida.

Hasta como se lo trasladaba. Al principio era todo obstáculo, porque todo era difícil, raro, un trabajo más. Al principio era todo obstáculo (Anexo 9h).

A lo largo del presente estudio hemos explicado algunos de los desacuerdos que hubo cuando se abrió *Camino Abierto*, del equipo de salud mental con los directivos del Hospital y con la Coordinación de Salud Mental de la provincia, y también políticos dentro del Concejo Municipal. En este sentido, las palabras de Felipe De Rosas son reveladoras en cuanto al compromiso por parte de quienes lideraban el proyecto (Anexo 3, foto 8).

Sobre esto dice Franco Basaglia: “Yo creo que una de las cosas afortunadas de nuestro trabajo fue el hecho de que nuestra unión no nacía del afuera, de la profesionalidad, de los aspectos técnicos, sino de la finalidad política que nos unía a todos” (Basaglia, 2008). Esta finalidad política se refleja en los comentarios del exdirector cuando dijo:

Creo que hubo mucha firmeza en el equipo de conducción y en los jefes de departamento de sostener eso. Firmeza y bancar a unos cuantos que le decíamos que había que seguir y que había que agachar la cabeza y seguir. Porque si no era bastante complicado. Se deben seguir dando el boicot y las cosas porque la gente no cambia con una experiencia nomás. Nos sirvió ir buscando la gente adecuada en cada momento y en cada lugar, entonces, de mantenimiento teníamos a uno que sabíamos que era más piola en este aspecto en la convivencia con un usuario. [...] Había que estar muy atentos, muy atentos porque estábamos muy mirados. [...] Me acuerdo cuando empezaste vos con el tema de “te paso el trapo” y habilitamos una cochera para que guardaran los coches los médicos, los trabajadores del hospital y finalmente no iba nadie a estacionar cuando no había lugares para estacionar. Y porque era el mismo servicio que decía, que le metía miedo a los médicos cuando estaban estacionando el auto del que el loco le podía romper el auto. Entonces no hubo posibilidad de hacer un emprendimiento de trabajo en ese sentido por el mismo boicot. Entonces en realidad siempre creo que lo que tuvimos que hacer y lo que seguimos haciendo es juntar masa crítica de los que piensan más o menos parecido y espalda con espalda y avanzar. Y me parece que eso fue. Juntando masa crítica en diversos sectores de enfermería, contratamos operadores de salud mental desde cero los formamos, los evaluamos. Los vimos cómo iban funcionando, no es una cuestión que me parece que es fácil y después con el tiempo el dispositivo, el centro cultural ya adquirió vida propia y ya hasta mucha gente ni sabe que es de salud, la gente que va a

allá y hace actividades no sabe que es un centro de salud me parece re válido eso, re válido. [...] porque además en la medida que nosotros nos integremos a la comunidad que estamos cerca y mientras más cerca estemos del problema, más cerca podemos estar de una solución más adecuada (Anexo 9h).

Fue recurrente la mención al tema del miedo a la locura, ese miedo que genera rechazo, distancia afectiva, falta de empatía de algunos profesionales de la salud. Cuando Felipe dijo “juntar espalda con espalda y avanzar” estaba haciendo mención a que dentro de todos los recursos humanos del Hospital había profesionales que apoyaron y se sintieron predispuestos a participar de proyectos y actividades con los/usuarios/as. En otro momento de la entrevista él hizo referencia a que muchas veces habían encontrado más resistencia en las instituciones que en la propia comunidad. En este tema es clave la formación del recurso humano.

Otro aspecto a considerar es la relevancia que adquiere la participación de las personas usuarias en los diferentes talleres. Como expresó María Marta Puga:

Me parecía que es una casa donde se podía tratar de mejorar la calidad de vida de la gente en general. Entre ellos sobre todo los pacientes de salud mental que no estuvieran en crisis en ese momento. [...] para mí siempre se planteó como algo cultural [...] se festejaba los cumpleaños íbamos a los cumpleaños y la gente estaba re agradecida. [...] ellos no sabían que me conocían. [...] hubo unas muestras, hubo venta de artesanías tanto en Camino Abierto y en algunas jornadas que se hacían dentro del Hospital, los pacientes iban con lo que habían hecho y lo mostraban y lo vendían, de hecho yo compré algunas cosas lindas (Anexo 9g).

Cuando dijo “ellos no sabían que me conocían” hacía referencia a cómo los espacios comunitarios borran las etiquetas que imprimen en las personas las instituciones piramidales como es el hospital. En este caso reconocer a alguien por su cargo o función hospitalaria, por ser la doctora. Este tema de no saber quiénes eran algunas de las personas con que se encontraban en el Centro apareció en varias entrevistas.

Otro aspecto analizado es el posible riesgo que existe en las prácticas desmanicomializadoras, riesgos que son parte de la vida misma y que ayudan a que cualquier persona pueda superar obstáculos, enfrentarse con nuevos desafíos, con dificultades que en definitiva es propia de todo ser humano. Porque el modelo clínico asistencial

es proteccionista en este sentido, pero eso lleva muchas veces a que se anulen las posibilidades de la persona bajo una pretensión de cuidado.

En este sentido, cuando María Marta Puga decía que mejora las condiciones de vida hace referencia a que los/as usuarios/as puedan desarrollar todas sus capacidades, partiendo de las básicas que son aquellas necesarias para desenvolverse en la vida cotidiana. *“¿Qué iba a pasar si le pasaba algo a algún paciente de salud mental cocinando? Y, lo mismo que le pasa a cualquiera si te pasa algo. Hay cosas que realmente a mí me parecían que eran trabas o prejuicios”* (Anexo 9g). Esta noción de riesgo subyace en todas las prácticas desmanicomializadoras tal como han podido constatar todos los que han impulsado y trabajado en una reforma.

Para sostener estas prácticas se destaca el apoyo de los/as decisores/as políticos/as en relación a las propuestas de los técnicos de salud mental. Gracias a que existió dicha reforma (Cohen y Natella, 2013) es que se logró abrir una estructura como la del Cultural. Por eso decimos que es una expresión de la experiencia de desmanicomialización.

En su libro sobre desmanicomialización en la provincia de Río Negro se hace referencia a las características que se deberían tener en cuenta a la hora de sumar recurso humano en el equipo de salud mental. Los autores dicen que “se jerarquiza el componente actitudinal en las intervenciones en la provincia de Río Negro [...] Para la incorporación de profesionales y operadores a los equipos, se privilegió la actitud, la dimensión ética y la idoneidad técnica” (Cohen y Natella, 2013).

Este cambio de actitud implica un cambio de poder, significa que para hacer algo por la necesidad de los/as usuarios/as de servicios de salud mental hay que trabajar con la comunidad, con otra gente (Rotelli, 2014). En síntesis:

La exigencia ética consiste en que entre lo que sentimos, lo que pensamos, lo que decimos y teorizamos y lo que finalmente hacemos con el otro, debe responder a la coherencia de una relación con nuestro semejante a quien tratamos de ayudar con su sufrimiento mental (Galende, 2008).

Es sus textos, Cohen y Natella hacen referencia a las características que se deberían tener en cuenta a la hora de sumar recurso humano en el equipo de salud mental. La psiquiatra Diana Jerez expresó al respecto:

Yo creo que hay que buscar las personas adecuadas para hacer determinadas experiencias y en este caso la persona que proponía este proyecto de Camino Abierto venía con todo un aval de experiencia, de dinámica y de trabajo que permitía apostar a una lucha. Esto es real, no todos lo pueden hacer

para poder vencer la resistencia y sostenerse. Además había que sostenerlo desde la estructura. Al tener el aval de dirección de ser un centro cultural, abierto, comunitario, dándole una perspectiva mucho más cosmopolita para Bariloche que no sea una cuestión cerrada. El servicio no quería, estaban más internados que los pacientes. Es importante el momento de lucha del hospital. No era sólo el Cultural, lo usamos como punta de lanza y lo usamos así para abrir otro tipo de mirada y de perspectiva de lo que era realmente la desmanicomialización porque lo que era el servicio de salud mental en el hospital era un servicio de psiquiatría. Y lo que más me asustaba era que los psicólogos eran más psiquiatras que los psiquiatras, porque esto era así (Anexo 9i).

Pepe Schiappa Pietra, uno de los pioneros de la reforma de salud mental en Río Negro, escribió un artículo que se titula “Yo no estudié para esto” (Schiappa Pietra, 2019), una frase que aparece en la boca de muchos profesionales que se incorporan al trabajo en la provincia. ¿Qué esconde esa frase? ¿Qué es lo que incomoda a muchos de los profesionales y operadores a la hora de trabajar con las herramientas que nos brinda la salud mental comunitaria? Según Schiappa Pietra:

Aunque sea algo trivial esta expresión, en esto que escribimos hay algo de respuesta a esa exclamación. Porque cuando decimos realizar acciones que tienen que ver con la promoción social, cuando nos ven ajenos a la pura y clásica psicoterapéutica clásica o cuando proponemos realizar actividades por fuera de los encuadres instaurados en los tradicionales dispositivos asistenciales, suelen decirnos muy persuadidos, casi reprobándonos en nuestra inteligencia, “yo no estudié para eso”. Por supuesto que no se muestran malas personas. No creemos que profieran tal exclamación con intenciones agresivas. Simplemente creen que la función social terapéutica, el rol que no nos ven asumir, su rol, es otro (Schiappa Pietra *et al.*, 2019).

Ese otro rol parece estar más ligado al control de la enfermedad que a promocionar la salud. En la modalidad rionegrina “eso” implica que se ayude a alguien a situarse en la vida, a desarrollar su autoestima, capacitándose para ser actor protagonista en su diario hacer social. Por eso pasa a ser factor muy importante en cualquier estrategia de ayuda, de apoyo que pretenda hacer coincidir la cura con la inclusión social. Acompañar y sostener a las personas con padecimiento mental en tales actividades es de máxima importancia terapéutica. Y es “eso” lo que genera muchas veces resistencia en los equipos “[...] el problema es la pérdida de identidad y la adquisición de una nueva identidad por parte del técnico [...] la tierra tiembla bajo los pies del técnico, porque pierde su identidad y entra en una situación anómala, porque no sabe más quién es” (Basaglia, 2008).

Por supuesto, son profesionales y técnicos formados en el modelo clínico asistencial donde el foco está puesto en el control y la asistencia desde un lugar muy hegemónico. Diana Jerez dijo:

Si no apunta a eso [refiriéndose a la integralidad de la persona], lo otro no sirve ni medicalizar, psicoterapia, familia, grupo, etc. etc. todo lo hemos probado y no garantiza una inclusión social. Lo otro es puntual, nadie va a negar que la internación se necesite, no tiene diferencia con otra patología, una neumonía por ejemplo. No es lo mismo una persona con neumonía que además de la internación, está bien comida, está considerada como persona, que tiene las necesidades cubiertas y un sistema de apoyo, la evolución del cuadro no es lo mismo. En esto es crisis, familia, estructuras intermedias. Para la crisis hay una montón de dispositivos, que pueden resolverse puntualmente y algunas deben ser resueltas aún con una internación. Nadie discute eso, nunca fue una discusión por eso mantenemos un estándar sobre una población desde hace muchísimos años más o menos con una variante de cien casos de toda la provincia, para arriba para abajo de todas las internaciones que tenemos. [...] La diferencia si a mí me preguntan entre lo que he visto en las situaciones que las crisis no son de la misma magnitud si las vuelven a tener, las pueden volver a tener como todo el mundo y tampoco son los mismos recursos que tienen para resolver las situaciones de conflicto (Anexo 9i).

El mencionado por la coordinadora es uno de los puntos importantes en relación a que la participación de los/as usuarios/as en el Centro favorece también sus condiciones de, aún en los casos en que las crisis se reiteran. Lo que pudimos observar es que en estas personas las crisis no han sido tan profundas y han sido mucho más espaciadas en el tiempo. En este sentido, y como parte de favorecer las condiciones de vida desde una efectiva inclusión social, es necesario reconocer la ubicación geográfica de todo espacio que postule la integración de las personas con padecimiento mental.

La ciudad de San Carlos de Bariloche tiene un tejido urbano muy extenso y uno de los factores que se tuvieron en cuenta en el armado de la propuesta de abrir un centro cultural dependiente del Hospital Zonal fue que estuviera ubicado en una zona céntrica, accesible a todas las líneas de colectivos. Este aspecto es considerado por los marcos normativos nacionales e internacionales y se traducen, por ejemplo, en nuestro país, en recomendaciones de la autoridad de aplicación de la Ley Nacional en las *Pautas para la organización y funcionamiento de dispositivos de salud mental*

(Decreto 715/19). Esta variable es condición de integración desde una perspectiva comunitaria, y no es menor su aplicación en la localidad, dado que históricamente los dispositivos destinados a las poblaciones más vulnerables han sido ubicados en las periferias de la ciudad, como lo expresa Adriana Gutiérrez, ministra de Salud en el momento de la apertura de *Camino Abierto*.

Empezamos a hablar de casas de medio camino, también pensamos en un predio del hospital porque los profesionales no querían ir a otro lado, les costaba ir a los centros de salud. Hasta vimos con los arquitectos del hospital cómo remodelar un lugar que atrás tenía la morgue, etc. Nada, todo era un no porque no se puede y con la experiencia del Convivir [un centro para adolescentes en conflicto con la ley] que lo habían localizado en un lugar tan lejano, cómo hacer para no repetir la historia, y Felipe [el director del hospital] decía busquemos otro lugar. Algunos que estaban en tratamiento iban a La Llave [centro cultural del municipio] entonces dijimos pensando una cosa así, pero que no sea La Llave, un espacio preparado para ellos que pudieran poner impronta en ese lugar. Felipe dijo yo tengo un proyecto que me trajeron... bueno avancemos en ese proyecto. Todos sabíamos que había que hacer algo, pero no es que no teníamos claro que, el tema era dónde, cómo y con quién. [...] Bueno, había que resolver estas tres preguntas que no eran fáciles (Anexo 9j).

Otro tema que surgió, sobre todo entre los/as trabajadores/as, es la necesidad de diferenciar claramente la existencia de una ley y su implementación. Hemos escuchado críticas a la Ley que en realidad eran a su implementación, que, por supuesto, está en manos del Ejecutivo. En la entrevista, la exministra agregó:

Mucha gente decía hay que cambiar la ley y yo decía hay que aplicarla. El lugar no es la ventana y la puerta, que lo necesitamos, las puertas, los ladrillos, el lugar era otro modelo de atención. Yo no entendía porque si lo poníamos tan bien en palabras por qué no lo podíamos poner en la acción. Si Diana [coordinadora de salud mental] lo ponía tan bien en palabras por qué no en acción. Cada cosa era una frustración. Confié en Felipe [director del Hospital], porque él tiene la visión del hospital para afuera, no el hospital para adentro. Cambiar el modelo de atención. Casa del Art. 12 [del inimputable] había en Roca y en Viedma, esto era otra cosa. Hagamos algo diferente con un desafío grande [...] vamos a explicar al otro lado del mundo el modelo de salud mental, lo beneficioso que era la ley y cómo estábamos en esta provincia, y qué mostramos (Anexo 9j).

Este parlamento denota un apoyo político importante en relación con llevar adelante una experiencia diferente para trabajar la inclusión social de las personas con padecimiento mental. Uno de los conceptos negativos expresados en relación con esta categoría está ligado a la resistencia por parte de los/as trabajadores/as de la salud. Como hemos mencionado anteriormente muchos habían venido de otras localidades del país sin haber pasado por la formación en salud mental comunitaria y con desconocimiento de la reforma de salud mental de la provincia de Río Negro, por lo que la convivencia con los dos modelos de atención hace que existan obstáculos a la hora de implementar las políticas acordes a la Ley. Como dijo Diana Jerez *“lo que más me asustaba era que los psicólogos eran más psiquiatras que los psiquiatras, porque esto era así”* (Anexo 9i). También esto se puso en evidencia en las entrevistas en relación con algo que suelen decir los/as decisores/as políticos/as con respecto a Bariloche, justamente por esta afluencia de profesionales de otras localidades: *“[...] los de Bariloche son una casta especial, eso se decía muchas veces. El equipo de salud mental no se mostraba predispuesto a encarar un proyecto ni aún el que estábamos encarando dentro del hospital”*, dijo Adriana Gutiérrez (Anexo 9j). En este punto creemos que es clave tanto la formación del recurso humano como la organización del servicio respetando los parámetros del modelo comunitario (Elvira, et al., 2019). En este sentido, Diana Jerez agregó:

Creo que lo que más importante de lo que vemos de los proyectos de las estructuras intermedias y en los lugares claves y estratégicos de la provincia porque no vamos a desconocer que hay polos que han sido mucho más resistentes al proceso de desmanicomialización que en otros lugares donde se pudo desarrollar, aún con conflicto porque es parte de este proceso (Anexo 9i).

Otro aspecto importante que surgió de las entrevistas y el trabajo de campo es la falta de recursos que suele presentarse a la hora de llevar adelante los talleres, ya sea humano o de insumos, por lo que se requiere mucho trabajo de gestión. Sobre esto, Patricia Franco dijo *“El equipo éramos Mirta y algunos operadores, algunos con algún saber artístico y punto. Fuimos creciendo y el trabajo es mucho, es un trabajo cuerpo a cuerpo. Mucha gente se fue por eso, es mucho el trabajo. Creo que nosotros necesitamos muchísimo más de operadores de salud mental y talleristas que de especialidades”* (Anexo 9f). Y Diana Jerez manifestó *“La realidad es que en la provincia*

faltan recursos y todavía cuesta mucho que haya insumos para las estructuras intermedias” (Anexo 9i).

Las palabras con las que se nombra a un sujeto y/o a un dispositivo conllevan el peso del paradigma desde el cual hablamos. En la entrevista, Felipe De Rosas hizo referencia a cómo un dispositivo de rehabilitación psicosocial como *Camino Abierto* se lo nombra como “el Cultural” poniendo así el foco en su objetivo, que no es lo asistencial.

La OMS considera que dicha atención incluye, junto a intervenciones de carácter biológico y psicológico, la disponibilidad de dispositivos e intervenciones de apoyo social, diferenciados de los sanitarios. A pesar de que existen diversos programas de apoyo social, los mismos cuentan con varias características comunes. Por ejemplo, una definición general, con énfasis en los aspectos comunes, podría caracterizarlos como el conjunto de actividades y recursos no estrictamente sanitarios, dirigidos a favorecer la permanencia y participación activa en la comunidad de personas con discapacidades derivadas de padecer trastornos de tipo psicótico. Esto se lograría mediante la cobertura de un conjunto de necesidades sociales básicas como vivienda, manutención y cuidados personales, actividad y empleo, relaciones sociales, apoyo personal y tutela (Anexo 3, foto 9).

La justificación de este tipo de estructuras e intervenciones dentro de la atención comunitaria, según los autores consultados, es doble:

Son complementarias de la atención de salud (tratamiento y rehabilitación), lo cual está respaldado por pruebas científicas sobre: Su utilidad para mejorar la situación clínica y, sobre todo, el funcionamiento social y el grado de satisfacción (la calidad de vida) de las personas con trastornos psicóticos y de sus familias. Su contribución a disminuir el uso de recursos sanitarios, especialmente los más costosos y “traumáticos” como pueden ser los de hospitalización, tanto por el efecto anterior, cuanto por su capacidad para funcionar como espacios privilegiados para asumir, de manera delegada, determinados componentes del tratamiento (toma de medicación, por ejemplo) y la rehabilitación (Basauri, 2005).

Como ya mencionamos, *Camino Abierto* es un espacio abierto a la comunidad, lo que favorece todo tipo de intercambio que se puede observar en los talleres, como por ejemplo el de radio que claramente funciona de enlace con gran parte de la comunidad.

El taller de radio es un dispositivo de trabajo grupal que promueve la participación activa de sus integrantes, el intercambio de experiencias y la construcción grupal de los aprendizajes, propiciando así una identidad participativa donde se aprende

a ser y crear colectivamente. Para su puesta en práctica se utilizan técnicas de educación popular, se estimulan el diálogo y la reflexión, se tiende a la apropiación y construcción colectiva de contenidos y significaciones, y se activa la elaboración de producciones propias (*El Cordillerano*, 2019). Gracias a este taller se logró estar presentes con microprogramas en diversos radios de la ciudad de Bariloche, en los que se abordaron temáticas relacionadas a la defensa de algún derecho, también para dar a conocer producciones del taller literario.

La participación activa de la comunidad en Camino Abierto se puede ver también en las fiestas de cumpleaños que se celebran los últimos viernes de cada mes, en los festejos de fin de año y en diferentes celebraciones en alusión a fechas patrias y otros días significativos para la localidad o el país festejados en el centro y en la propia calle (*YouTube*, 2011b) (Anexo 3, foto 10).

En el mismo sentido se cuenta con la participación de la empresa social Maquinando en distintos ámbitos de la comunidad. Río Negro ha sido pionera en el país en la implementación de la empresa social como herramienta de inclusión de los/as usuarios/as de servicios de salud mental, de hecho hay varias empresas sociales que dependen de los servicios de salud mental comunitaria de los hospitales públicos de toda la provincia (Anexo 3, foto 11). En palabras de los pioneros de la reforma de salud mental de la provincia:

En materia de rehabilitación social, el objetivo principal es reactivar la capacidad de trabajo de la persona. La tarea de organizar y a veces gestionar soluciones laborales puede llegar a involucrar a otras instituciones públicas, como el Municipio, el Ministerio de Trabajo y el de Asuntos Sociales. La nueva figura que se promueve es llamada empresa social y viene a reemplazar el modelo proteccionista de la terapia ocupacional. La justificación es la siguiente: “No se compra un producto como acto de caridad o filantropía, se adquiere por su belleza, calidad y costo en las condiciones de un mercado regido por las leyes de la oferta y la demanda”. Esta característica de igualdad en capacidades y competencias permite un notable refuerzo en la autoestima de la persona históricamente marginada. Simultáneamente, actúa sobre las representaciones sociales de la comunidad al ubicar al “loco” como alguien que es capaz de crear, producir y trabajar como todos los “normales” (Cohen y Natella, 1993).

Es así que consideramos a la empresa social como una herramienta necesaria para los programas de salud pública, dado que el permanente intercambio y contacto con los/as vecinos/as representa una bisagra muy importante entre los programas de atención de la salud mental y la comunidad. Este tipo de iniciativa está orientadas a la inclusión social de colectivos en situación de extrema vulnerabilidad sociolaboral, tales como personas con problemas estructurales de inserción laboral, jóvenes en

proceso de recuperación de adicciones, personas en situación de calle, exconvictos, personas con discapacidad física, usuarios/as de servicios de salud mental, etc.

El origen de Maquinando, según observamos, estuvo en el emprendimiento Mostrando la Hilacha. Este, a su vez, comenzó cuando se abrió el Centro y la gente traía donaciones de ropa. Y por iniciativa de una de las operadoras, los/as usuarios/as comenzaron a cortar en tiras las prendas que no servían y con esas tiras hacían felpudos. Luego aprendieron a tejer, a cortar telas, etc., y a entusiasmarse con participar en algún emprendimiento mayor. Fue en ese momento cuando en Bariloche se prohibió el uso de las bolsas de polietileno en los supermercados por lo que surgió la idea de comenzar con la confección de bolsas de friselina. Luego recibieron capacitaciones sobre corte y confección y comenzaron a hacer los uniformes de los estudiantes de enfermería y así, con el correr de los años, fueron sumando productos hasta llegar a ganar una licitación en la Municipalidad de Bariloche (donde tuvieron que competir con otras empresas) para confeccionar las pecheras de los docentes de los centros infantiles municipales (Río Negro, 2018; *El Cordillerano*, 2018).

Dentro de los objetivos de la empresa social están el de superar la pobreza y solucionar problemas como la falta de educación, el acceso a la salud y a la tecnología, al cuidado del medio ambiente y otras situaciones que puedan constituir una amenaza para la ciudadanía. Es decir, no se busca una maximización de la riqueza sino que el emprendimiento brinde sostenibilidad financiera y económica a sus integrantes, y que los inversores recuperen su inversión original. Cuando la inversión inicial se amortiza, los beneficios de la empresa se reinvierten en el negocio social para su expansión y mejora. Cabe destacar que la alegría de la fuerza laboral genera un mercado con mejores condiciones de trabajo. Patricia Franco, impulsora del proyecto, explicó:

Con el tiempo desde Viedma, de la coordinación provincial nos ofrecieron una capacitación en Economía Social y Solidaria a través de una organización italiana [Isole: Integración Socio-económica y Lucha Contra la Exclusión Social] fusionada con otra local, más el aporte de la provincia para equipar y armar empresas socia (Anexo 9f).

Gracias a la política de salud mental de ese momento pudieron equipar el espacio con todo lo necesario para llevar adelante la tarea (Anexo 3, foto 12). En este sentido, agregó:

Nosotros cuando salimos a ofrecer nuestro producto va a ser

para competir con cualquier otro emprendimiento o emprendedor, ya nos dimos cuenta que somos capaces y que no vamos aspirar a menos. Nos presentamos a una licitación. Primero teníamos que ser proveedores de la municipalidad, nos presentamos a una licitación y la ganamos para hacer unos guardapolvos, unas pecheras para los centros infantiles de la municipalidad. Tenemos como cliente un comercio de Bariloche que nos provee las telas para que nosotros hagamos las bolsas con las que ellos entregan sus productos. Nuestro mejor cliente, que se llama Tierra de Mestizos. Después con la Universidad del Comahue a los que les ofrecemos los ambos, fuimos parte en el diseño de su uniforme y los vendemos [Anexo 9f).

Por su parte, Pablo Santos dijo:

Lo que es desarrollarse desde lo laboral, nosotros básicamente apoyamos eso y trabajamos para el auto valimiento del usuario. No hay otro lugar que yo sepa que se pueda trabajar de la manera que trabajamos acá. [...] Maquinando, que es una empresa social que tenemos arriba, donde se hacen los ambos para los hospitales, que se hacen las pecheras para los jardines, para las escuelas, se hacen las bolsas para distintos locales. También han surgido ideas del taller de cerámica, se han hecho cosas para vender, de carpintería, se han hecho percheros el año pasado que se han vendido. La idea es que... porque los chicos también se sienten motivados, se sienten que es algo producido por ellos, y algo producido por ellos sale a la venta y lo tiene otra persona en la casa. Para ellos es importante, primero lo hacen para ellos con un poco de miedo y luego, con el empuje que le damos nosotros que le da el mismo tallerista porque son palabras como avaladas, que le dan un peso de importante, porque “si el tallerista me dijo que esto está bien”.. Vi casos como eso y vi casos de chicos manejando un serrucho y dije ¡Upa, qué pasó! Cómo nadie lo para a este que está manejando un serrucho, entonces digo seguramente se puede, seguramente si hay un lugar donde se concentra a la gente y se concentra la gente que quiere trabajar con ese tipo de población trabajando, se puede hacer mucho, y la gente puede cambiar totalmente. Yo lo veo permanentemente desde que estoy acá (Anexo 9e).

También, una empresa social como Maquinando a veces resulta redituable a la hora de compararla con otros trabajos informales. Patricia Franco comentó que Gloria, que es artesana y tiene un puesto en la feria municipal de Bariloche, gana más plata en Maquinando (Anexo 3, foto 13).

7.3. Contexto-participación comunitaria

El análisis en este caso contempla cómo influye el contexto en la vida de las personas con padecimiento mental, y si *Camino Abierto* favorece su participación en la comunidad, teniendo en cuenta la complejidad, no sólo del padecimiento sino también de las redes que pudieran entretenerse en esta experiencia.

La experiencia del sufrimiento mental es compleja, se extiende en redes de determinación que sobrepasan al individuo que lo padece; estas redes son un sistema de referencia múltiple. Nuestro encuentro con el sufriente es a la vez un encuentro con esa complejidad de referencia (Galende, 2008).

Pudimos observar que, gran parte de las actividades que se realizan en el Centro consisten en recuperar y fomentar actividades que las personas habían abandonado en su seno familiar, como la limpieza del hogar, cocinar, lavar, el aseo personal, etc. No es menor pensar que una de las primeras rehabilitaciones a encarar es el de la vida cotidiana. Otras actividades que pudimos rescatar en el trabajo de campo son los encuentros informales que motivan a reunirse para intercambiar opiniones, experiencias, problemas comunes. Más allá de la asamblea pautada semanalmente, donde se reparten las tareas y se charla sobre las actividades, se observaron otros encuentros informales en diversos espacios del Centro. Se percibió un ambiente de mucha colaboración y apoyo humano entre los que concurren a *Camino Abierto* y la comunidad.

Uno de los ejes que apareció en los relatos se relaciona con las redes locales de apoyo que brindan diversas instituciones, organizaciones y personas que no son del ámbito de la salud mental, que cumplen una función muy importante en el proceso de recuperación. En iniciativas que van más allá del sector salud, brindan la seguridad a los/as usuarios/as de no ser discriminados por su condición de personas con padecimiento mental, favorecen su participación social y el aprovechamiento de sus potencialidades. Para la persona con padecimiento mental es imprescindible “acceder a los intercambios sociales de manera tal de reconocerse como perteneciente a un grupo, enriquecerlo y ser enriquecido por él” (Saraceno, 2008), y son precisamente las redes de apoyo social las que pueden abrir el camino para facilitar estos procesos de revalorización del enfermo mental (Rotelli, 2014; Saraceno, 2008).

7.3.1. La perspectiva de los/as usuarios/as

En la entrevista, Romina valoró la apertura que existe en el dispositivo.

Es una par, una ida y vuelta por eso yo creo que Camino

Abierto es un abrirnos a la sociedad y que la sociedad se abra a nosotros también, es un conjunto de cosas [...] un camino hacia la vida, hacia los proyectos, que la sociedad te valore que no te discrimine, que no te humille por ser diferente por tener estas patologías. Al menos yo lo interpreto así. [...] Y ahora los vecinos están tomando más conciencia que somos personas diferentes pero que tenemos los mismos derechos que ellos. Somos parte de una sociedad y no nos pueden marginar y hacer a un lado. Somos parte de esta sociedad con nuestros problemas como todo ser humano porque todos tenemos problemas de diferentes características. Pero poderlo sobrellevar y que la sociedad entienda cuáles son las patologías porque también a ellos les puede pasar con un familiar, con un hijo, con un nieto entonces saber cómo tratar eso, como ayudarlo o como contenerlo es importante. [...] Acá no hay manicomio, Camino Abierto se abrió en el sentido para que la gente haga su tratamiento, tenga contención y no esté encerrado lleno de pastillas y sin derechos (Anexo 8a).

Desde la perspectiva de Romina, este intercambio permite que gracias a la no existencia de manicomios se pueda trabajar más allá de la medicación y la contención, respetando los derechos de las personas con padecimiento psíquico. Cuando ella dice “un camino hacia la vida, hacia proyectos”, parece ser que la posibilidad de proyectarse y de sentir el hecho de que cada persona es importante para otros, de tener un lugar, de sentirse valorados es lo que está ligado a la recuperación de las personas con padecimiento mental. Refiriéndose también a la participación que el Centro tiene en la comunidad, Rosita dijo:

Es de ir en cada casa y llamar o visitar o traer gente que no está muy bien que digamos y acá les dan una ayuda. Es muy bueno esto porque sin este lugar estaríamos en la calle. Es la única institución que tenemos en Río Negro y eso está bueno porque somos varios los que ocupamos esta institución y eso nos alegra y nos sentimos protegidos. [...] En la asamblea hablamos de todas las peticiones que tenemos cada uno para solucionar o subsanar los problemas de cada uno. Habiendo mucha gente siempre hay problemáticas para solucionar. [...] nos sentimos liberados, nos sentimos que servimos en la sociedad porque cada cosa que nosotros hacemos siempre hay algo para vender que nosotros hacemos y uno nota que todavía servimos, que no somos problemas, no somos locos, tenemos nuestra falencia pero no somos locos, dementes. [...] Abrir un camino para la gente y con la gente es un aliciente, una ayuda que nos da esta institución. A veces no se dan cuenta lo primordial que es este lugar, por eso no quisiera que algún día se cierre porque nos sentiríamos mal. Y

además somos muchos los que venimos (Anexo 8e).

Hemos registrado que diariamente concurren entre 30 y 40 personas según los talleres, y que en los festejos, la concurrencia es muy numerosa, según Edilio: *“en los cumpleaños mirá que a veces somos cincuenta, sesenta. [...] quiere decir que está abierto a todos”* (Anexo 8b).

Como adelantamos, en las entrevistas subyace la idea de la amplia participación, el lazo, la asociación con la comunidad, lo público del dispositivo:

No dejamos a la persona que está mal sólo en manos del médico, sino que tratamos de construir un nuevo esquema de vida junto con otras personas, que no son sólo enfermos. Cuando tratamos de comprometer a la comunidad en la cura del paciente, estamos tratando de eliminar el cuerpo muerto, el manicomio, y de sustituirlo con la parte activa de la sociedad (Basaglia, 2008).

Pablo también opinó sobre esto:

Es todas cosas culturales, no sólo para personas que vienen del hospital sino para todas las personas que quieran entrara acá, que quieran asociarse con nosotros. Hay gente que viene a yoga y que no viene del hospital y hace el curso acá. [...] Salimos con la murga, salimos por todos lados también gracias a Camino y por nuestros padrinos también que son los Herederos de Cazó que son otra murga y nos ayudaron con un padrinaje para que nosotros pudiéramos estar en todas las murgas y cuando se hace un evento y después salimos al lago, hacemos excursiones por todos lados (Anexo 8c).

Que el Centro esté abierto al público en general le da la oportunidad a las personas usuarias de despojarse de la etiqueta de enfermedad (Anexo 3, foto 14). Allí cada uno se modula, en el sentido de la flexibilidad de roles posibles, que todos pueden vivenciar en la relaciones interpersonales. Esto hace que muchas veces uno ingrese al dispositivo y no sepa quién es trabajador/a, quien es usuario/a, vecino/a, etc. Incluso los propios usuarios/as contemplan que la gente que concurre a *Camino Abierto* puede o no tener algún tipo de padecimiento o toma alguna medicación: *“No sé si es vecina o toma medicación como yo”*, dijo Lili (Anexo 8d).

Hemos registrado también conceptos negativos ligados a la participación real y efectiva de algunos miembros de la comunidad, como ser que no todos los familiares se involucran en las reuniones y actividades y si lo hacen *“vienen así medio de afuerita”* dice Edilio (Anexo 8b). Esto nos hace reflexionar sobre si van por un compromiso institucional más que por querer un cambio estructural.

Otro tema que surgió es el de la convivencia y el valor que tiene la asamblea, donde salen a la luz los conflictos y se buscan alternativas de solución. Varios integrantes se refirieron también al rechazo que en un comienzo tuvieron los/as vecinos/as con la apertura del dispositivo, la discriminación y el estigma que existió y cómo eso se fue modificando con el correr del tiempo gracias a la participación “[...] *no nos aceptaban porque lo veían como algo muy peligroso, nos marginaban, muchos prejuicios*”, dijo Romina (Anexo 8a).

Como vimos, como vecinos/as de la ciudad, han estado al tanto del rechazo hacia el Centro que gran parte de la comunidad tuvo en los inicios, pero hacían hincapié a que eso se fue disipando gracias a la apertura a la comunidad y la gratuidad de las actividades por depender el Centro de un organismo público. Esto hizo que se tejieran lazos comunitarios que transformaron la representación estigmatizante de los comienzos. Un logro que no ha sido sencillo, si tenemos en cuenta lo que conlleva como representación social colectiva el tema de la locura, “la amenaza potencial de la locura se ha expresado en el sentido común, explícita e implícitamente, adoptando diferentes formas y sentidos [...]” (Murekian, 2007).

7.3.2. La perspectiva de los/as trabajadores/as

“La vecina que encabezó la juntada de las 1.400 firmas, es una de las mujeres que hoy es usuaria del Centro”, dijo Felipe De Rosas (Anexo 9h), una frase que sintetiza la visión que los/as trabajadores/as de *Camino Abierto* tienen sobre la participación de la comunidad. En palabras de Gabriela Casal:

Camino Abierto es una institución abierta a la comunidad, hay un objetivo específico que tiene que ver con apuntar a la promoción de las personas que se atienden en el servicio de salud mental del hospital. Es una institución que es extrahospitalaria pero que depende del hospital. El noventa por ciento de la gente que viene son usuarios del servicio después hay otra gente que tal vez no son usuarios del servicio pero que tienen alguna otra dificultad transitoria o alguna clase de discapacidad y elige este como un espacio propio [...] (Anexo 9a).

Y refiriéndose a la participación de *Camino Abierto* en la comunidad, agregó “Sí, ya sea mostrando ciertas actividades o producciones que se hacen dentro de *Camino Abierto* o poder ir a un teatro o a una muestra o a una marcha. Entonces todo eso

forma una red vincular muy fuerte. Sí, uno está abierto a eso. Ir a las salidas del verano que nosotros hacemos” (Anexo 9a).

Cuando ella decía que “uno está abierto a eso” hizo referencia a las dificultades relacionadas con la participación por parte de los/as trabajadores/as y de la comunidad (Anexo 3, foto 15). Pareciera que el rechazo que hubo en un comienzo terminó siendo una fortaleza en la medida en que se puso mucha energía en ese punto, en la lucha contra el estigma (Elvira, 2019; Rio Negro, 2007; Bariloche2000, 2007). En este sentido Gabriela Casal dijo:

Se la famosa historia de que al principio hacían manifestaciones y luego lo fueron aceptando. Incluso Carmen que era una gran detractora después se sumó y ahora viene ella y su familia, ellos no son usuarios de salud mental y ella participa y su hija participa acá en muchas actividades en Camino Abierto. En general lo que yo he visto es que la comunidad no se mete y algunos participan, nos ayudan y nos están ayudando un montón los de carpintería de al lado, ahora que estamos haciendo la carroza y todo eso. Ya nos donan tanto que ahora van a buscar también para carpintería. En general hay una buena relación, no hay nadie que venga a oponerse ni armar ningún lío. Está como recontrá incorporado el dispositivo en la comunidad. [...] Tal vez de esta diferencia en el abordaje, la mirada acá es una mirada..., la frase remanida de lo psicosocial no. Bueno es esto de intentar un espacio de inclusión. Para mí está bueno no ser profesional de la salud mental pero me parece que está bueno que vengan diferentes personas con diferentes necesidades. Por ejemplo, acá han venido gente que recién se había separado y estaba deprimida y también la gente que tiene otra problemática, promueve también acá dentro, otras cosas porque tiene otra formación, tienen otra vida, entonces, a veces, motorizan más un taller porque tienen otra energía, otra formación. Me parece que esta mirada de que la salud mental es un concepto más amplio. Es más allá o más acá de la pastilla y de un cierto espacio clínico que tampoco es tal porque después... después dicen que no hay subjetividad entonces no sé qué psicoanálisis aplican en la no subjetividad del psicótico. Ese espacio clínico no sé a qué se reduce... pero sí me parece que acá lo que apuntamos es a efectivizar ciertos derechos que tienen y a promover sus capacidades y sus posibilidades, y a que tengan un espacio de pertenencia que se sientan a gusto. Me parece que eso es la salud mental. Sentirse querido, tener un espacio, tener actividades y algo que te haga sentir que sos capaz de hacer algo más allá de si es vendible o no vendible. Esa es otra discusión porque también está esto de generar espacios laborales o no, y si lo artístico es sólo recreativo o hay algo que le pasa al otro cuando puede ex-

presarse, cuando puede crear. Yo vengo de ese palo del arte terapia, de pensar que el otro cuando se expresa, cuando puede decir y puede poner a funcionar algo de ese mundo interno, ya sea de sus problemáticas o de sus gustos, sus deseos, sus anhelos, sus vivencias, bueno, empieza a funcionar algo que te hace estar mejor. Al neurótico, el psicótico, a cualquiera ser humano que ande transitando por ahí. Y me parece que lo que todos valoran acá y que si eso lo diferencia de lo que son las instituciones totales, es la posibilidad relacional que hay. Porque ellos todos rescatan “es mi casa”, o mi segunda casa o mi primer porque hay algunos que no tienen un carajo con lo cual... este espacio de los amigos, de un otro, la posibilidad de ponerse en pareja o de juntarse con otras personas y de sentirse querido, aceptado y bien tratado. Cualquier espacio es terapéutico en la medida que puede darnos eso, alojarnos de alguna manera y que ahí tratamos directa o indirectamente como objetivo específico o como objetivo secundario tratamos la salud mental (Anexo 9a).

Las palabras de esta tallerista son muy representativas de las prácticas que se realizan en el Centro, la forma en que se trabaja y la relación que existe entre los concurrentes. Sobre esto último dijo Néstor Sensán:

Yo la veo muy linda porque de hecho hay chicos, usuarios que vienen aquí que se han hecho amigos que hacen actividades por fuera de las actividades del centro cultural con lo cual se van gestando relaciones más allá de acudir a este lugar. [...] Porque la idea es que la gente se vincule, se relacione, tanto con la familia, con los vecinos, que fortalezca los lazos. Porque si los lazos sociales y familiares no están bien entrelazados en los usuarios de salud mental, seguramente después van a tener más problemáticas a nivel del consultorio, medicación y demás. [...] Creo que también sirvió mucho charlar con los vecinos, explicarle a la gente de qué consta esto, a qué apunta y creo que todas esas barreras se fueron bajando. Yo creo que las familias están agradecidas, las familias de los chicos y chicas que vienen acá. Es un espacio casi necesario, la medicación sabemos históricamente que no resuelve la cuestión de la psicosis netamente, puede parar una crisis, amoldarse pero todo ser humano necesita toda la otra parte y la veta artística es importante. [...] Trabajando individualmente con una persona, con un ser humano, con un usuario no podés llegar a eso, por eso necesitás otras armas para ampliar y eso es lo que da el centro cultural (Anexo 9d).

Para que todo esto pueda acontecer “Es necesaria la fuerza de los movimientos sociales, un nuevo protagonismo de los pacientes y un largo proceso de autocrítica dentro de las corporaciones profesionales” (Rotelli, 2014).

Según expertos en rehabilitación psicosocial, la evolución de las personas con padecimiento mental depende en gran medida del efecto contexto y de las estrategias de manejo ambiental por sobre predicciones diagnósticas y pronósticas que podrían vincularse al cuadro de base (Saraceno y Barbui, 2003). Refiriéndose al trato con la comunidad Alicia Bravo dijo:

La comunidad colabora mucho por ejemplo nosotros necesitamos materiales y la gente colabora con eso. Cuando hay cumpleaños o fiestas la gente participa. Vienen los familiares de los pacientes. Compartimos muchas cosas que de otra manera no serían posibles. [...] cuando hacíamos fiestas en la calle, recuerdo un día que vino un vecino que escuchó música y dijo “Yo toco la trompeta” y vino empezó a tocar la trompeta con toda nuestra gente. Entonces empezaron a ver que era posible convivir y compartir con gente que no está tan mal. Gente que puede andar por la calles tranquilamente. Y ahí los vecinos empezaron a aceptar Camino Abierto (Anexo 9c).

Participación y compromiso parecen ser conceptos que están ligados al funcionamiento de *Camino Abierto* (OMS/OPS-UNICEF, 1978; Montero, 2003). Jonathan Peña aportó:

La participación está ligada al compromiso que uno pueda tener. Lo comunitario es una suerte de devolución en los sectores de mayor vulnerabilidad. Todos somos partes de una sociedad y una cultura y creo que desde el lugar de cada uno hacer un aporte a la sociedad (Anexo 9b).

Podemos decir de acuerdo a los datos obtenidos que los dispositivos comunitarios, cuanto más alejados están de lo hospitalario asistencialista, están más ligados a la salud que a la enfermedad. En este sentido, dichos dispositivos propician la participación dado que favorecen la integración de personas usuarias con la vecindad en general (Anexo 3, foto 16). Por su parte, Pablo Santos dijo:

A veces los vecinos nos tienen más en cuenta que nuestro querido hospital. [...] Comunitario, comunitario full time y eso está buenísimo para mí. Hay una cuestión institucional. Porque digo comunitario, no sólo porque trabajamos con la comunidad, hay un punto de inserción de ellos, los usuarios, en la comunidad que nosotros lo vemos en esta cuestión de

proceso y eso es lo interesante (Anexo 9e).

Expertos en atención primaria de la salud destacan “la relevancia que tienen los cuidados no formales en el proceso de recuperación” (Argandoñas, 2009). Una idea similar aportó el operador: “*La cocinera es la cuasi terapeuta de los chicos y de ahí que la cocinera dice hagamos esto y los chicos van y hacen. Le tienen como un respeto*” (Anexo 9e).

Registramos historias de personas que habían sido estigmatizadas por la gravedad del padecimiento que presentan y a las que desde un tratamiento clínico asistencial no se las estimuló ni apoyó para hacer un camino como a cualquier otra persona. Sin embargo, en este modelo comunitario, donde lo que importa es la historia de vida, hemos encontrado que bajo ciertos apoyos pueden lograr algunos objetivos que por el propio padecimiento quedaron en el camino, como continuar los estudios, retomar un trabajo, tener pareja, vivir solo, etc.

Pablo Santos mencionó un ejemplo:

Para este tiempo, Omar estaba como muy mal, pasó la muerte de un hermano y gracias a Dios tras el impulso de que él pueda venir acá y que tenga su lugar, que tenga su espacio, el año pasado cursó todo el año las clases, que tenga las mejores notas todo ocho, nueve, diez, increíble. Pudo terminar, se está haciendo la casa y él reconoce que todo eso es por nosotros. En realidad nosotros hacemos lo que tenemos que hacer, pero él se ve distinto y él lo reconoce permanentemente (Anexo 9e).

En este punto se podría reformular la pregunta de cómo fomentar la participación en salud mental y en los/as trabajadores/as encontramos respuestas posibles. La mayoría resalta además de las condiciones del contexto, la existencia de una reforma de salud mental, la Ley y la no existencia de manicomios, la capacidad de gestión, el apoyo político y una actitud activa de participación por parte de los/as trabajadores/as. Así lo destacó Patricia Franco:

Mirta [refiriéndose a la investigadora de la presente tesis y coordinadora de Centro en los inicios] lo que hacía es estar en el barrio trabajando con la gente, los vecinos, porque hubo mucha resistencia para abrir este espacio. [...] Hubo muchos frentes, el barrio se negaba tremendamente a recibir a los locos, peligrosos, violadores, se hizo una juntada de firmas importantes. La resistencia también estaba puesta por el equipo que estaba trabajando en el Hospital. Como entramos toda gente nueva a trabajar y gente que estaba convencida

de la salud mental comunitaria y a trabajarla. En este momento creo que hay que aclararlo, hubo una unión importante entre la coordinación provincial de salud mental, el director del hospital y elegir a Mirta, eso fue como revolucionario y fue muy importante. [...] Desde que se abrió Camino Abierto. intentamos ser cada vez más visibles, también cambia la gente, vienen cada vez más profesionales con formación más comunitaria, más comprometida con lo social nos ayuda. Con respecto a la comunidad, al principio no nos conocían, pero ahora nos conocen y yo me doy cuenta en la gente cuando digo que soy de Camino Abierto con una mirada, como un respeto, como ¡qué tarea! Eso nos pasa muchas veces porque es seria nuestra tarea. [...] Articulamos mucho con el voluntariado del hospital, cuando hacen instancias solidarias, nosotros recibimos mucho y nos acomoda a variar nuestro menú. [...] A los vecinos se les pasó el enojo, la bronca, a veces se enojan en verano por los ensayos de la murga pero todos nos conocen, pasan y nos saludan, entrar y vienen te traen fideos amasados, miren, pensé en ustedes, los pueden frisar, sin embargo los traen. Estamos integrados al barrio, por ejemplo como dos o tres años la capacitadora de Maquinando era una señora del barrio, una de las que había firmado para que Camino Abierto no existiera. Una de las usuarias, vecina, era una de las que salía a juntar firmas para que Camino Abierto no existiera. Después tuvimos una chica que venía a dar, vez por vez y de manera voluntaria, un taller para que se maquillen, para que estén lindas que era para las mujeres (Anexo 9f).

Los talleres artísticos generan un enlace muy importante con la comunidad, son en muchos casos una forma de dotar un nuevo sentido e interpretación a la realidad con elementos socialmente aceptables y factibles de compartir (Anexo 3, foto 17): “Desde los inicios no se ha planteado que las actividades sean para ‘llenar el tiempo’ produciendo objetos porque sí. Esto no parece tener no parece tener ninguna característica de proceso rehabilitador” (Rotelli, 2014).

Sobre esto agregó Patricia Franco:

Armaron una instalación, la hicieron y quedó hermosa en un encuentro en el Bolsón. Hablaban sobre la salud mental, sobre los derechos, sobre la desmanicomialización, armaron una instalación con un montón de frases, objetos y también un montón de delantales que habían en camino abierto, como si fueran de médicos, pero con sellos, con frases “la salud es un derecho” etcétera. Se divierten un montón (Anexo 9f).

Otro enlace importante es la formación que desde *Camino Abierto* se puede transmitir a los distintos niveles (Anexo 3, foto 18). Hemos comentado la importancia que en su momento tuvo la experiencia de Unicef (ANB, 2008b), también el intercambio con escuelas secundarias con diversas acciones que sirvieron no sólo para mostrar las actividades artísticas sino también como disparador en muchos casos, para dar a conocer el trabajo en salud mental, la lucha contra el estigma y en definitiva fomentar la participación de la sociedad en su conjunto (Woodville, s/fa, s/fb). Dijo Patricia Franco:

Camino Abierto es un espacio de formación, los médicos que hacen la formación de medicina general la parte de salud mental rotan por Camino Abierto lo que hacen la formación en educación especial en el Instituto de Formación Docente hay un cuatrimestre que pasan en Camino Abierto, la carrera de enfermería en la materia de Psicología Social y Salud Mental Comunitaria rotan por Camino Abierto. El RIA que es la residencia de la UBA rotan por Camino Abierto, gente de otros países, vienen de otros lugares ejemplo uno que está cerca de México quieren saber cómo manejamos lo de lo cultural. La cuestión de lo cultural es un aprendizaje sumamente valioso (Anexo 9f).

El trabajo con la comunidad es un trabajo de rehabilitación mutua, en el sentido de que gracias a ese intercambio, mencionado en las entrevistas, se logra luchar contra el estigma y la discriminación que padecen las personas usuarias, y por otro lado ese grado de participación les permite a las mismas recuperar funciones, roles sociales que han perdido por el propio padecimiento. Según Felipe De Rosas:

Para eso se necesita trabajar en las comunidades para que acepten, no sólo que acepten sino que nos sirvan de herramientas para el mejor estar de la gente, de los usuarios y trabajar con la institución y los trabajadores para evitar que la gente permanezca internada mucho tiempo y pueda empezar a aparecer a trabajar en aquellos lugares donde pueda estar recuperando funciones que haya perdido con su enfermedad. Es como aquel que se operó una pata y tiene que empezar a caminar y entonces tiene que ir a un gimnasio a caminar de a poquito porque no puede ir a su trabajo todavía, entonces tiene que ir a caminar (Anexo 9h).

Es importante destacar que todo lo que los entrevistados mencionaron parece haberse logrado con mucho compromiso por parte de los que lideraban el proyecto y con una importante carga de gestión:

El territorio debe ser conquistado paso a paso, y no es posible considerarlo fecundo por su propia cuenta. Por su propia cuenta es estéril, y debe ser fecundado conquistando espacios físicos, redes de relaciones, sitios de identificación social, etc. Pero dicho proceso no puede ser decidido de modo apriorístico, sino que debe ser gestionado (Rotelli, 2014).

“El arte de cómo andar el territorio” es una frase que expresa la importancia y dimensión que cobró en Río Negro conocer y rescatar los recursos sanitarios y sociales de cada una de sus localidades donde asentaban los servicios; respetar sus particularidades, potenciar sus fortalezas y acompañar sus debilidades, desde la perspectiva de promocionar a las personas, sus grupos de referencia y a la comunidad toda (Cohen y Natella, 2013).

En la salud mental comunitaria se ponen en juego muchos componentes (Elvira, 2019), pero uno de los más importantes es la formación del recurso humano. Poner el cuerpo, la ideología, la pasión y el compromiso con la tarea son elementos muy valorados a la hora de encarar un proyecto en salud mental comunitaria. Con la apertura de *Camino Abierto* se ha logrado sensibilizar a la población, fue un obstáculo que se transformó en oportunidad de poder informar, compartir y profundizar los conceptos acerca de la salud mental que se venían trabajando en la provincia de Río Negro desde muchos años antes. Así lo manifestó Felipe De Rosas:

Así que fue una tarea que en realidad hoy la cuento como anécdota que nos costó mucho en su momento, me parece que fue una... cuerpo, sangre y libido puesto en algo que me parece que es muy valioso y que sigue siendo valioso y que sostener y avanzar no sólo por el Servicio de Salud Mental y los usuarios del Hospital que tienen hoy una oportunidad más importante para no quedar como hospitalizados que también es una patología bastante frecuente en salud mental sino para la misma comunidad en general que logre saber que la sociedad es diversa que tenemos diferentes en todos lados y que los diferentes pueden tener una enfermedad en algún momento de la vida y otras veces no y que tenemos que aprender a aceptar sino... a mí no me gusta la palabra tolerar y bancar, sino que tenemos que aceptar que la vida es así y es diferentes y todos son diferentes. Nuestros hijos son unos diferentes a otros y sabemos cómo es y a veces nos cuesta aceptar que uno es más chillón que otro y otro, es más alegre que otro y bueno tenemos que aceptar que la vida es diferente y creo que eso hace bien a la sociedad. Me parece que cosas como esas le hacen bien a la sociedad barilochense y como sistema de salud tenemos que trabajar en función de eso [...] costó la primera etapa. Luego al perder ese miedo y por capacidad de la gente que estuvo a cargo y operadores y se fue integrando gente de la comunidad que no tenía espa-

cios y que buscaba espacios para presentar su propia diversidad cultural de ideas de capacidad de hacer cosas y fue empezando a convocar grandes cosas (Anexo 9h).

El Centro pasó a ser un dispositivo que permite la manifestación cultural ya no sólo de los/as usuarios/as y vecinos/as, sino también de artistas, estudiantes y trabajadores/as que desean sumarse a las muestras y actividades que allí se ofrecen (Bori, 2016) (Anexo 3, foto 19). María Marta Puga resaltó la participación comunitaria:

Se llama Camino Abierto porque es abierto, específicamente la Ley prevé que concurren pacientes de salud mental pero que también concurren otras personas. De hecho para mí mejora la calidad de vida de los pacientes de salud mental o usuarios, como se dice ahora que a mí no me gusta, y también toda la otra gente que concurre...donde uno participa de la vida de otras personas. [...] Los vecinos estaban... no todos empezando por ahí, pero había varios. Además es un barrio en que está el club Nahuel Huapi donde concurre mucha gente a hacer diferentes actividades y es un club de siempre de Bariloche. El resto del barrio es tranquilo, está el jardín número 3 que es un jardín de infantes, bueno y ahí se empezaron a oponer los padres, algunos padres del jardín. Con el club no tuvimos problemas no sé si es porque fuimos a hablar con el club y nos conocen a mí y a mi marido. [...] Sí, se hizo una asamblea que fue allá en el centro administrativo y hubo acompañamiento de otras instituciones que se hizo la asamblea para los vecinos y para el que quisiera participar de la asamblea y fueron muchas instituciones que participaron. Después se hizo un video donde hablaron varias instituciones, por ejemplo Crearte y otros más hablaban pero no me acuerdo. [...] Me parece que en general tiene que haber lugares donde la gente pueda expresarse y pueda hacer lo que le gusta y en todos los barrios debería haber, no necesariamente dependiente de salud (Anexo 9g).

Es por esta necesidad de profundizar la inclusión social que surgen en la provincia estructuras intermedias y en este sentido, *Camino Abierto* sería como el último eslabón de esas estructuras, una expresión de la reforma rionegrina. Diana Jerez dijo:

Una de las bases era nuestro objetivo final que era la inclusión de esa persona. Por lo tanto que no estuviera internada períodos prolongados y si era así llamábamos a la familia para que pudiera aprender durante la internación que le estaba pasando al otro que no era una cosa dirigida contra él, qué le estaba pasando, porque tenía esa crisis, que tipo de crisis, cuánto tiempo más o menos podía llegar a durar, que esto iba a bajar. Llegamos a tener una internación promedio de cinco días y no era que se iba descompensados lo que te-

níamos como ayuda en ese momento es que disponíamos de un grupo de profesionales full time que estaban desde las ocho a las diecisiete horas trabajando permanentemente con la cuestión comunitaria, con el paciente que estaba internado, luego te quedabas con guardias pasivas. Todo el mundo decía ¿cómo hacen de todo? sí, no estaba separado que vos ibas a trabajar en un lugar. Yo creo que hubo elementos paradigmáticos en la desmanicomialización, la incorporación del operador que nos trajo el sentido común esto es básico. Aquella persona que conocía el territorio, provenía del territorio con representación adentro, el trabajo con la familia, el reconocimiento. Esto nos permitía en una estrategia, tomar todos los ámbitos. El mismo equipo que tomaba el caso el responsable era el servicio no una persona. Si no hubiera sido por la operadora Betty Farías que me abrió las puertas de todos lados, yo no soy nacida en Viedma, ella tenía una trayectoria que poca gente tenía. Ella podía entrar hasta en la casa del gobernador. Era enfermera y la primera que tenía el reconocimiento, la empatía de la gente para poder entrar (Anexo 9i).

La figura del operador de salud mental apareció una y otra vez como el recurso humano de enlace con la comunidad (Dirección de Salud Mental, Río Negro, 1998). Sobre esto agregó la Diana Jerez:

Que sea abierto a la comunidad cambió la representación, el borramiento del otro que muchas veces hacemos es monstruoso, es siniestro porque lo deja sin representación al otro. [...] Cuando empezaron a ver que esa gente eran personas que tenían nombre y apellido, que no eran el monstruo que se imaginaban, modificaron sus propios fantasmas de lo que es la locura. [...] comenzaron a reconocer a esas personas que participaban de actividades conjuntas y a perder el temor y los prejuicios que tenían (Anexo 9i).

Ese cambio de representación no fue sencillo ni en la comunidad ni entre los/as trabajadores/as, que no veían el alcance que tendría la apertura de un dispositivo como el Centro. Hizo falta mucha decisión política y sostén por parte de las autoridades. Adriana Gutiérrez decía en la entrevista: “La gente adentro del hospital no estaba convencida excepto Felipe, María Marta jefa DAM. El resto miraba así como diciendo, esto va a ser otra cosa que se cae” (Anexo 9j).

Vale cerrar este apartado con una frase: “Lo que hay que afrontar es el problema de la pérdida de identidad y la adquisición de una nueva identidad por parte del técnico” (Basaglia, 2008).

7.4. Tensiones y diferencias

En los testimonios referidos a los distintos ejes conceptuales desarrollados pudimos percibir que ya desde el comienzo del proyecto de creación de *Camino Abierto* existieron aspectos en los que hubo desacuerdos entre los/as actores/as y situaciones de conflicto. Entendemos que vale la pena repasarlos puntualmente.

7.4.1. El estigma de tener un padecimiento mental

Rap de la locura

Gloria Sachs para la murga Salto de Alegría

La locura cura la locura
Las cuentas siempre llegan, la plata no me alcanza
Si no lleno la panza ya le ladro hasta a mi sombra
La locura cura la locura
Cuando el dolor aprieta y al alma se me parte
Los médicos y el arte un alivio me darán
La locura cura la locura
Quiero pintar un cuadro, que baile mi cabeza
y borre mi tristeza dejando en la historia
La locura cura la locura
Sin duda que cualquiera si quiere hacer arte
y grita en todas partes ¡me gusta ser artista!
La locura cura la locura
Sonrisas por aquí, sonrisas por allá, si somos o no expertos
Esto es Camino Abierto ¡y ya no se hable más!

Como consecuencia del estigma, las personas con padecimiento mental sufren un alto grado de marginación, quedan por fuera de espacios instituidos, esos que dan la posibilidad de realizar algún tipo de intercambio social, de satisfacer necesidades y ejercer plenamente nuestros derechos (Junta de Andalucía, s/f). La exclusión que ejerce el contexto social fue uno de los primeros problemas que surgieron en la apertura de *Camino Abierto* y uno de los puntos cruciales surgidos en las entrevistas.

El estar comunitario, como vimos, es “[...] un estar abiertos a ejercer y dirimir influencias significativas y de sentido con los demás” (Schiappa Pietra, 2012). Con frecuencia se observa que estos sentidos cobran carácter negativo en relación con las representaciones sociales y profesionales sobre “la enfermedad” y el “enfermo mental”, tales como peligrosidad, incapacidad, cronicidad, entre otras.

La idea de peligrosidad atribuida al loco no surgió de la población misma, se instaló a partir de su utilización por la psiquiatría para la justificación del encierro y el control del loco. En los comienzos de la psiquiatría y el derecho penal positivo, entre ambos, instalaron la idea del “furor maniaco”, una manifestación casi animal del delincuente o el loco sin control de

sus actos. Esto justifica la asignación al psiquiatra o al juez de su control, pero el encierro en lugares como la cárcel y el manicomio no hicieron más que sancionar socialmente la idea de peligrosidad [...] la psiquiatría ha operado del mismo modo en que piensan hoy los sectores sociales acomodados: frente a la inseguridad social que crean los pobres y miserables en la vida social, no se pide por su integración social, modo de restablecer una seguridad basada en la integración con los semejantes en condiciones de mayor igualdad; sólo se reclama por la seguridad en base a la represión o el encierro (Galende, 2008).

Hemos observado en las entrevistas de qué manera está presente el estigma en las voces de los/as actores/as y, en particular, en qué medida la experiencia en el Centro fue una oportunidad de desmarcación interna de los procesos de autoestigma determinados por el contexto imperante en las propias personas usuarias. El concepto de *desmarcación interna* cobra valor en términos de salirse de la marca del propio estigma, del sino, del diagnóstico, de la sombra, del sello; en definitiva, del estereotipo con el que se visualiza al/a la loco/a y la locura.

La vivencia de las personas que tienen un padecimiento mental en relación en el estigma está ligada a la exclusión, a la discriminación y a sentir que pueden llegar a ser una carga para otros. Y en los relatos surge el deseo de no ser rechazado por tener un padecimiento mental y contar con el apoyo de la familia. “*Sos una carga, como a veces dicen, sos una carga para la familia*” nos dijo Edilio (Anexo 8b), y Romina, por su parte, apuntó: “*Que no te discrimine, que no te humille por ser diferente por tener estas patologías*” (Anexo 8a).

Ambos usuarios han realizado una comparación de su experiencia en Bariloche y lo que vieron en otros psiquiátricos. Al respecto Edilio dijo:

Mirá yo creo que los lugares que son cerrados para un loco yo creo que no ayudan, al contrario. Por eso esta resolución que están tomando de sacar todos los lugares de encierro es lo mejor que nos puede pasar. Porque todo ser humano hasta todo animalito, todo lo que anda sobre la tierra, necesita tener su espacio, la libertad. [...] siempre doy mensaje que el que quiera ver dónde están los locos abandonados vayan a Bell Ville [Institución psiquiátrica de la provincia de Córdoba] (Anexo 8b).

Y Romina relató:

Yo fui al Borda y vi una situación horrible. [...] quería ver cómo estaban, quería conocer el lugar y cuando llegué allá casi me pongo a llorar. Fue muy triste, los tienen encerrados, llenos de pastillas, la mayoría de ahí no tienen documentos, no tienen identidad propia, no pueden votar y la mayoría de

ahí si les dan la posibilidad y les dan el acompañamiento que necesitan, ¡pueden votar! Pero no les dan esa opción y les están quitando todos sus derechos, ¡el derecho a votar, el derecho a elegir qué gobierno quieren! ¡Qué cosas les gusta hacer! ¡Y se lo están prohibiendo! Eso para mí ya es terrible. Aparte ves las instalaciones es muy deplorable, es terrible, es terrible (Anexo 8a).

Como sabemos, el sistema basado en el hospital psiquiátrico no dio respuesta a las grandes problemáticas de la salud mental por muchos motivos, y entre ellos una importante vulneración de derechos de las personas con padecimiento mental, una forma de estigmatizar. Por eso pensamos la desmanicomialización como un cambio de sistema que va mucho más allá del cierre del hospital monovalente.

Lo que los/as usuarios/as pusieron en evidencia en los relatos es la valoración que hacen de que en la provincia no existan los manicomios. No obstante, aunque en Río Negro no existen hace más de 30 años, eso no quita que toda la sociedad haya acompañado estos cambios. Hemos registrado situaciones estigmatizantes y de rechazo hacia las personas con padecimiento mental, como fue por ejemplo la reacción de los/as vecinos/as al momento de la apertura del *Camino Abierto*.

Con respecto a los/as vecinos/as, Romina recordó que:

[...] no nos aceptaban porque lo veían como algo muy peligroso, nos marginaban mucho, los prejuicios. Por falta de información también, por desconocimiento. Los vecinos no estaban de acuerdo porque decían que estábamos todos locos, que iba a haber mucha violencia, mucha droga, mucho todo” (Anexo 8a).

Y lo mencionado por Pablo reafirmó esto: “[...] los vecinos se juntaban a veces a decir que esto se tenía que ir” (Anexo 8c). Asimismo, lo dicho por Edilio:

Mirá hace diez o doce años cuando pusieron esto acá los vecinos, todos se oponían porque venían los locos. Vos sabes que el loco por lo general no es agresivo [...] y uno dice mirá y bueno el loco ese, pero detrás de él hay toda una historia (Anexo 8b).

En *Camino Abierto* existe un intercambio de experiencias que denota un acercamiento de los/as vecinos/as a la vida de las personas con padecimiento psíquico, porque en definitiva, como dijo Rosita “*Todos tenemos alguna falencia* (Anexo 8e).

Víctor Basauri hace referencia a la importancia de trabajar en la lucha contra el estigma dado que esta marcación que suelen soportar los/as usuarios/as puede agra-

var los síntomas y provocar como consecuencia que las personas que tienen un padecimiento no logren superar el dolor de la exclusión (Basauri, 2005).

El estigma se considera un factor ambiental que también puede agravar los síntomas negativos en la esquizofrenia, pues el paciente puede aceptar el papel de incapacitado y no intentar desarrollar capacidades compensatorias del trastorno, además de mantenerse más aislado para huir del rechazo (Basauri, 2005).

Al comprobar el peso del estigma en la evolución de la enfermedad, una de las hipótesis que tal vez expliquen la mejor evolución de los pacientes con esquizofrenia en países en desarrollo, es la presencia de características culturales que favorecen la estigmatización de los pacientes en los países desarrollados. Por ejemplo, en las sociedades industriales se insiste en el éxito individual y se marca a los individuos con menor competitividad; paradójicamente, el tratamiento médico más eficaz ofrece alternativas para la inserción de la persona en la sociedad solo en su papel de “paciente psiquiátrico” (Basauri, 2005). Hay estudios que señalan que los rápidos cambios acaecidos en las sociedades tradicionales de los países en desarrollo son acompañados por un mayor rechazo al paciente con esquizofrenia, a semejanza de las sociedades industriales de los países desarrollados (Basauri, 2005).

En los relatos de los/as trabajadores/as entrevistados se percibió la diferenciación que hacen entre las personas con padecimiento mental que ellos conocen dentro de la provincia de Río Negro y el estado en el que se encuentran en lugares donde aún funcionan los manicomios. El doctor Felipe De Rosas dijo:

Después cuando uno vuelve a su ciudad y volvés al manicomio, me tocaba ir a Mendoza cada tanto y con amigos que trabajaban en el neuropsiquiátrico El Sauce. Yo me decía qué avance hemos tenido, a pesar de las dificultades en la provincia de Río Negro y de lo trabajoso que es culturalmente. Pero veía a la gente encerrada y yo decía, claro a nosotros no se nos ocurre hacer eso, a pesar de las dificultades no se nos ocurre Anexo 9h).

Los/as trabajadores/as nos plantean dos miradas con relación al estigma. La que se tiene del enfermo mental en el psiquiátrico y la que se ha manifestado en su momento en los/as vecinos/as del barrio donde se instaló *Camino Abierto*. Es interesante el contraste y la transformación que mencionaron algunos de los/as trabajadores/as que habían vivido la experiencia de contraposición de ambos modelos de atención. Gabriela Casal aportó:

Las únicas veces que había estado en algo relacionado a la

salud mental es el Borda, dije ¡socorro auxilio por favor! Para mí la salud mental era eso. Si bien el taller de la Colifata era relindo y todos los talleres del frente de artistas eran lindos eran en el marco del manicomio y las veces que entré, entré al manicomio con todas las implicancias estéticas, ideológicas, clínicas y sociales que se te ocurran. Entonces siempre tenía como un cierto temor era como una cosa muy fuerte... como una cosa ah [...] era como cuando laburaba con los jóvenes y entré en los institutos de menores. [...] No sé me parecen lugares espantosos, es irracional, me parecen lugares horribles, feos estéticamente, esa cosa como de película de terror. Y los locos que yo había visto ahí en general era [...] yo trabajaba en Parque Patricios y como vivía en Parque Lezama, pasaba con el colectivo, con lo cual también a veces los ves de afuera y son estéticamente horribles y es como una cárcel espantosa que se está cayendo abajo, los vidrios rotos. Todo es asqueroso, y el loco que está ahí, lo ves re deteriorado, sin dientes, desorbitado. Es como el loco de las películas nada más que en la vida real, y los que no verás... porque yo vi pocas veces, y alguno que circula por la calle desdentado todos flacos, perdidos, como una cosa (Anexo 9a).

En relación a su trabajo en Camino Abierto expresó:

Y acá me encontré con otras personas que tenían un sufrimiento un padecimiento o como lo quieran llamar pero que había una persona íntegra viva, con otro color. No sé... estamos con la plástica y me sale [...] y me divierto un montón con ellos y eso por ahí es parte de mi propia locura, que a veces la mirada del otro me resulta tan fuerte, y tengo que estar haciendo las cosas bien. Yo acá me doy permiso de eso de jugar, festejamos los cumpleaños, bailamos, cantamos hacemos karaoke. Entonces, a mí, desde lo personal, me es un lugar muy amoroso. A veces los quiero matar, no es que todo lo que me pasa acá es divino. A veces, cuando les dije setenta y ocho veces “no dejen tirado esto acá” o “limpien el mate en otro lado” o “no tiren el pucho acá adentro”. No es que todo es Disney, mil veces me enoja y tiene esas dificultades acá que todo el tiempo estás reiterando un montón de cosas o hay ciertas cosas que vos sabés que el otro no la va a entender. Eso es lo más jodido, subestimar al otro que no va a entender, que no va a poder o que nunca lo va a lograr y hasta donde es mi propio prejuicio, de que el otro no va a poder o su enfermedad o su padecimiento, lo que sea no se lo va a permitir y hasta dónde puedo seguir pidiéndolo y considerar que puede (Anexo 9a).

Felipe De Rosas nos relató una anécdota ocurrida cuando estaba haciendo su residencia, que es muy ilustrativa de lo que representa el/la loco/a para los/as trabajadores/as de la salud.

Había un paciente Tulio que cuando uno marcaba el reloj a la tarde estaba vestido de traje y se presentaba y te decía “¿Cómo le va, cómo se llama usted?”, “Felipe de Rosas”, “Ah, ¿usted qué es, médico?”, “Yo soy el director de la tarde”, marcaba tarjeta y me iba. Y semanas creyéndome que era el director de la tarde, o el que habían designado a la tarde para no sé cuánto y todo el mundo no te decía nada y en realidad era un paciente de salud mental que en su delirio interpretaba que estaba bajo la conducción del Hospital. También porque había vivido en el Hospital hace treinta años. O sea que tenía también su base para decirlo. Así que Tulio vivía, estuvo abandonado por la familia y vivía en el Hospital. [...] Nos hicimos amigos con Tulio, el director y con muchos otros Eso nos quitó los miedos y nos permitió trabajar de mejor manera [...] Igual estamos dentro de una cuestión compleja como son las enfermedades mentales, que tiene que ver con una sociedad más o menos enferma, que tiene que ver con mayores y menores desigualdades. En principio, también tiene que ver con eso, en saber que el problema es un problema social, que tiene que ver con tener una sociedad más justa, más igualitaria con oportunidades para todos y de esa manera, con menores diferencias, podamos llegar a tener más soluciones. [...] Ojalá en algún momento, la sociedad no tenga que tener estas estructuras y que sea la sociedad misma la que sepa resolverlo, como son en los barrios que te decía yo antes. Yo vivía en un barrio donde me venía a decir el almacenero de la esquina, me decía ahí pasó Rómulo y no lo veo bien, me decía, doctor, ¿le puede echar una visita? Se estaba descompensando y me avisaba mucho antes que un operador o que un psicólogo. Entonces, me parece que eso [...] tiene que ver con la ideología, estoy de acuerdo, ahora, la ideología sola no alcanza, me parece que la ideología se consolida cuando lo vivís y tuviste la oportunidad de perderle miedo al loco porque lo viviste y tuviste la oportunidad de hablar con un usuario de salud mental y sabés que podía hablar de igual a igual y que no tenías que tratarlo como loco. [...] Lo que nos pasaba es que vos llegabas al hospital, que esa es una anécdota que te contaba, y lo primero que te decía era “mira te explicamos qué acá no hay loquero, los locos están sueltos, están en la sala, a veces ocurren cosas y no hay salas cerradas”. Era como un chiste hospitalario, pero en realidad era el mensaje. Entonces vos hacías una guardia y tu primer guardia. A alguno más sensible se le hacía un chiste, te decían que tenías una urgencia, te despertaban a las 2 de la mañana, que tenías una urgencia en la guardia y cuando llegabas a la guardia tenías que pa-

sar por un pasillo, que cuando pasabas en ese momento estaba todo oscuro, como si hubieran apagado las luces y cuando ibas a abrir la puerta de la guardia estaba todo cerrado. Entonces te encontrabas en un pasillo solo con la luz apagada y desde la sala de hombres en general venía como un loco desorbitado con una careta gritando a lo loco y bueno era el chiste que le hacían a los recién llegados profesionales y era uno de los médicos que se ponía una careta y te hacía el acting de lo que significaba convivir con un paciente de salud mental, con el loco. Eso le hacían a todos, algunas chicas se desmayaban, otras rompían la puerta, otras gritaban, años de anécdotas hasta que se nos rompió la máscara, yo también participaba. Venían los residentes nuevos y era el chiste (Anexo 9h).

La broma era el mensaje, es muy ilustrativa la forma que Felipe nos contaba cómo los residentes iban entrando en la lógica de la desmanicomialización partiendo del temor al/a la loco/a. Se pone de manifiesto algo que está en la sociedad y que es el miedo a lo desconocido, el temor a las reacciones que pueda tener una persona con padecimiento mental, y hasta el concepto de peligrosidad que como sabemos nos ha regalado injustamente el ámbito jurídico (Galende y Kraut, 2006).

Estos conceptos surgieron en la entrevista a Néstor Sensán cuando nos dijo:

[...] lo que pasó después de la Revolución Francesa, antes se echaba todo por fuera, loco, perro, vagabundo, llamado juicio de interdicción se lo quitaba de la sociedad para apartarlo, bueno es cuando después surge la psiquiatría pero siempre es como algo muy negado el tema de la salud mental. Es peligroso... la peligrosidad no es un concepto de salud, sino un concepto netamente jurídico, y este lugar tuvo resistencia principalmente con los vecinos por el desconocimiento. [...] Porque históricamente, el trato o tratamiento, el tratamiento viene de trato, de tratar a una persona, siempre fue a nivel hospitalario. Uno ve después de haber trabajado años con psiquiatras, que pasa más por una mini entrevista para ver qué tipo de medicación necesita el usuario y no es como el trato que se da aquí, en ese sentido lo digo (Anexo 9d).

Respecto a esto, dijo Emiliano Galende:

La idea de peligrosidad atribuida al loco no surgió de la población misma, se instaló a partir de su utilización por la psiquiatría para la justificación del encierro y el control del loco. En los comienzos de la psiquiatría y el derecho penal positivo, entre ambos, instalaron la idea del “furor maníaco”, una manifestación casi animal del delincuente o el loco sin control de sus actos. Esto justificaba la asignación al psiquiatra o al juez de su control, pero el encierro en lugares como la cárcel o el manicomio no hicieron más que sancionar socialmente la idea de peligrosidad (Galende, 2008).

En su entrevista, Pablo Santos apuntó:

Porque la verdad es que es alienante, es terrorífico es de terror de terror en serio, fuera de lo que es la institución hospital, ya la institución hospital vos vas a la sala a pedir turno y nada... por más que le quieras poner alegría no es nada alegre, en el Borda es especialmente triste, fuera que es el Estado. [...] También fuera del tema del lugar y de dónde se lo pone al loco, el tema es qué identidad se le da al loco. El loco ya dejó de ser persona, o dejaba de ser persona. [...] seguramente eso fantasmagórico que es el loco de vecino, el loco malo, el loco que te apuñala que encima no le podés hacer nada porque es loco. Es el miedo (Anexo 9e).

Dentro de la mirada de los/as trabajadores/as se destaca como algo importante la falta de sensibilización y conocimiento que la sociedad tiene acerca del padecimiento mental. Refiriéndose a los obstáculos que existen Néstor Sensán expresó: “*Uno en principio el conocimiento de la misma población, sociedad, acerca del sufriente mental, de cómo se lo estigmatiza, cómo se lo deja de lado*” (Anexo 9d).

Para analizar el cambio que se produjo en los/as vecinos/as en relación a su aceptación de que *Camino Abierto* estuviera en el barrio, tomamos como referencia las estrategias generales de sensibilización de la OMS (2008). Podemos observar que lo que se sugiere en dicha guía se cumple en este caso porque, como lo mencionamos, no existen psiquiátricos y porque el modelo de atención comunitario facilita la horizontalidad de los vínculos, como lo expresó el doctor Felipe De Rosa en la entrevista. También es un dato relevante el nivel de participación comunitaria que se ha manifestado en el Centro. Todas esas acciones son factores muy importantes para la reducción del estigma y, en definitiva, para modificar las actitudes de los/as trabajadores/as, de los medios de comunicación y de la población en general (*Redacción*, 2018).

Habitualmente, cuando hablamos de salud mental surge el tema del prejuicio y de cuál es el posicionamiento que tenemos frente a la persona con padecimiento. En este sentido, Jonathan Peña refirió: “[...] *el prejuicio determina de alguna manera la forma en que nos posicionamos frente al otro, desde principios del año pasado y aún sigue siendo, el poder liberarme de los prejuicios que siempre existen y tratar de conocer de la manera lo más desprejuiciada posible al otro*” (Anexo 9b).

Lo cierto es que es un tema muy controvertido en cuanto a la aceptación por parte de la comunidad a interactuar en lo cotidiano con personas con padecimiento mental. Según Patricia Franco, a la gente “[...] *no le gusta reconocerse como parte de un lugar de salud mental*” (Anexo 9f). Esto implica que de antemano la gente se posiciona a la defensiva, como cuando se rumoreaba la apertura del Centro. Sobre esto, Felipe De Rosas recordaba:

No estábamos ni siquiera empezando a limpiar el terreno para saber qué íbamos a hacer ahí, para pintar y no sé cuánto... ya se habían enterado los vecinos, la comunidad, todo el mundo planteando cuestiones de por qué, qué íbamos a hacer ahí, y que iban a estar los locos y los violadores en esa casa [...] los vecinos no tenían problema de tener un sanatorio al lado que les tomara la presión, el problema era tener un paciente de salud mental, un loco que supuestamente iba a violar a su hijo a la salida de la esquina (Anexo 9h).

Uno de los cambios que marcó un destino exitoso para *Camino Abierto* fue pasar de ser un proyecto de casa de medio camino a ser un centro cultural. María Martha Puga dijo sobre esto:

Tenían miedo, miedo en el sentido de que los pacientes de salud mental son malos, son violadores, pueden matar gente. Bueno se trabajó bastante, de hecho se planteó que iba a estar el centro cultural y arriba iba a estar la casa para los inimputables, no sé qué nombre tiene. Y bueno a raíz de todo esto de hecho en ese momento en Bariloche, no teníamos ningún paciente inimputable que tuviera que estar, pero se planteaba como una cosa terrible. Y bueno, de hecho quedó como cultural (Anexo 9g).

Camino Abierto se encuentra situado muy cerca del centro de Bariloche y eso también hace a la lucha contra el estigma. Hubo una experiencia de abrir un centro para jóvenes en conflicto con la ley (Convivir) lo más alejado posible, con resultados bastante nefastos tanto en relación con el estigma como con el tratamiento de la temática. Adriana Gutiérrez dijo sobre aquella experiencia con los jóvenes “*Excluíamos a los que teníamos que incluir*” (Anexo 9j).

Ella no quería repetir esa historia con la apertura de un centro cultural para usuarios/as de servicios salud mental y la comunidad en general, y así lo expresó en la entrevista rechazando la idea de apartar a las personas sobre las que recae el estigma: “[...] *al loco lo aparto, al discapacitado lo aparto, a este lo escondemos*” (Anexo 9j).

Según ella misma lo mencionó, en su momento luchó para sostener ese lugar desde su gestión. Vemos cómo unos de los componentes de la batalla contra el estigma se pudo sostener desde lo político gracias a que estaban en sintonía la ministra de Salud de la provincia, la Coordinación de Salud Mental provincial y la Dirección del Hospital Zonal. Finalmente, una de las claves del rechazo hacia todo aquel que tiene un padecimiento mental queda expresada en palabras de Diana Jerez cuando en la entrevista dijo:

[...] creo que el problema que tiene la locura es el fantasma que tiene el otro, qué pasaría si yo me vuelvo loco. Ese es uno de los miedos básicos, estructurantes del sujeto, miedo al descontrol. . La comunidad diciendo cosas terribles, una madre que está su hijo salir de prisión decir que los locos son peligrosos y su hijo entró por homicidio... y pensaba que no tenía nada que ver con la salud mental. [...] estas cosas me sirvieron de experiencia para poder ver. Cuando al otro se lo reconoce como un igual como una persona le da otra representación a la comunidad y al otro (Anexo 9i).

Esta es una de las características que se destacan en el trato dentro del dispositivo, el ver a los/as usuarios/as como personas que forman parte de la comunidad, una visión que construye inclusión. “Es obvio que un esquizofrénico es un esquizofrénico, pero sobre todo es un hombre que necesita afecto, dinero, trabajo; es un ser humano total, y nosotros debemos dar una respuesta no a su esquizofrenia, sino a su ser social y político” (Basaglia, 2008).

Uno de los puntos fue escuchar cuáles eran los miedos y prejuicios vivenciados por los/as vecinos/as sobre el padecimiento mental. En este sentido, fue clave la entrevista realizada a Carmen, la vecina que juntó las mil cuatrocientas firmas para que *Camino Abierto* no se abriera en el barrio.

Escuchamos que hay hospitales que tienen a la gente atada con chaleco de fuerza, dopados y dormido para que no salgan. Le ponen medicamentos, lo bueno es dejarlos en libertad y hacer un lugar como Camino Abierto si tienen que darle medicamentos que no sea tanto, que le den deporte. Ojalá se abrieran más lugares como Camino Abierto, ojalá. Cuando fuimos al Bolsón hubo señores que venían del Borda y nos felicitaron por tener este lugar, me gustaría que tengan un lugar, no Camino Abierto porque es único (Anexo 10a).

Es elocuente la transformación de la representación de la locura que muestra esta vecina luego de vivir, desde una participación activa, la experiencia de transitar por

Camino Abierto. Esta idea que se tiene de la locura y el rechazo de los/as vecinos/as también resultaron explícitas en la entrevista a Beatriz, médica y vecina.

Recuerdo que cuando comenzó la movida de que acá iba a estar Camino Abierto, la gente del barrio tuvo mucha resistencia porque pensaban que los locos, como decían ellos, iban a estar golpeándoles las puertas, y la verdad que lo tomaron con un poco de miedo [...] Por eso cuando se publicó que acá en el barrio iba a funcionar esto, hubo mucha resistencia [...] Y muchos vecinos se juntaron, empezaron a venir casa por casa y a decir no a la casita de medio camino [...] Buscaban firmas para que esto no se abriera porque la gente tenía temores, desconocimientos de abrir la casita y qué gente iba a rodear el barrio (Anexo 10c).

Arnaldo, un vecino que en los inicios llevaba en un carro, desde su casa al Centro, un equipo muy casero de música para animar el evento, nos comentó:

Me acuerdo que tiraban la bronca porque pensaban que iba a ser un loquero esto, después se enteraron que no, que venía gente a tratamiento nomás, que venían a buscar su medicación, a almorzar, a hacer deportes, a hacer cerámica. Antes hacíamos briquetas [se refiere a la leña compactada] con harina y la salíamos a vender (Anexo 10b).

También mencionó las actividades que se hicieron con la comunidad como algo relevante en este cambio. El primer año de *Camino Abierto* la referente de una cooperativa de luz dio una capacitación sobre formas de calefaccionar los ambientes. En Bariloche las temperaturas suelen ser muy bajas y no todas las casas tienen instalación de gas natural, muchos hogares, sobre todo los más humildes, se calefaccionan a leña. Conseguir madera para todo el invierno no es tarea sencilla, por lo que esta capacitación fue gestionada desde la Coordinación de ese momento para buscar alternativas como vía de solución a esta problemática. En el video que se realizó con ese motivo, Arnaldo fue uno de los que contaban cómo con las ramas de rosa mosqueta, que abundan en la zona, se pueden producir muchas briquetas para uso en los hogares y además lo presentó como un posible emprendimiento laboral.

7.4.2. El peso del modelo hegemónico

En el marco de la salud mental comunitaria suponemos la presencia de actores socialmente dinámicos en una situación igualmente dinámica y, de esta forma, rompiendo con la tradición de situar el poder en un polo de la relación y dejar al otro

vacío de posibilidades y en estado de sometimiento o de pasividad. Pero sabemos que esta característica ofrece un alto nivel de resistencia entre los profesionales y es algo que en las entrevistas se planteó como un tema de conflicto. Así lo manifestó Felipe De Rosas:

Primero pienso que hay una cuestión de poder del modelo médico hegemónico, por ponerte un término. Cuando digo médico digo profesional hegemónico, no son solamente los médicos, que me parece que todas aquellas cosas que implica perder el poder implican resistencia como tema general. Entonces en principio esto es, ch el usuario va a trabajar con una costurera y va a trabajar con una pintora y no va a ser dependiente de tu medicación y de tu decisión sobre la vida. A mí me parece que eso es quizás uno de los orígenes. Y por otro lado una cuestión particular me parece de acá del Servicio [se refiere al de Salud Mental del Hospital de Bariloche], donde es un servicio muy formado a la antigua que tampoco quería perder y ponerse a trabajar en un terreno, en un barrio que no conoce. Ir de visitante a la cancha de Boca capaz no quieren ir les gusta jugar de local. Eso le pasa al cirujano y al clínico que no quiere salir del quirófano (Anexo 9h).

En contraposición a esto, la horizontalidad reflejada, por ejemplo, en las asambleas comunitarias que se realizan una vez por semana en *Camino Abierto*, la participación activa de los actores en todas las actividades y la modulación de roles prefijados indica que son ingredientes necesarios para que las personas con padecimiento mental mejoren sus condiciones de vida en la comunidad.

La condición de “abierto” de un efector no sólo tiene que ver con la libre circulación y comunicación de las personas usuarias, con la conformidad sobre cada una de las acciones, estrategias y decisiones que los involucran y con el derecho a preservar, fortalecer y/o desarrollar todo vínculo de carácter afectivo, laboral y social en general; sino que se relaciona además con la conciencia cabal de formar parte de la construcción de un proyecto individual y grupal superador a las condiciones de vida preexistentes (Natella, 2017).

7.4.3. Comienzos difíciles

Como vimos, no fueron pocas las dificultades que los directivos y decisores/as políticos/as tuvieron que afrontar para llevar adelante la propuesta del Centro Cultural. Esa negativa, expresada en la voz de uno de los entrevistados como boicot fue lo que marcó la necesidad de imprimir mucha energía en defender el proyecto. Lo que fue obstáculo se convirtió en una gran oportunidad de sumar referentes que defendían y defienden la reforma de salud mental rionegrina.

Uno de los puntos fue la resistencia por parte del equipo de salud mental de sostener una estructura como *Camino Abierto*. Sobre esto, Felipe De Rosas dijo:

El propio Servicio de Salud Mental no colaboró para nada en esto, en el sentido de indicar claramente y cómo eran aquellos usuarios que tenían que ir o no ahí. Yo creo que ayudó al boicot cultural que se estaba haciendo el propio Servicio de Salud Mental..Eso nos llevó a tratar de incorporar otros pensamientos dentro del Servicio de Salud Mental y nos llevó a incorporar algunos profesionales, entre ellos Mirta, con quien yo estoy enfrente ahora, Mirta Elvira, que está haciendo este trabajo, donde un poco le contamos la idea y se empezó a generar a partir de ella y de otras personas que pudimos rescatar un grupito dentro del Servicio de Salud Mental que tuviera otra idea y que nos ayudara a este grupo. Esto nos llevó a hacer un paso intermedio, sacar la idea de la casa del inimputable y transformarla en un taller productivo, un futuro taller productivo (Anexo 9h).

En ese punto, quien era el director del Hospital en ese momento transformó un obstáculo en una oportunidad de sumar otras propuestas, otras miradas y así generar cambios. Esas modificaciones en la representación del/de la loco/a vecino/a que bien explicó en la entrevista.

Te decía que en muchos lugares y ahora después en muchos barrios siempre me pareció que es mucho más fácil reintegrar a la comunidad a una gente que lo que nos costó a nosotros integrarlo a una estructura del propio sistema de salud. La gente se banca mucho más al loco que el mismo sistema. Quizás por estructura de formación, quizás porque la gente conoce un poco más de la vida común que nosotros. Muchas veces hemos tenido gente que rehabilita mejor como vecino y quiosquero y la señora de la esquina que lo ve pasar y sabe cuándo anda mal y cuando anda bien. Igual era una tarea que estaba pendiente y teníamos que hacerla y fue la instalación de una casa de medio camino y nos costó mucho. [...] Esa primera complicación la tuvimos donde ya los vecinos empezaron a agitar a otros vecinos y al público en general para que no la pusiéramos ahí y es nos generó bastante inconveniente donde tuvimos que pelearla con los medios, con los políticos de turno del municipio, con las ordenanzas municipales, con los vecinos mismos. Tuvimos que hacer audiencias amplias en donde explicamos a la gente de que se trataba esto. Realmente fue bastante costoso pero a pesar de eso la idea estaba bastante decidida nosotros acompañamos esa idea del ministerio de seguir avanzando en el tema. [...] Entonces ahí se le cambió el nombre por centro cultural Camino Abierto y a pesar de todas estas complicaciones [...] yo tuve dos o tres recursos de amparo que me hicieron vecinos,

otros integrantes de la comunidad, recursos de amparo judiciales que tuvimos que sortear donde nosotros íbamos a ser un riesgo para la comunidad. Fueron a hablar con ese jardín que se mudaba a tres cuadras que iban a ir violadores que iban a violar a los chicos que salían de la escuela. Es decir, todas situaciones que no solo hubo que sortear mediáticamente, sino también desde el punto de vista judicial. Una vez sorteados estos elementos se puso en actividad la casa y también siguió conviviendo con una primera etapa que la casa se veía como una cosa extraña. Siempre contamos la anécdota de que te sacaban fotos cuando entrabas y salías para ver qué sucedía ahí y cuando los invitaban a pasar y veían que era una casa que se dibujaba, que se cocinaba, que se tomaba unos mates, que se charlaba, vieron que eran más normales que las mismas casas nuestras (Anexo 9h).

No fue una tarea sencilla para los/as decisores/as políticos tampoco porque aunque tenían la decisión y algunos recursos necesarios para llevar adelante la propuesta, tenían por otro lado al personal sanitario y los/as vecinos/as en contra.

En este sentido Diana Jerez recordó: “Al principio habían armado una pueblada. [...] el servicio no aceptaba el centro. No querían el centro y ponían una resistencia directa y hasta se enfrentaron con la dirección del hospital” (Anexo 9i).

De alguna manera, los/as entrevistados/as evidenciaron la difícil convivencia que existió en los comienzos en virtud de los dos modelos: “La transdisciplina no provendrá sino de un largo proceso en el cual las conciencias individuales de los especialistas los lleven a superar la fijación a su saber y les permita incorporarse a un debate abierto con otros saberes y principios de comprensión” (Galende, 2008).

7.4.4. Comunidad: de la oposición al acompañamiento

Uno de los testimonios a destacar es el de Carmen, la vecina que reunió las 1.400 firmas en el barrio para que *Camino Abierto* no se abriera y terminó siendo la concurrente número uno de todos los talleres y emprendimientos del Centro.

La información llegó re mal, había una escuela de no videntes con ellos estaba bien todo pero, cuando se enteraron que venían chicos de la cárcel, violadores, asesinos. Vamos a cerrar, el cerco más alto [...] Mal porque yo estaba metida en el medio, yo era la principal de acá del barrio, hasta a las marchas iba yo, mi mamá me mandaba a las marchas. Todos firmamos para que no vengan, los vecinos firmamos para que no vengan. [...] Hubo marchas, quemazones de rueda, nos juntamos en el club Nahuel Huapi, se gritaban porque unos decían que se abra el centro y otros decían que no. Yo firma-

ba por mi mamá, Yo no conozco a nadie para decir que van a ser malas personas (Anexo 10a)

Carmen se sumó a *Camino Abierto* luego de una fiesta callejera que se hizo con la intención de mostrarle a la comunidad de Bariloche las actividades que allí se realizaban y las capacidades de la gente que participaba en los diversos emprendimientos (La Nación, 2009a; YouTube, 2009b). Así recordó ese momento:

Yo andaba media enferma de una pierna. A mí me habían prohibido bailar y que hiciera esas cosas. Como escuché música me llamó la atención. Había choripanes, mi nena estaba internada y yo llegué del Hospital y me vine para Camino Abierto. Estaba la murga y había baile, yo me escondí porque después de todo lo que firmamos... y vengo a mirar acá y me van a decir que soy una... [...] (Anexo 10a)

De alguna forma, sin proponérselo, Carmen, fue la llave que en su momento impulsó el cierre del dispositivo y lo terminó abriendo, dado que ella es una de las vecinas con más años en ese barrio y lo que comentaba es que ella misma fue hablando con los/as vecinos/as los invitaba a los festejos, muestras y actividades.

Cambiaron un montón. Una vez me llevaron a Radio Nacional para contar qué es Camino Abierto. Ahora me conocen por Carmencita de Camino Abierto. Yo no soy corta para hablar, hablé con mis vecinos y les dije que no eran como ellos habían pensado y estoy ahí, por culpa de ustedes yo estoy ahí. Es un taller, es una paz. Los vecinos cambiaron un montón. Cada vez que hay una fiesta ellos vienen (Anexo 10a).

Beatriz, una vecina que también es médica clínica del Hospital nos contó su experiencia:

[...] la gente del barrio tuvo mucha resistencia porque pensaban que los locos, como decían ellos, iban a estar golpeándole las puertas y la verdad que lo tomaron con un poco de miedo hasta que se les fue explicando, por lo menos a mi familia, que consistía en dos tíos de más de ochenta años y mi mamá que también tenía ochenta años, y bueno les fui explicando que no era que la gente iba a andar golpeando puertas sino que era un lugar que iba a haber muchas actividades orientadas a la gente de salud mental. [...] Al principio tenían un poco de miedo. La primera que lo entendió bien fue mi mamá y a su vez ella pudo transmitirle a la gente del barrio. [...] No pasó nada la gente después empezó a convencerse de que esto era un lugar cultural y que los pacientes de salud mental que transitan por el barrio no le hacían mal

a nadie, y al contrario los saludan. Ahora yo veo que los saludan (Anexo 10c).

En definitiva, los aspectos negativos del eje “Contexto-participación comunitaria” los registramos en la resistencia que plantearon los/as vecinos/as cuando se instaló el centro cultural en el barrio, que como vimos luego se revirtió. Sin embargo, según Beatriz, promover el cambio no fue tarea sencilla.

[...] recuerdo solamente de una asamblea que se hizo en el club Nahuel Huapi, también creo que estaban los directivos del Nahuel Huapi que fueron los que ofrecieron el bar y vecinos que yo los conozco del barrio pero no sé los nombres y bueno para que esto no se hiciera, y particularmente yo me opuse porque esto debía abrirse porque para mí no generaba ningún tipo de miedo, debe ser porque trabajo en salud y después empezaron a entender, sé que hubo otras reuniones pero evidentemente a mí no me invitaron (Anexo 10c).

Creemos que el rechazo que se generó en el barrio con la sola idea de que hubiese un centro relacionado con la salud mental, se pudo superar gracias a la amplia participación que se brindó por parte de las autoridades de salud y a los intercambios de actividades que se plantearon desde el centro con la comunidad (ANB, 2009) (Anexo 3, fotos 20, 21 y 22).

Conclusión

LA LEYENDA CONTINÚA¹³



Julio Le Parc, *Modulaciones*, 1928.

La creación del Centro Cultural *Camino Abierto* en la ciudad de Bariloche, provincia de Río Negro, con sus particularidades y matices, es la demostración de la lucha que llevó a cabo esta provincia argentina por conquistar y liberar una zona de margina-

¹³ (Schiappa Pietra, 2003).

ción y encierro para las personas con padecimiento mental cuando, en 1988, cerró el manicomio provincial y lo sustituyó por un sistema de salud mental basado en servicios generales y comunitarios. Si bien se logró el objetivo, ese proceso no fue lineal ni sencillo, y no siempre contó con el apoyo de toda la comunidad. Por el contrario, incluyó contradicción, frustración, resistencia y lucha, junto a esperanza, pasión y la mística de la reforma.

El Centro Cultural *Camino Abierto* asumió estos componentes para dar continuidad y profundizar dicha reforma hasta forjar la desmanicomialización tal como fue concebida: como instrumento hacia una participación para la inclusión social.

Es justamente la investigación sobre un centro comunitario de esta provincia patagónica lo que intentamos plasmar en las páginas previas a estas conclusiones. Buscamos expresar la función social y multidimensional de una estructura que devino Centro Cultural, dado el prejuicio y estigma que representaba instalar un efector de salud de corte habitacional en un barrio de San Carlos de Bariloche.

En efecto, el rechazo social a la “locura” por peligrosa, temida, incomprensible, irreparable y toda otra cascada de representaciones negativas, hizo que una comunidad rechazara la instalación de una “casa de locos” (casa de medio camino, en realidad) y de “locos delincuentes” (casa para inimputables) para terminar aceptando un centro cultural para personas con padecimiento mental.

Dicha aceptación fue en un principio por vía legal y administrativa, para más tarde transformarse en integración, afecto, convivencia, aprendizaje de todos con todos.

La apertura del Centro Cultural se convirtió en una figura que rebasó las expectativas iniciales ya que, además de consumir la función esencial de promover la participación comunitaria de personas con padecimiento mental, expandió sus destinatarios a la comunidad misma, aquella que había rechazado su presencia y que terminó siendo parte, ya sea incluyéndose en el centro o aceptando que el centro estuviera incluido en el barrio. Se elevó así la perspectiva democrática de una comunidad que pudo aceptar libertad y diferencias.

La voz de una usuaria relatando la participación en el centro como una oportunidad de “integrarnos a la sociedad y que la sociedad se integre a nosotros”, es expresión de mejores condiciones de existencia personal pero también de la comunidad en la que habita y un ejemplo del avance democrático de la ciudadanía.

Los antecedentes contextuales que se entrecruzan para analizar el Centro Cultural *Camino Abierto* son justamente factores que se vinculan directamente con procesos democráticos de libertad y aceptación de las diferencias, como la inexistencia de psiquiátricos en la provincia, la total apertura del centro a la comunidad y su dependencia de un hospital público. Estas condiciones iniciales se asocian a variables relacionadas, de un modo directo, con la participación comunitaria y la inclusión social. Dos propósitos que se entienden posibles sin manicomio mediante.

Resulta muy difícil dar cuenta del proceso en todas sus dimensiones por variados motivos, que van desde la complejidad de su gestión hasta lo impredecible de su evolución, dado su alcance y las diferentes variables vinculadas a la comunidad en que se asienta.

En el largo camino hacia la inclusión social de las personas con padecimiento mental, la experiencia de la reforma de desmanicomialización en la provincia de Río Negro ha generado un campo de libertad que implicó el compromiso ético e ideológico de muchos actores. Actores que encarnaron lo que podríamos llamar una épica basada en compromiso, ética, militancia, formación académica y destreza técnica y actitudinal, además de la imprescindible profunda transformación en las relaciones de poder como condición esencial del proceso de desmanicomialización.

Estos y otros valores se descubren como eje del Centro Cultural *Camino Abierto*. Su estructura profundizó los necesarios avances en la localidad de San Carlos de Bariloche, poniendo en sintonía un modelo de atención comunitaria con las legislaciones provincial y nacional vigentes, y la actual doctrina de salud mental y derechos humanos.

Desde esta perspectiva, se forjaron principios ineludibles en la práctica cotidiana vinculados al respeto y a la presunción de capacidad de las personas usuarias, así como a su libre participación en las actividades propuestas por el centro. Estos factores fueron determinantes para generar en ellas un sin límite de posibilidades, afianzar los vínculos y superar las barreras del estigma y autoestigma.

Una trama vincular sostenida en el tiempo, respetuosa y sanadora, fue base de vínculos de confianza, no sólo entre el equipo y las personas usuarias, sino entre estas y la comunidad toda. Esta configuración permitió el rescate de la propia identidad afianzando los mejores aspectos de cada persona, traducidos en la voz de una usuaria al decir “*cada uno tiene su ritmo, su sabiduría, su proyecto*”, lo que es apoyado en el colectivo y el acompañamiento del otro.

El acompañamiento ha sido valorado en todas las instancias del presente estudio como pilar para fortalecer lazos, generar autonomía y superar el estado de soledad que permanentemente se asocia a los padecimientos psíquicos. La participación comunitaria reforzó los lazos sociales más allá del Centro Cultural, expandiéndose a otros ámbitos vecinales.

Existe coincidencia entre todos los/as actores/as en que el mayor problema de la gente es la soledad, por lo que *Camino Abierto* se constituyó en una estructura determinante para el fortalecimiento, desarrollo y construcción de la red de apoyo de los participantes. Se entiende que dicha red es una instancia principal en la recuperación, lo que en voz de los/as usuarios/as se expresa en clave de acompañamiento: “Aprendí a confiar, a creer en las personas, a luchar por lo que creo y siento”, “hizo que no tenga más internaciones”, “para mí la recuperación tiene que ver con que alguien acompañe, simplemente acompañe”, dijeron los/as usuarios/as entrevistados. Es así que los lazos sociales contruidos desde una participación en libertad, inscrita en una intensa grupalidad y mediada por la gran diversidad de actividades experimentadas en el Centro Cultural, fue un *Camino Abierto* hacia la rehabilitación psicosocial.

La superación de la asignación de roles, tanto entre los/as trabajadores/as en relación con cargos, disciplinas y experticias, como en los/as vecinos/as y las personas usuarias en relación con la fijeza diagnóstica y pronóstica, construyó una paridad en los intercambios vinculares, una clara democratización en las relaciones de poder expresada como “todos somos operadores”, “todos somos usuarios”, “todos somos vecinos”.

En las entrevistas realizadas se mencionó que, más allá de las diferentes disciplinas que conforman el equipo de salud mental, todos los/as trabajadores/as son operadores/as en el sentido de que cualquiera de ellos/as puede llevar adelante las estrategias para la resolución de las problemáticas que se planteen, y esto fortalece y amplía las respuestas del conjunto del equipo.

El trabajo en el Centro Cultural *Camino Abierto* produce en la vida de las personas con padecimiento mental un fenómeno de *demarcación-modulación* que representa la salida de la marca o diagnóstico estigmatizante hacia la *modulación*: la capacidad de asumir diferentes roles en clave de *ser más allá del diagnóstico*. Si bien se reconoce la identidad de la persona como estructura esencial, esta cobra una amplia

plasticidad a partir de la participación en libertad y el reconocimiento de sí mismo y del entorno.

No obstante, a pesar de este proceso de superación de las condiciones de vida preexistentes de los participantes, se identifican situaciones de tensión entre los paradigmas de inclusión y exclusión de las personas con padecimiento mental, y entre los modelos de atención de corte clínico-asilar y de corte comunitario-epidemiológico.

Algunos de los aspectos negativos del contexto en el que se desarrolla la experiencia de *Camino Abierto* fueron expresados como: desacuerdos, conflictos, hospital como kiosco, peleas, manicomio, soledad vinculada a la locura, no hay efecto Hollywood (no hay soluciones mágicas), se hacen los vagos, los bobos, son vulnerados, el equipo de salud mental no apoyaba, mucha medicación, mucha angustia, en mi casa me aburro, pobreza, la medicación no es suficiente, miedo, yo no estudié para eso, miradas proteccionistas, resistencia por parte del Hospital, profesionales formados en un modelo clínico asistencial, poner foco en el control y la asistencia desde un lugar hegemónico, con la pretensión de curar anulan a las personas, falta de presupuesto acorde, rechazo, resistencia, miedo al loco.

En contraste, los aspectos positivos destacados en las entrevistas por los diferentes actores del Centro Cultural fueron referidos del siguiente modo: punto de encuentro, consenso, vínculos afectivos por largo tiempo, rehabilitación, subjetividad, lazo social, confianza, intercambio de palabras y experiencias, respeto mutuo, contención, comprensión, convivencia, acompañamiento, sentido de la vida, actividad grupal, considerar al otro persona, restablecer la capacidad social de vivir con otros, sujeto sin etiqueta, maduración y desarrollo personal, cuidado, comunicación verbal, cada uno tiene su ritmo, trabajo en equipo, modelo comunitario, recursos no convencionales, clima tranquilo, silencioso, agradable, preocupación por el otro, compromiso, autovalimiento, compartir, escuchar, estamos reunidos, amplitud en los abordajes, lo terapéutico reside en la actividad que hacen, camino abierto es un motor, la gente no está obligada, ritmo-modulación, trabajo cuerpo a cuerpo, la persona es importante para otros, tener un lugar, sentirse valorado, el rechazo terminó, ser visibles.

En resumen, la experiencia de participación comunitaria en el Centro Cultural *Camino Abierto* del área de salud mental del Hospital Zonal Bariloche produjo cambios significativos: amplió las posibilidades de asumir diferentes roles en la comunidad por parte de las personas con padecimiento mental (lo que en la presente tesis se teorizó con el concepto de *modulación*); logró una mayor sensibilización en la co-

munidad que transformó la representación social de la locura en los vecinos; posibilitó el mejoramiento de las condiciones de vida de los usuarios; favoreció los vínculos sociales entre los participantes del Centro (usuarios/as, vecinos/as y trabajadores/as); y promovió el desarrollo de actividades deportivas, culturales y laborales en pos de lograr inclusión social. En términos institucionales, la experiencia configura una expresión de la reforma de salud mental conocida como “desmanicomialización”, que lleva más de treinta años en la provincia de Río Negro.

El Centro Cultural *Camino Abierto* cumple con un “estar comunitario” que en palabras de José Schiappa Pietra “[...] es un estar abiertos a ejercer y dirimir influencias significativas y de sentido con los demás”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amarante, P. (2006). *Locos por la vida: la trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*. Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo.
- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio: salud mental y atención psicosocial*. Buenos Aires: Topía.
- Argandoñas, M. (2009). *Integración de cuidados de salud mental en la atención primaria de la salud*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.
- APT (2016). *Simposio Jean-Jacques Gautier para los MNP. El monitoreo de las instituciones psiquiátricas. Informe final*. Asociación para la Prevención de la Tortura. Disponible en https://www.apr.ch/content/files_res/report-jjg-symposium-2016-es.pdf [consulta, marzo de 2020]
- Baffo, C. (2011). “Desmanicomialización en Río Negro: logros, obstáculos y nuevos desafíos. La perspectiva de los trabajadores a 25 años de la reforma en salud mental”. Tesis de maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús.
- Bang, C. (2011). “Prácticas participativas que utilizan arte, creatividad y juego en el espacio público: Un estudio exploratorio desde la perspectiva de Atención Primaria de Salud integral con enfoque en salud mental”, en *Anuario de Investigaciones*, vol. XVIII, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.
- Basaglia, F. y F. Basaglia Ongaro (1974). *La institución en la picota*. Buenos Aires: Encuadre.
- Basaglia, F. (1976). *La institución negada: Informe de un hospital psiquiátrico*. Buenos Aires: Corregidor.
- Basaglia, F. (2008). *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*. Buenos Aires: Topía.
- Basauri, V. (2005). *Desarrollo y consolidación de la red de servicios de salud mental, en atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos*. Washington: OPS.
- Bauman, Z. (2003). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Berlinguer, G. (1994). *La enfermedad: sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo*. Buenos Aires: Lugar.
- Biedma, J.M. (1987). *Crónica histórica del Lago Nahuel Huapi*. Buenos Aires: Emecé.
- Blommaert, J. (2005). *Discourse*. Cambridge: Cambridge University.
- Bori, C. (2016). “Dispositivos intermedios con orientación comunitaria: Centro Cultural Comunitario Camino Abierto, Bariloche, Río Negro”, en *Topía*, diciembre. Disponible en <https://www.topia.com.ar/articulos/dispositivos-intermedios-orientacion-comunitaria-centro-cultural-comunitario-camino> [consulta, marzo de 2020]
- Bronfman, M. y M. Gleizer (1994). “Participación comunitaria: necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria”, en *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 10, n° 1. Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1994000100012&script=sci_abstract&tlng=es [consulta, marzo de 2020]
- Caldas de Almeida, J.M. y F. Torres González (2005). *Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos*. Washington: OPS. Disponible en <https://iris.ops.org/publicaciones>

- paho.org/bitstream/handle/10665.2/714/9275316015_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y [consulta, marzo de 2020]
- Castel, R. (1984). *La gestión de los riesgos*. Barcelona: Anagrama.
- Castel, R. (1988). *El psicoanálisis, el orden psicoanalítico y el poder*. Barcelona: Siglo XXI.
- CELS (2007). *Vidas arrasadas*. Buenos Aires: MDRI.
- Cohen, H., J. Schiappa Pietra y L. Kissnermann (1987). *Normas de intervención en crisis*. Viedma: Consejo Provincial de Salud Pública.
- Cohen, H. y H. Jouliá (1989). *Anteproyecto de ley de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental*. Viedma: Consejo Provincial de Salud Pública.
- Cohen, H. y G. Natella (1993) (coord). *Trabajar en salud mental. La desmanicomialización en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar.
- Cohen, H. (1994). “El proceso de desmanicomialización en Río Negro”, en O. Sardon y P. Troianovski (comp.), *Políticas en Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar.
- Cohen, H. (2001). *Principios de la salud mental comunitaria. Conferencia en el Día Mundial de la Salud*. El Salvador: OPS.
- Cohen, H. y G. Natella (1994). *Patrullas en salud mental. Experiencias innovadoras en la comunidad*. Washington: OPS.
- Cohen, H. y G. Natella (2009). “Argentina: el programa de salud mental en la provincia de Río Negro”, en *Salud mental en la comunidad*. Washington: OPS. Disponible en file:///D:/Documents/Downloads/15568-15665-1-PB%20(1).pdf [consulta, marzo de 2020]
- Cohen, H. y G. Natella (2013). *La desmanicomialización. Crónica de la reforma de salud mental en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar.
- Consenso de Buenos Aires (2011). “Primer Encuentro Nacional y Latinoamericano de Familiares, Usuarios y Voluntarios por los Derechos Humanos en Salud Mental”. Comisión Redactora, 11 y 12 de agosto. Disponible en https://www.mpba.gov.ar/files/documents/2012-05-18_consenso-buenos-aires.pdf [consulta, marzo de 2020]
- De Souza Minayo, M.C. (2003). *Investigación Social. Teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar.
- Devallis, P., C. Baffo y R. Onocko Campos (2016). *Perspectivas de la desmanicomialización*. Río Negro: Kuruf.
- Dimenstein, M., A.K. Arraes Amorim, A. de Carvalho Araújo *et al.*, (2012). “Participación y redes de cuidado entre usuarios de servicios de salud mental en el nordeste brasileño: mapeando dispositivos de reinserción social”, en *Psicología desde el Caribe*, vol. 29, n° 3, septiembre-diciembre. Disponible en <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/3962/3933> [consulta, marzo de 2020]
- Dirección de Salud Mental, Río Negro (1998). *Misiones y funciones de operadores de salud mental*. Disponible en <http://rionegro.gov.ar/download/archivos/00010377.pdf>
- EnDiálogo (2012) “Derribando barreras. Diálogo sobre interdisciplina con Alicia Stolkiner”, año 4, n° 12, noviembre. Disponible en <https://es.scribd.com/document/209511744/5-Stolkiner-A-Dialogo-sobre-interdisciplina> [consulta, marzo de 2020]
- Elvira, M.S. (2012). “Participación en la salud mental comunitaria”, en *Revista Salud Mental y Comunidad*, año 2, n° 2, diciembre. Disponible en [165](http://www.un-</p>
</div>
<div data-bbox=)

- la.edu.ar/documentos/centros/salud_mental_comunitaria/revista/saludmentalycomunidad2.pdf [consulta, marzo de 2020]
- Elvira, M. (2019). “La batalla contra el estigma”, en J. Schiappa Pietra *et al.*, *La Brancaleone II*. Río Negro: Kuruf.
- Ferigato S., A. Sy y S. Resende Carvalho (2011). “Explorando las fronteras entre la clínica y el arte: relato de una experiencia junto al Frente de Artistas del Borda”, en *Salud Colectiva*, 7, 3, pp. 347-363. Disponible en <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/270> [consulta, marzo de 2020]
- Ferullo de Parajón, A. (2006). *El triángulo de las tres P. Psicología, participación y poder*. Buenos Aires: Paidós.
- Foucault, M. (1970). *La arqueología del saber*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1973). *El orden del discurso*. París: Tusquets.
- Foucault, M. (2009). *Historia de la locura en la época clásica I y II*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (1986). *Autobiografía VI*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental. Por una crítica de la razón psiquiátrica*, Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar.
- Galende, E. y A.J. Kraut (2006). *El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar.
- Gallio, G., M.G. Giannichedda, O. De Leonardis, D. Mauri (1983). *La libertà e terapeutica?* Milán: Feltrinelli.
- Goffman, E. (2001). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (1970). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Guber, R. (2001). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Norma.
- Ingleby, D. (1992). *Psiquiatría crítica. La política de la salud mental*. Barcelona: Grijalbo.
- Jodelet, D. (1984). “La representación social: fenómenos, conceptos y teoría”, en S. Moscovici (comp.), *Psicología social*. Barcelona: Paidós.
- Jodelet, D. (1986). *La representación social: fenómenos, conceptos y teorías*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Jodelet, D. (2003). “Aperçus sur les méthodologies qualitatives”, en S. Moscovici y F. Buschini (dirs). *Les Méthodes des Sciences Humaines*. París: PUF.
- Junta de Andalucía (s/f). *Campaña 1decada4*. Disponible en <https://www.1decada4.es/course/view.php?id=44>
- Levav, I. (1992). *Temas de salud mental en la comunidad*, Washington: Paltex.
- Levav, I (2019). “Estigma”. Material para el Curso de Posgrado de Salud Mental, Legislación y Derechos Humanos, Universidad Nacional de Entre Ríos.
- Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Río Negro (1985). *Lineamientos generales para el corto plazo, Programa de salud mental*, Viedma. Disponible en <file:///D:/Documents/Downloads/15568-15665-1-PB.pdf> [consulta, marzo de 2020]
- Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Río Negro (1986). *Estructura y reglamento de hospitales de área programa*, Viedma. Disponible en <https://rio-negro.gov.ar/download/archivos/00010371.pdf> [consulta, marzo de 2020]
- Montero, M (1982). *Fundamentos teóricos de la psicología comunitaria*, en *Boletín AVEPSO*, vol. 1, pp. 15-22.

- Montero, M. (1998). "La comunidad como objetivo y sujeto de acción social", en A. Martín González (ed.), *Psicología comunitaria. Fundamentos y aplicaciones*. Madrid: Síntesis.
- Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós. Disponible en <http://www.catedra libre-martinbaro.org/pdfs/libro-montero-introduccion-a-la-psicologia-comunitaria.pdf> [consulta, marzo de 2020]
- Moreira Alves Feitosa, K., T. Silva; M. de Araújo Silveira *et al.*, (2012). "(Re)construcao das práticas em saúde mental: compreensao dos profissionais sobre o processo de desinstitucionalizacao", en *Psicología: teoría e práctica*, vol. 14, n° I, pp. 40-54.
- Moscovici, S. (1976). *La psychanalyse, son image et son public*. París: PUF.
- Murekian, N.G. (1998). "Salud mental, representaciones sociales e interdisciplina. Aportes desde un proyecto de investigación empírica", en *Anuario de Investigaciones*, vol. VI, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.
- Murekian, N.G. (2007). "Salud mental y representaciones sociales: estructuras, procesos y contextos". Tesis de doctorado, Universidad de Buenos Aires.
- Natella, G. (2009). *La creciente medicalización contemporánea: Prácticas que la sostienen, prácticas que la resisten en el campo de la salud mental*, en *Medicalización y sociedad*. Buenos Aires: UNSAM.
- Natella, G. (2017). "Salud mental comunitaria en acción: el problema de la formación profesional", en *Salud mental, comunidad y derechos humanos*. Grupo de trabajo en Salud Mental Comunitaria Universidad de la República, Uruguay. Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Natella, G. (2019). "Prólogo", en J. Schiappa Pietra *et al.*, *La Brancaleone II*. Neuquén: Kuruf.
- Oposinet (2015). *Tema 3. La modulación*. Disponible en <https://www.oposinet.com/temario-primaria-musica/temario-4-educacion-primaria-musica/tema-3-la-modulacin-2/> [consulta, marzo de 2020]
- Órgano de Revisión Ley 26.657 (2014). *Documento sobre muerte en instituciones monovalentes de salud mental*. Disponible en [https://www.mpd.gov.ar/pdf/saludmental/Reso_15_2014%20-%20muerte%20en%20contexto %20de%20encierro.pdf](https://www.mpd.gov.ar/pdf/saludmental/Reso_15_2014%20-%20muerte%20en%20contexto%20de%20encierro.pdf) [consulta, marzo de 2020].
- Restrepo Vélez, O. y R. Vega Romero (2009). "Participación social y comunitaria en Atención Primaria de Salud-APS. Bogotá: para la muestra un botón", en *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8, 16, pp. 153-164.
- Rodríguez Pulido, F. (2010). *La recuperación de las personas con trastorno mental grave: Modelo de red de redes, presentes y perspectivas de futuro*. Canarias: Fundación Canaria de Salud y Sanidad de Tenerife.
- Rodríguez, A. (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide.
- Rodríguez, J. (ed.) (2009). *Salud Mental en la Comunidad*. Wahington: OPS. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51463> [consulta, marzo de 2020]
- Rodríguez, J. R. Kohn y S. Aguilar-Gaxiola (ed.) (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América latina y el Caribe*. Wahington: OPS. Disponible en <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf?sequence> [consulta, marzo de 2020]

- Romero Uzcátegui, Y. y D. Zambrano (2007). “Participación social en salud en la comunidad de Bella Vista Municipio Campo Elías”, en *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, vol. 17, n° 48, enero-abril, pp. 181-209. Disponible en <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/20758/articulo8.pdf?sequence=2&isAllowed=y> [consulta, marzo de 2020]
- Romero Uzcátegui, Y., E. Ramírez Romero y C.J. Sánchez Escalante (2010). “La participación comunitaria en la construcción de un modelo contrahegemónico”, en *Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura*, vol. XVI, n°. 2 (jul-dic), pp. 135-153. Disponible en <file:///D:/Documents/Downloads/3336-7533-1-SM.pdf> [consulta, marzo de 2020]
- Rotelli, F. (2014). *Vivir sin manicomios: la experiencia de Trieste*. Buenos Aires: Topia.
- Sánchez, D., S. Sassone y B. Matossian (2007). “Barrios y áreas sociales de San Carlos de Bariloche: Análisis geográfico de una ciudad fragmentada”. Presentación, IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Huerta Grande, Córdoba. Disponible en <https://www.aacademica.org/000-028/80> [consulta, marzo de 2020]
- Saraceno, B. y C. Barbui (2003). *La liberación de los pacientes psiquiátricos: de la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. México: Pax.
- Saraceno, B. y C. Barbui (2005). “La iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica en las Américas: implicancias para el mundo”. Presentación, Conferencia de Brasilia, a 15 años de la Declaración de Caracas.
- Saraceno, B. (2008). *Programa de acción global en salud mental*. Ginebra: OMS.
- Schettini, P. e I. Cortazzo (2015). *Análisis de datos cualitativos en la investigación social*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.
- Schiappa Pietra, J. (2003). *La leyenda continúa. Temas y narraciones en salud mental. Modalidad rionegrina*. Viedma: PubliFadecs.
- Schiappa Pietra, J. (2008). *Desmanicomialización. Modo rionegrino de trabajo en salud mental*. Viedma: Fondo Editorial Rionegrino.
- Schiappa Pietra, J. (2012). *Teoría comunitaria y dispositivos de inclusión social*. Viedma: Universidad nacional del Comahue.
- Schiappa Pietra, J. (2016). *La finalidad de los tratamientos en La Brancaleone. Teoría y práctica desmanicomializadora*. Río Negro: Kuruf.
- Schiappa Pietra, J., A. Mancardo, M. Pullin Devalis *et al.*, (2019). “Yo no estudié para eso”, en J. Schiappa Pietra, A. Mancardo, M. Pullin Devalis *et al*, *La Brancaleone II*. Neuquén: Kuruf.
- Stolkiner, A. (2012). “Nuevos actores del campo de la salud mental”, en Revista Intersecciones Psi, año 2, n° 4, septiembre. Disponible en http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad2/subunidad_2_3/stolkiner_nuevos_actores_del_campo.pdf [consulta, marzo de 2020]
- Ugalde, A. (2006). “Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica”, en E. Menéndez y H. Spinelli (coord.), *Participación Social ¿Para qué?* Buenos Aires: Lugar.
- Ussher, M. (2008). “Complejidad de los procesos de participación comunitaria”. Presentación, XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

- Valles, M.S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social; reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Yin, R. (1994). *Case Study Research: Design and Methods*. Thousand Oaks: Thousand Oaks: Sage.

Legislación argentina

- Decreto 715/2019. Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. *Pautas para la organización y funcionamiento de dispositivos de salud mental*. Disponible en <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/206363/20190426>
- Ley 26.657/2010. Argentina. *Ley Nacional de Salud Mental*. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm> [consulta, marzo de 2020].
- Ley N° 2.440/1991. Río Negro. *Promoción Sanitaria y Social de las Personas con Sufrimiento Mental*. Promulgación, 3 de octubre. Disponible en <https://defensoriarionegro.gov.ar/drn/wp-content/uploads/2019/12/Ley-N%C2%BA-2.440-Salud-Mental-Rio-Negro.pdf> [consulta, marzo de 2020].

Normativas internacionales

- OMS/OPS-UNICEF (1978). *Declaración de Alma-Ata*, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 6 al 12 de septiembre. Disponible en <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html> [consulta, marzo de 2020].
- OMS (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf> [consulta, marzo de 2020].
- OMS (2001a). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Disponible en <https://www.who.int/whr/2001/es/> [consulta, marzo de 2020].
- OMS (2001b). *Atlas de recursos de salud mental en el mundo 2001*. Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66983> [consulta, marzo de 2020].
- OMS (2004a). *Invertir en salud mental*. Disponible en https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf [consulta, marzo de 2020].
- OMS (2004b). *Promoción de la salud: Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica*. Disponible en https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf [consulta, marzo de 2020].
- OMS (2006). *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*. Disponible en https://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf [consulta, marzo de 2020].
- OMS (2008). *Programa de acción para superar las brechas en salud mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias*. Disponible en https://www.who.int/mental_health/publications/9789242596205/es/ [consulta, marzo de 2020].
- OMS (2012). *Instrumento de calidad y derechos de la OMS. Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social*. Disponible en https://www.who.int/mental_health/publications/QualityRights_toolkit/es/ [consulta, marzo de 2020].

- ONU (1948). *Declaración Universal por los Derechos Humanos*. Disponible en <http://www.un.org/es/documents/udhr/> [consulta, marzo de 2020].
- ONU (1991). *Principios para la Protección de las Personas con Trastornos Mentales y la mejoría de la atención en Salud Mental*. Disponible en <https://www.trabajo.gba.gov.ar/discap/pdfs/di-onuag46-119.pdf> html [consulta, marzo de 2020].
- ONU (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Resolución 56/168. Disponible en <https://www.un.org/development/desa/disabilities-es/convencion-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad-2.html> [consulta, marzo de 2020].
- OPS (1990). *Declaración de Caracas*. Disponible en https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf [consulta, marzo de 2020].
- OPS (1991). *Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina*. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/38765> [consulta, marzo de 2020].
- OPS (2005). *Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos*. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/714> [consulta, marzo de 2020].
- OPS (2007). *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de Caracas*. Disponible en <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Reforma%20de%20las%20servicios%20de%20salud%20mental.pdf> [consulta, marzo de 2020].
- OPS (2009). *Salud mental en la comunidad*. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51463> [consulta, marzo de 2020].
- OPS (2010). *Conferencia Regional de Salud Mental. 20 años después de la Declaración de Caracas*. Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Salud-mental-conferencia-regional-2011-resumen-relatoria-rg.pdf?ua=1> [consulta, marzo de 2020].
- WHO (2017). *Innovation in Deinstitutionalization: A WHO expert survey in Policy options on mental health: a WHO-Gulbenkian Mental Health Platform collaboration*. Ginebra: World Health Organization.

Publicaciones periódicas

- ANB (2007). “Buscan una salida para ubicar centro de rehabilitación”, 18 de septiembre. Disponible en <http://www.anbariloches.com.ar/noticia.php?nota=2208>
- ANB (2008a). “La Casa de Medio Camino será un Centro Comunitario para la inclusión social”, 4 de febrero. Disponible en <https://www.anbariloches.com.ar/noticias/2008/02/04/2208>
- ANB (2008b). “Reconocimiento a *Un minuto por mis derechos*”, 3 de octubre. Disponible en <https://www.anbariloches.com.ar/noticias/2008/10/03/5571-reconocimiento-a-un-minuto-por-mis-derechos>
- ANB (2009). “Una experiencia de integración entre la comunidad y pacientes de Salud Mental”, 1 de marzo. Disponible en <https://www.anbariloches.com.ar/noticias/2009/03/01/7528-una-experiencia-de-integracion-entre-la-comunidad-y-pacientes-de-salud-mental>
- Bariloche2000 (2007). “Se informan sobre Casa de Medio Camino”, 14 de septiembre. Disponible en <http://bariloche2000.com/noticias/leer/se-informan-sobre-casa-de-medio-camino/25102>
- Bariloche2000 (2011). “Poesía que abre caminos”, 12 de julio. Disponible en <https://www.bariloche2000.com/noticias/leer/poesia-que-abre-caminos/61058>

- Barinoticias* (2007). “Mendioroz manifestó su apoyo a la Ley de Desmanicomialización”, 29 de septiembre. Disponible en https://www.barinoticias.com.ar/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=10427
- Clarín* (2013). “Reinserción social ‘Hoy, soy alguien con derechos’”, 26 de abril. Disponible en https://www.clarin.com/entremujeres/trabajo/Hoy-alguien-derechos_0_ByB8atDQl.html
- El Cordillerano* (2018). “Camino Abierto trabaja para reinserir en sociedad a pacientes de Salud Mental”, 19 de marzo. Disponible en <https://www.elcordillerano.com.ar/noticias/2018/03/20/65908-camino-abierto-trabaja-para-reinsertar-en-sociedad-a-pacientes-de-salud-mental>
- El Cordillerano* (2019). “Programa de Camino Abierto llega a El Cordillerano Radio”, 19 de junio. Disponible en <https://www.elcordillerano.com.ar/noticias/2019/06/19/79807-programa-de-camino-abierto-llega-a-el-cordillerano-radio>
- Infonews* (2013). “La fábrica de ‘personas ladrillos’”, 9 de abril. Disponible en <https://www.infonews.com/newsweek/la-fabrica-personas-ladrillos-n127863>
- La Nación* (2009a). “El camino hacia el fin de los manicomios”, 13 de junio. Disponible en <https://www.lanacion.com.ar/ciencia/el-camino-hacia-el-fin-de-los-manicomios-nid1138750>
- La Nación* (2009b). “El ocaso de los manicomios”, 23 de junio. Disponible en <https://www.lanacion.com.ar/editoriales/el-ocaso-de-los-manicomios-nid1143504>
- Redacción* (2018). “Chau manicomios: Cómo Río Negro se convirtió en un modelo mundial con su programa de salud mental”, 9 de mayo. Disponible en <https://www.redaccion.com.ar/manicomios-rio-negro-salud-mental/>
- Río Negro* (2007). “Vecinos ratificaron su oposición a la casa de medio camino”, 20 de septiembre. Disponible en <http://www1.rionegro.com.ar/diario/2007/09/20/imprimir.20079r20s12.php>
- Río Negro* (2017). “Camino Abierto: el último refugio de la alegría en Bariloche”, 23 de abril. Disponible en <https://www.rionegro.com.ar/camino-abierto-el-refugio-del-area-de-salud-mental-en-bariloche-JF2654920/>
- Río Negro* (2018). “Una empresa para cambiar el asistencialismo por el trabajo”, 17 de noviembre. Disponible en <https://www.rionegro.com.ar/una-empresa-para-cambiar-el-asistencialismo-por-el-trabajo-IY6010684/>
- Woodville* (s/fa). “Murga “Salto de Alegría” - Día Nacional del Lavado de Manos”. Disponible en <https://www.woodville.org/es/nota/33/murga-salto-de-alegria-dia-nacional-del-lavado-de-manos>
- Woodville* (s/fb). “Pintando la casita de Camino Abierto”. Disponible en <https://www.woodville.org/es/nota/267/pintando-la-casita-de-camino-abierto>

Videos

- YouTube* (2008 a). “Un no lugar”, en *Un minuto por mis derechos*. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=huMVoiMye-c>
- YouTube* (2008b). “Epidemia social”, en *Un minuto por mis derechos*. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=NbzZq2OcVRY>
- YouTube* (2008c). “Callate”, en *Un minuto por mis derechos*. Disponible en https://www.youtube.com/watch?v=06nBZNi_Huw
- YouTube* (2009a). “Exposición de trabajos del Centro Cultural Camino Abierto”. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=guVtnbSfk1M>

- YouTube* (2009b). “Convocatoria a fiesta callejera”. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=liA1DAUvpSE>
- YouTube* (2011a). “Camino Abierto en kmfm”. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=Ty7hQ7yU-j0>
- YouTube* (2011b). “Fiesta Camino Abierto”. Disponible en https://www.youtube.com/watch?v=IX9g0d7_R9Y&t=67s
- YouTube* (2016). “Centro Cultural Camino Abierto, actividades”. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=QVqx3EngfkA>
- YouTube* (2016b). “Centro Cultural Camino Abierto, vecinos”. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=RhLwXzLd7fQ>
- YouTube* (2016c). “¿Por qué venís al Centro Cultural Camino Abierto?”. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=uEySM2trXXs>
- YouTube* (s/f). “Centro Cultural Camino Abierto”. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=N676aP5s-Oo>

ANEXOS

Anexo 1
LOGO DE CAMINO ABIERTO



Anexo 2

ACTIVIDADES DEL CENTRO CULTURAL CAMINO ABIERTO

En enero de 2010 se realizaba las siguientes actividades (por orden alfabético):

Acompañamiento en la reinserción en el sistema educativo
Acompañamiento y cuidados personalizados
Actividad deportiva (vóley y fútbol)
Actividades destinadas a la re vinculación
Apoyo escolar
Asamblea de convivencia
Asamblea laboral de Arte-Sano
Asamblea laboral de Mostrando la Hilacha
Actividades de ACUFA)
Emprendimientos laborales (textiles y artesanales)
Entrevistas individuales y familiares
Excursiones
Exposición y ventas de productos del Centro
Fiestas con participación comunitaria
Gestión de empleos y planes laborales
Gestión de pases
Gestión de pensiones y jubilaciones
Gestión de turnos médicos, acompañamiento a las consultas y articulación con otros servicios
Gestión de viviendas para usuarios
Grupo terapéutico
Promoción a iniciativas de autogestión
Reuniones de equipo
Suministro de desayuno y almuerzo
Suministro de medicación
Taller de Briquetas
Taller de Canto Grupal
Taller de Cerámica
Taller de Comunicación
Taller de Dibujo
Taller de Expresión Artística
Taller de Expresión Corporal
Taller de Folklore
Taller de Guitarra
Taller de Literatura
Taller de Plástica
Taller de Radio
Taller de Teatro
Taller Textil
Trabajo administrativo
Trabajo interinstitucional e intersectorial
Traslado de usuarios/as
Visitas domiciliarias

Anexo 3 IMÁGENES



Foto 1. Vista aérea de la ciudad de San Carlos de Bariloche, Río Negro, Argentina (ámbito.com, 2019).



Foto 2. Mapa de San Carlos de Bariloche.



Foto 5. Muestra de trabajos de la empresa social.



Foto 6. Mural realizado en el taller de plástica.



Foto 7. Muestra de trabajos realizados en el taller de plástica.



Foto 8. Bandera del centro con la cara de los/as usuarios/as pintada por ellos/as.



Foto 9. Participación en la marcha por la defensa de los derechos de las personas con discapacidad en la ciudad de Bariloche.



Foto 10. Festejo de cumpleaños en *Camino Abierto*.



Foto 11. Logo de la empresa social Maquinando.



Foto 12. Empresa social Maquinando, confección bolsas para supermercados.



Foto 13. Exposición y venta de productos de la empresa social en eventos.



Foto 14. Presentación de la murga Salto de Alegría en el carnaval de Bariloche.



Foto 15. Muestra de la compañía de teatro de *Camino Abierto*.



Foto 16. Participación en fiestas en la ciudad de San Carlos de Bariloche.



Foto 17. Primera fiesta callejera, con participación de la comunidad.



Foto 18. Presentación de los talleres de *Camino Abierto* en el festejo por los 25 años de la Ley 2440 en la ciudad del Bolsón.



Foto 19. Muestra del grupo de teatro en la fiesta callejera.



Foto 20. Taller de cerámica.



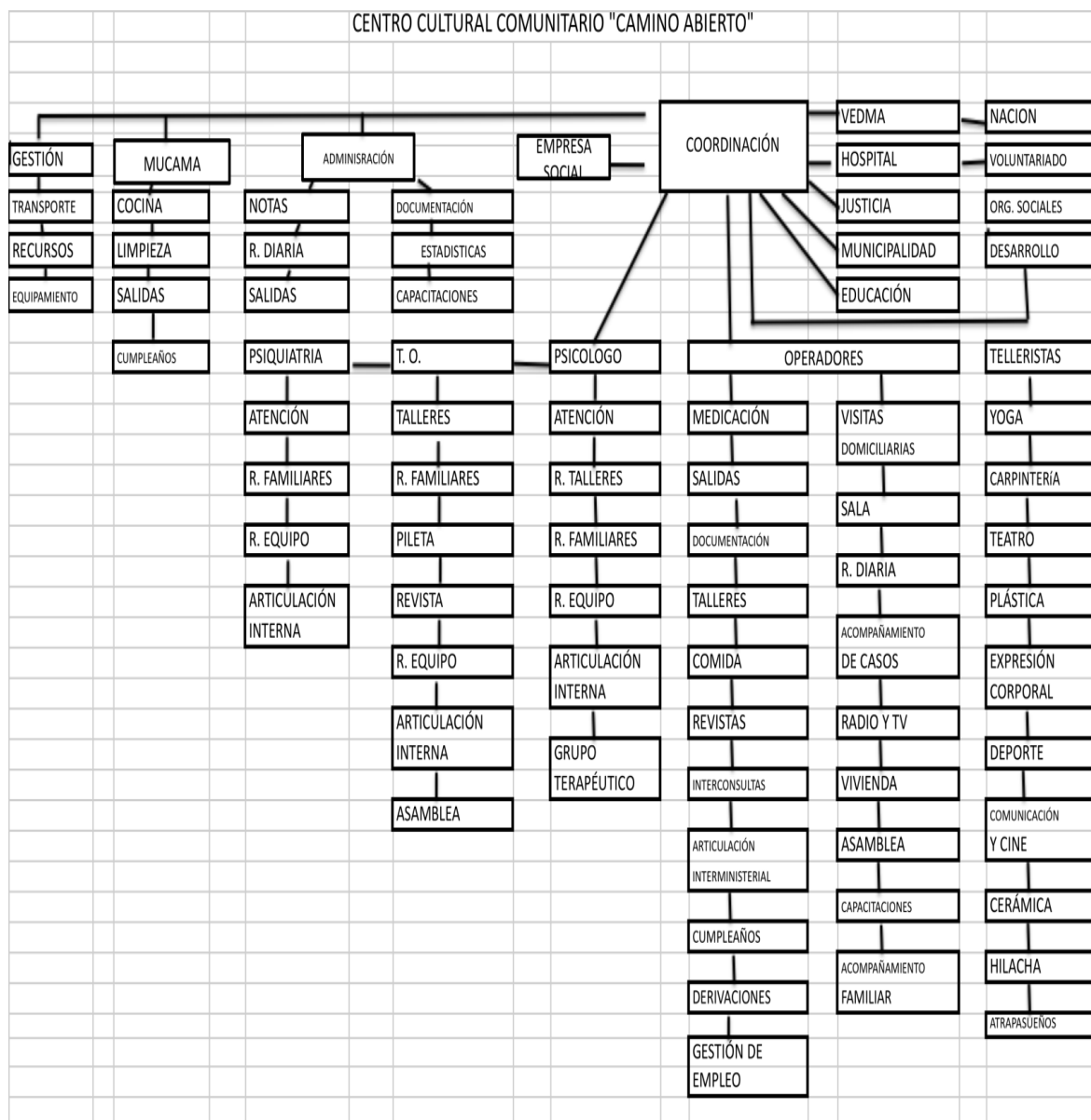
Foto 21. Excursión en catamarán a Isla Victoria.



Foto 22. Taller de música.

Anexo 4

ORGANIGRAMA DEL CENTRO CULTURAL CAMINO ABIERTO



Anexo 5

MISIONES Y FUNCIONES DE CENTRO SOCIO-COMUNITARIO

Fundamentación:

La salud mental comunitaria supone el intercambio social y la construcción de redes sociales como una instancia imprescindible para la promoción de las personas y sus derechos de ciudadanía.

En este sentido, se hace ineludible la construcción y reforzamiento de espacios comunitarios de interacción social.

Esto tiene múltiples finalidades: al compartir espacios, tareas y emprendimientos se revierten los prejuicios que marginan a las personas que padecen sufrimiento mental; se facilita el desarrollo de los recursos de salud presentes en todas las personas; permite acceder a los propios conflictos a partir de incluirse en un entorno que propicia la comprensión y reparación del sufrimiento y la marginalidad; posibilita desencadenar actitudes solidarias y promover el conocimiento y desarrollo de las propias capacidades.

El “Centro Socio-Comunitario” se inscribe en el marco de la Ley 2440 de “Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental”, como espacio de promoción de las personas y su reinserción social.

Será un espacio que permita el desarrollo de las posibilidades de independencia y autogestión de las personas, de tal forma que las mismas logren incluirse o re incluirse en la red social, favoreciendo procesos reparatorios presentes en las personas, el establecimiento de lazos solidarios, estimulando la sociabilidad, el desarrollo de capacidades, la creatividad, la autogestión, la autonomía y la relación con otros grupos e instituciones. Este espacio de intercambio social se convierte así en una importante instancia de prevención y promoción de la salud.

Consistirá en un espacio de modalidad abierta en el cual, si bien habrá actividades concretas estructuradas que organizan el modo de inclusión de los concurrentes, estará abierto a la libre circulación de los mismos a los fines de responder a sus demandas y posibilidades, y con la finalidad de generar una concurrencia motivada en el propio deseo, de manera de promover su autonomía, independencia y el pasaje de la pasividad a un rol activo.

La generación de este Centro responde a necesidades básicas insatisfechas (físicas, afectivas, sociales y espirituales). Estas pueden consistir tanto en falta de vivienda y de insumos básicos para la supervivencia tales como alimentación, vestimenta, etc. carencias afectivas y vinculares, carencias laborales, falta de pertenencia a grupos, de circulación e intercambio social. Sintetizando, necesidad de redes y referentes de contención comunitaria.

Este espacio es creado como una estructura intersectorial y de participación comunitaria activa.

OBJETIVOS

Esta estructura tendrá fines promocionales, preventivos y de rehabilitación para las personas con situaciones de vulnerabilidad psico-social.

A) Objetivos generales

- Promoción Sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental (Ley 2440).
- Promoción y prevención de la salud de la comunidad en general.

B) Objetivos específicos

- Ser referente social y de identidad de las personas.
- Coadyuvar en la contención y resolución de la crisis.
- Facilitar la reinserción social de los usuarios.
- Facilitar y gestionar la satisfacción de los derechos y necesidades de las personas con sufrimiento mental y marginación social.
- Organizar las estrategias terapéuticas necesarias para la resolución de las problemáticas presentadas.
- En los casos específicos de crisis por sufrimiento mental estas estructuras se constituyen en instancias preventivas ya que proveen los recursos para evitar la reiteración de aquellas.
- Apoyar y organizar a las familias y a referentes afectivos y sociales, las estrategias terapéuticas planteadas.
- Promover la inclusión de diferentes disciplinas y sectores sociales a través de estrategias conjuntas que permitan integrar los esfuerzos y hacer más efectiva la respuesta a la población. Se tiende a que estas estructuras se conviertan en verdaderos organismos intersectoriales.
- Promover la participación comunitaria en estas estructuras.

DESTINATARIOS

Estas estructuras pueden ser un recurso para: personas que atraviesan por una crisis; personas que habiendo atravesado una crisis requieran instancias que faciliten y posibiliten su reinserción social; personas con alto grado de vulnerabilidad social; y en general, todo integrante de la comunidad interesado en participar de las actividades abiertas que se proponen desde estas estructuras (emprendimientos laborales, talleres productivo-creativos, seminarios, biblioteca, videoteca, cursos, actividades artísticas, alfabetización, reuniones barriales y sectoriales, etc.).

Se prioriza a la población vulnerable, considerando así a la que presenta necesidades básicas insatisfechas y/o padece marginación social (enfermos y portadores de SIDA, desocupados, adolescentes embarazadas, homosexuales, ancianos y niños desprotegidos, prostitutas, adictos, alcohólicos, discapacitados, presos, etc.). El Centro no se constituye como el único referente de estas personas, sino que es parte de una red mayor de estrategias de abordaje.

Debe ajustarse a los principios de la Ley 2440 que tiene como objetivo fundamental de cada instancia de prevención, tratamiento y rehabilitación, la promoción sanitaria y social de las personas a través de la reinserción social. Esto se realiza respetando el modo operacional de cada estructura ya que, éste debe ser acorde a las características culturales de la comunidad en que está inserta. Todas las actividades están destinadas a la promoción del usuario, reforzando sus capacidades existentes para lograr el mayor grado de autonomía en el menor tiempo posible.

1) Acompañamiento a los usuarios para desarrollar capacidades de autovalimiento y autonomía en la vida cotidiana: higiene personal, elaboración de alimentos con grupo de pares, mantenimiento de la limpieza de los espacios comunes, ya que se entienden estas actividades como parte del proceso de recuperación al permitir adquirir responsabilidades, compartir las tareas, funcionar como grupo, desarrollar aspectos autogestivos y solidarios.

2) Asambleas comunitarias. Con participación de usuarios, trabajadores de salud, familiares, vecinos y otros sectores institucionales con el fin de debatir y organizar el funcionamiento de las casas y las estrategias de contención y de re inclusión social.

3) Reuniones intersectoriales. Para facilitar la gestión de proyectos conjuntos referidos a las problemáticas y necesidades planteadas.

4) Promoción laboral. El trabajo es enfocado como un derecho, como terapéutico y como paradigma de una verdadera inclusión social.

Se promueve su desarrollo a través de:

- Promoción de la continuidad del propio empleo a partir de reuniones con empleadores de los usuarios, información acerca del tratamiento y cooperación con el mismo.

- Trabajo con diferentes sectores sociales para generar convenios y/o contrataciones que incluyan usuarios y familiares.

- Gestión y desarrollo de emprendimientos laborales productivo-creativos que generen recursos genuinos con la dinámica de la empresa social. Esto implica un funcionamiento opuesto al de los talleres protegidos o a toda tarea asimilada a entretener u ocupar el tiempo y que no tenga finalidades productivas y competitivas en el mercado. Se propone al trabajo no sólo como vehículo para la obtención de recursos materiales para la subsistencia sino que, fundamentalmente, como posibilidad de mejorar la autoestima a través del reconocimiento que la sociedad hace del producto del trabajo. Se entiende el trabajo como un derecho y su efectivización como instancia terapéutica. Los usuarios y familiares participarán en estos emprendimientos como asociados con voz y voto e iguales derechos y responsabilidades.

5) Gestión por vivienda.

- Resolución de la problemática habitacional a través de: trabajo con familiares y referentes para reinserción del usuario en vivienda familiar (en casos en que sea terapéuticamente indicado) o para que se involucren en su gestión ante el IPPV (Instituto Provincial Para la Vivienda) y organismos afines para solicitar viviendas y/o materiales.

6) Organización de usuarios, familiares y equipo de salud para la construcción de sus viviendas.

7) Gestiones barriales y vecinales a fin de alquilar habitaciones en casas de la comunidad por una renta, siendo el centro garante y en oportunidades apoyo en la administración del recurso y la promoción de un buen proceso de convivencia.

- Gestión de insumos básicos (alimentos, vestimenta, etc.) Trabajo con familiares, referentes, instituciones y sectores a cargo de políticas sociales.

- Gestión de pensiones y jubilaciones por discapacidad.

8) Visitas domiciliarias. Tendrán como finalidad acompañar y evaluar el funcionamiento y situación de los usuarios desde los aspectos bio-psico-sociales.

9) Talleres creativos planteados como necesarios para la población concurrente, con recursos intersectoriales (Municipio, Promoción Familiar, ONGs, etc.).

10) Trabajo sistemático con referentes y familiares a los fines de propiciar una participación activa en las estrategias terapéuticas de los usuarios, como asimismo consti-

tuirse como asociación con identidad propia (Asociación de Usuarios, Familiares y referentes de Salud Mental).

11) Articulación, planificación y Actividades conjuntas con Asociación de usuarios y familiares

El Centro Socio-Comunitario es una estructura abierta al Barrio y a la comunidad en general.

DEPENDENCIA Y COORDINACIÓN

El Centro dependerá del Servicio de Salud Mental del Hospital regional. Las actividades del Centro serán parte de las actividades generales de dicho Servicio, tendiendo al fin de promoción e integración social de las personas.

Habrà un coordinador del Centro, designado por el Jefe de Servicio de Salud Mental, que será el responsable del funcionamiento. Los Centros estarán incluidos en el conjunto habitacional de un barrio de la localidad, no constituyendo un sector apartado o diferenciado del mismo.

Los Centros Socio-Comunitarios no son estructuras de alojamiento nocturno. El alojamiento nocturno se realizará en situaciones extremas de falta de contención familiar y/o habitacional. De realizarse, debe ser transitorio y contratado con el usuario y/o referentes familiares o sociales por un lapso menor de un mes e informado a la Dirección de Salud Mental de la provincia al comienzo del mismo. En este lapso se tendrá como finalidad generar una vivienda genuina u otra solución habitacional no asilar para el usuario. Se realizarán reuniones diarias de organización del funcionamiento y actividades de la institución.

El mantenimiento del espacio físico y los recursos necesarios en cuanto a limpieza y alimentación de los usuarios serán provistos desde el hospital local, entendiendo a este dispositivo como un equivalente administrativo a un Centro de Salud (Periférico).

Las tareas cotidianas de limpieza, cocina y mantenimiento básico serán realizadas por los usuarios acompañados por el equipo de salud, ya que se entienden estas tareas como parte del proceso de recuperación de las capacidades de la vida cotidiana.

Con frecuencia a definir deberá concurrir personal de limpieza de Servicios generales del hospital local a realizar un trabajo de aseo y mantenimiento en profundidad.

Las actividades asistenciales realizadas en el Centro serán de corto plazo, según lo necesario para la estrategia terapéutica, tendientes a la promoción del usuario.

Las estrategias terapéuticas, la evolución y seguimiento del usuario deben constar en la historia clínica.

Se evaluará en forma permanente la conveniencia de la inclusión de cada usuario en el centro socio-comunitario. Se ofrecerán servicios domiciliarios como alternativa para quien no se adapte al funcionamiento diario del centro socio-comunitario por plantear otras necesidades.

El ingreso de cualquier usuario al Centro debe realizarse como parte de la estrategia terapéutica. En los casos de ausencia de usuarios se harán visitas domiciliarias tratando de identificar los motivos de la misma. Los criterios de egreso serán evaluados en forma conjunta (equipo responsable, usuarios, familiares y referentes) y en cada caso en particular.

Al comenzar el trabajo en el Barrio con la apertura del centro o ante situaciones puntuales se convocará a vecinos y organizaciones barriales junto a religiosos de la parroquia, policía, docentes, etc., para esclarecer sus dudas y explicar los propósitos de esta propuesta.

RECURSOS

Recurso Humano

Está constituido por el coordinador y el Equipo del Servicio de Salud Mental del Hospital General, incorporando recursos no convencionales de otras instancias comunitarias e institucionales (talleristas, educadores, otras especialidades no sanitarias, como asimismo voluntarios y familiares).

Todo el Equipo debe utilizar la estructura a los fines de desarrollar e implementar las estrategias terapéuticas necesarias para cada usuario, constituyéndose como operador de salud mental en función de las necesidades de la dinámica promocional del Centro.

La cantidad de recursos serán los necesarios para contener el funcionamiento de la estructura y sus integrantes y llevar adelante las acciones previstas.

Recursos materiales

El equipamiento, insumos y mantenimiento estarán a cargo del Hospital Área Programa correspondiente.

Deberá cumplir con las normas de habilitación sanitarias correspondientes de la Dirección de Fiscalización del Ministerio de Salud.

Debe contar con comunicación con el ámbito hospitalario.

Los insumos alimentarios para las cuatro comidas diarias deben ser provistos por el hospital, para que los usuarios junto con el equipo elaboren comidas comunitarias.

Los insumos necesarios para las actividades promocionales deben ser considerados como parte inherente de las tareas del Centro.

Anexo 6

MODELOS DE ENTREVISTAS ABIERTAS SEMIESTRUCTURADAS

Pauta para usuarios del Centro Cultural *Camino Abierto*

- ¿Qué es *Camino Abierto* para usted?
- ¿Por qué viene a *Camino Abierto*?
- ¿Quiénes pueden ir a *Camino Abierto* y quiénes no?
- ¿Qué actividades realizan en *Camino Abierto*?
- ¿Algún recuerdo del momento de la apertura del dispositivo?
- ¿Cómo son las relaciones personales dentro de *Camino Abierto*?
- ¿Aportó algo en su vida?

Pautas para trabajadores del Centro Cultural *Camino Abierto*

- ¿Qué es *Camino Abierto* para usted?
- ¿Por qué viene a *Camino Abierto*?
- ¿Quiénes pueden ir a *Camino Abierto* y quienes no?
- ¿Qué actividades se realizan en *Camino Abierto*?
- ¿Cómo son las relaciones personales dentro de *Camino Abierto*?
- ¿Qué modelo de atención reconoce en *Camino Abierto*?
- ¿Algún recuerdo del momento de la apertura del dispositivo?
- ¿Qué sabe de la relación con los vecinos?

Pautas para vecinos del Centro Cultural *Camino Abierto*

- ¿Qué es *Camino Abierto* para usted?
- ¿Quiénes pueden ir a *Camino Abierto* y quienes no?
- ¿Qué actividades se realizan en *Camino Abierto*?
- ¿Cómo son las relaciones personales dentro de *Camino Abierto*?
- ¿Qué modelo de atención reconoce en *Camino Abierto*?
- ¿Algún recuerdo del momento de la apertura del dispositivo?
- ¿Qué sabe de la relación con los vecinos?
- ¿Qué opina usted de esta forma de trabajar con el padecimiento mental?
- ¿Qué dice la comunidad de *Camino Abierto*?

Anexo 7
MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

Con la presente investigación nos proponemos describir y analizar críticamente la relación entre la participación comunitaria en un Centro Cultural abierto a la comunidad, dependiente del área de salud mental de un hospital público, y la inclusión social de las personas con padecimiento mental, y si estas son claves en el mejoramiento de su calidad de vida. Analizaremos de qué forma operan estas relaciones en el marco de las leyes de salud mental de la Provincia de Río Negro N° 2440 y la ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657.

PARTICIPANTES DEL ESTUDIO:

Usted puede participar o abandonar el presente estudio en cualquier momento, lo que no afecta en absoluto su participación en el Centro Cultural. Su consentimiento informado puede ser retirado si así lo desea.

Consideramos que dicha investigación beneficiará al colectivo de usuarios de salud mental dado que el fin último es la lucha contra el estigma y la demostración de políticas que favorecen la inclusión social de los mismos.

Dicha investigación se lleva adelante en el marco del Doctorado Internacional en Salud Mental Comunitaria dictado en la Universidad Nacional de Lanús, provincia de Bs. As. Cuenta con la evaluación y aprobación de las autoridades del doctorado, de la coordinación del Centro Cultural y de la dirección del Hospital Zonal, como así también la aprobación de la coordinación del área de salud mental de la provincia de Río Negro.

Yo,, con documento de identidad número certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto a la investigación está realizando la Lic. Mirta Elvira en el Centro Cultural Camino Abierto; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como entrevistado, contribuyendo a éste procedimiento de forma activa. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a realizar la entrevista, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no me harán devolución escrita y que no se trata de una intervención con fines psicológicos.

Que se respeta la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

.....

FIRMA DEL ENTREVISTADO

.....

FIRMA DEL INVESTIGADOR

Anexo 8
TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTAS A USUARIOS/AS

8a. ROMINA

Soy Romina vengo a *Camino Abierto* desde que empezó. He mejorado mucho antes tenía muchas internaciones cada dos por tres, mucha medicación, mucha angustia. Desde que empecé a venir acá empecé a mejorar a estar más tranquila, a tener buen estado de ánimo, no estar tan angustiada. No tuve más internaciones, por suerte. Me gusta el taller de escritura, me gusta leer mucho poesía, religioso todo eso.

VOS DECÍS INTERNACIONES, ¿POR QUÉ, CUÁL ES TU PROBLEMA?
Esquizofrenia paranoide, me dieron ese diagnóstico.

¿DESDE CUÁNDO VENÍS A CAMINO ABIERTO?
No me acuerdo la fecha exacta, desde que empezó.

¿QUÉ ES PARA VOS CAMINO ABIERTO?
Para mí es una oportunidad de integrarnos a la sociedad y que la sociedad se integre a nosotros. Es una par, una ida y vuelta por eso yo creo que *Camino Abierto*, es abrimos a la sociedad que la sociedad se abra a nosotros también, es un conjunto de cosas.

¿Y QUÉ VENDRÍA A SER ESTE LUGAR?
Cómo lo podría decir con palabras... un camino hacia la vida, hacia los proyectos, que la sociedad te valore que no te discrimine, que no te humille por ser diferente por tener estas patologías. Al menos yo lo interpreto así.

¿Y QUÉ ACTIVIDADES SE REALIZAN AQUÍ?
Varios talleres, de carpintería, de literatura, de música, de teatro, de cerámica, creo que hay yoga también que abrió este año y después hay otros que no me acuerdo.

CUANDO SE ABRIÓ, ¿QUÉ PASABA CON LOS VECINOS, VOS RECORDÁS ESO?
Sí, no nos aceptaban porque lo veían como algo muy peligroso, nos marginaban mucho, los prejuicios. Por falta de información también, por desconocimiento. Los vecinos no estaban de acuerdo porque decían que estábamos todos locos que iba a haber mucha violencia, mucha droga, mucho todo. Eso pasaba.

Y AHORA ¿CÓMO ESTÁN?
Y ahora los vecinos están tomando más conciencia que somos personas diferentes pero que tenemos los mismos derechos que ellos. Somos parte de una sociedad y no nos pueden marginar y hacer a un lado. Somos parte de esta sociedad con nuestros problemas como todo ser humano porque todos tenemos problemas de diferentes características. Pero poderlo sobrellevar y que la sociedad entienda cuáles son las patologías porque también a ellos les puede pasar con un familiar, con un hijo, con un nieto entonces saber cómo tratar eso, como ayudarlo o como contenerlo es importante.

¿ACÁ HAY SOLAMENTE USUARIOS DE SALUD MENTAL O ESTÁ ABIERTO A LA COMUNIDAD?

Hubo gente que ha venido del barrio y de otros lugares, ahora no sé cómo será, vengo poco porque cambió mi vida en todo sentido. Tengo una pareja estable, estoy mejor de ánimo también. Antes venía porque necesitaba más contención más un montón de situaciones que ya ahora lo veo desde otro ángulo. Tengo responsabilidades en casa, tengo que cocinar, lavar todo eso y por ahí no tengo mucho tiempo para venir acá pero no dejo de lado mis terapias, eso lo complemento. A parte voy a Budismo también, tengo actividades afuera.

ANTES DE VENIR A CAMINO ABIERTO ¿QUÉ TENÍAS, CÓMO ESTABAS?

Tenía mucha angustia, re internaciones en el hospital zonal yo siempre me trato ahí porque no tengo obra social.

¿CUÁL FUE LA ÚLTIMA INTERNACIÓN?

En el 2007 y 2008.

CUANDO ABRIÓ CAMINO ABIERTO.

Si desde que empecé a trabajar con vos y con Mariana porque antes estaba con Susana, con Farfán y estaba cada dos por tres internada.

¿QUÉ FUE LO QUE ENCONTRASTE EN CAMINO ABIERTO?

Mucha contención, mucha comprensión porque allá en el hospital era como que era un kiosco, te atendían cinco o diez minutos y ya venían otros paciente, y se peleaban por los consultorios era un quilombo. Era difícil trabajar así con el profesional, para un paciente es incómodo para un profesional también, es inhumano trabajar así. Se peleaban por los consultorios los psicólogos, los psiquiatras, una mala organización. Todo era malo, para el paciente porque no podías tener una charla tranquila con el profesional porque a cada rato te interrumpen y después yo decía, qué le conté y no le conté nada viste porque no sé dónde quedamos... entonces era muy difícil trabajar.

ACÁ CON TUS COMPAÑEROS, ¿CÓMO VES A LA GENTE?

Yo los veo bien salvo, lo poco que los veo los veo bien. Salvo alguno que tienen sus crisis pero yo los entiendo también, como me pasó el jueves pasado que me agarró una crisis y estaba mal, mal, y fue ese día y hace mucho que no me pasaba y tomando medicación todos los días como me dijo Susana. Yo tengo medicación hasta este jueves así que tengo que ver a Susana para comentarle esto que me pasó.

¿CON TU PAREJA VENÍS A CAMINO ABIERTO?

Sí, hemos venimos cada tanto, Romina y Susana lo conocen. Hemos charlado bastante.

¿QUÉ SERÍA LA CONFIANZA ACÁ EN CAMINO ABIERTO?

No tengo palabras para explicar eso, poder charlar con el otro ya sea con un profesional con un compañero poder explicar lo que a una le pasa desde esa confianza, esa libertad de decir ah... con él me siento bien puedo charlar mis problemas de esto, él me cuenta sus problemas. Esa confianza de poder charlar lo que nos pasa y poderlo mejorar en conjunto.

¿HAS ENCONTRADO AMIGOS EN CAMINO ABIERTO?

Con algunos tengo más facilidad, con otros cuesta más.

¿QUÉ APORTÓ EN TU VIDA EL PASO POR CAMINO ABIERTO?

¿Qué aportó? ¡Mucho! Fue un giro enorme, antes mi vida no tenía un propósito, un porqué. *Camino Abierto* me cambió mi vida entera. Hoy tengo una pareja que antes no podía tener una pareja estable. Porque yo aceptaba a alguien para tener un compromiso una relación estable y me dejaban se metían con otra y todo eso me afectaba más cuando venís de una familia con mucha violencia familiar todo eso cuesta mucho y más cuando sos persona de un solo hombre, eso duele muchísimo porque yo respeto a los demás y quiero que me respeten a mí también. El respeto mutuo es importante para una buena convivencia.

ENTIENDO QUE TENÉS MUCHA CLARIDAD EN LO QUE DECÍS, SE VE QUE LO TRABAJASTE BASTANTE. SOS UNA DE LAS PERSONAS MÁS ANTIGUAS DE CAMINO ABIERTO. ¿Y DE LA DESMANICOMIALIZACIÓN VOS QUÉ SABES?

Yo lo que me acuerdo y lo que he leído es que acá no pasa como pasa como pasa en Buenos Aires. Yo fui al Borda y vi una situación horrible.

¿POR QUÉ FUISTE AL BORDA?

Porque quería ver cómo estaban, quería conocer el lugar y cuando llegué allá casi me pongo a llorar. Fue muy triste, los tienen encerrados, llenos de pastillas, la mayoría de ahí no tienen documentos, no tienen identidad propia, no pueden votar y la mayoría de ahí si les dan la posibilidad y les dan el acompañamiento que necesitan, ¡pueden votar! Pero no les dan esa opción y les están quitando todos sus derechos, ¡el derecho a votar, el derecho a elegir qué gobierno quieren! ¡Qué cosas les gusta hacer! ¡Y se lo están prohibiendo! Eso para mí ya es terrible. Aparte ves las instalaciones es muy deplorable, es terrible, es terrible.

ME ESTÁS HABLANDO DEL MANICOMIO, ¿Y LA DESMANICOMIALIZACIÓN, QUÉ SERÍA?

Y es todo, lo opuesto. Acá no hay manicomio, *Camino Abierto* se abrió en el sentido para que la gente haga su tratamiento, tenga contención y no esté encerrado lleno de pastillas y sin derechos. Y que los puedan escuchar, que los puedan contener y no llenarlo como un depósito de personas ¿no? Eso es lo que veo acá. Que si yo estuviera en Buenos Aires como siempre pienso y le digo a mi marido Eric, yo si estuviera en Buenos Aires estaría en el Borda en ese estado deplorable. Y yo estoy acá y con una suerte que no todos lo tienen.

QUE TIENE QUE VER CON LA LEY DE RÍO NEGRO.

Claro.

BUENO AHORA TENEMOS UNA LEY NACIONAL PERO FALTA UN POCO TODO ESE RECORRIDO. LA VERDAD ES QUE MUY CLARO TODO LO QUE ME DECÍS NO SÉ SI QUERÉS DECIR ALGO MÁS.

No.

TE AGRADEZCO MUCHÍSIMO PORQUE EN POCO MINUTOS ME DISTE UNA SÍNTESIS REALMENTE IMPORTANTE.

8b. EDILIO

Nací en Ñorquinco muy cerca de acá y [mi vida pasó] siempre por Bolsón, Ñorquinco, Bariloche y Pilcaniyeu son los lugares donde me identifico donde me crié donde jugué al fútbol, donde fui a la escuela donde también tuve mis primeros amores no.

¿CÓMO TE DICEN?

Yo me dicen el Pajarito, desde chico mi abuelo mapuche me decía chuchumen porque andaba con los pelos parados me decía que me parecía al chuchumen que es un pajarito de acá del sur. Entonces él fue el que me empezó a enseñar cómo silban los pajaritos cómo hacen las ranitas, así que bueno son los mejores recuerdos que tengo de mi abuelo que era mapuche, así que bueno [mi vida pasó] por ahí.

¿Y POR QUÉ VENÍS AL CULTURAL?

Y bueno acá al cultural [empecé a venir] a raíz de una crisis que tuve en Las Grutas. Yo había tenido anteriormente una crisis cuando tenía cuarenta años y cuando era jovencito había tenido pero no crisis sino mensajes lo que llamo mensajes. Pero crisis sí tuve cuando estuve internado en La Pampa y ahí en Neuquén también estuve internado. Y cuando ya estaba mejor me fui a vivir a Las Grutas porque es más tranquilo y allá vino la separación y otra vez volqué y volqué de dedicarme al alcohol y acompañar siempre con la guitarra y todo eso así que ahí anduve. Y vine a caer acá a Bariloche porque allá no había psiquiatra, me atendía Carosanti un psicólogo, también me medicaban todo ahí pero después me descompensé y me vine acá. Hace 6 años más o menos que empecé el tratamiento, pero volví a Las Grutas y un día me dijo el psiquiatra, o te quedas acá en Bariloche o si no cortamos el..., que es Axel muy áspero. Y un día hablando, se había ido Axel y hablando con Farfán otro psiquiatra que me estaba dando la medicación, este, me habló de *Camino Abierto* y ahí conocí a *Camino Abierto*. Y sí vengo a CA porque es un lugar como familiar donde tenés apoyo y también hay talleres.

¿Y QUIÉNES PUEDEN VENIR A CAMINO ABIERTO?

Y el nombre está muy lindo que le pusieron *Camino Abierto* porque quiere decir que está abierto a todos. Y para nosotros también porque entramos salimos nos acompañamos afuera, adentro, jugamos al fútbol, tenemos música teatro y una forma de conectarse porque yo creo que si acá hacen programa, un seguimiento de los chicos de nosotros los grandes porque somos todo un grupo así que hay gente joven gente grande. Si hay un seguimiento yo creo que se van a dar cuenta la evolución de muchas personas que algunas están estudiando que otras se volvieron a la casa, se reencontraron con su familia, este... algo muy...

CUANDO DECÍS TODOS, ¿QUIÉNES SON TODOS?

¿Todos?

DIJISTE, VIENEN TODOS.

Y vienen todos, todos lo que por ahí nos encontramos un día solos... la soledad. Porque la familia por ahí no es que a lo mejor no te quiera, este... sos una carga, como a veces dicen, sos una carga o sos otra carga o sos en la familia eso... no tienen el tiempo suficiente para ayudarte como te ayudan acá porque acá hay gente especializada, entonces la familia puede seguir haciendo sus tareas. Si por ejemplo dentro de la familia hay maestros o tienen otros tipo de trabajo lo pueden hacer independientemente de esa persona que está sufriendo una crisis entonces por eso este lugar es muy importante.

Y ¿QUÉ SE HACE ACÁ?

Acá se hace desde... primero aprenderse a respetar que es una de las consignas, este... voy a tomarme otro mate [se emociona] el tema este de hablar así viste...

¿TE EMOCIONA?

Sí... [silencio prolongado, toma mate, se le llenan los ojos de lágrimas] Yo cuando era chico este... mi viejo también sufrió este tipo de problema y bueno no había este tipo de gente y bueno dentro de todo salimos adelante porque había un médico alemán Mans de apellido que vivió mucho en Ñorquinco y sabía de todo un poco y esa persona lo ayudó mucho a mi viejo. Mi viejo trabajaba en el correo y estuvo ahí, trabajo en Maitén, en Pilcaniyeu, él nació en Pilcaniyeu después nos fuimos a Paso Flores yo estaba en la escuela hogar y bueno cuando mi viejo sufrió lo que después sufrí yo de grande nunca pensé, me acordé mucho de mi viejo. Yo lo acompañaba cuando era chico, cuando había que internarlo o cuando había que llevarlo por ahí.

¿DÓNDE LO INTERNABAN?

Él lo internaban en Maitén porque en Ñorquinco no tenían en esa época, no tenía hospital, y bueno ahí lo medicaban y también sufrió crisis así pero no era violento. Lo mío pasó de pasar a la violencia sin saberlo la paranoia me llevó a otra cosa pero gracias a dios no pasó nada. Creo que es genético también, que habría que estudiar. Yo un día le pregunté a un psiquiatra y me dijo que no que no tiene nada que ver la genética pero creo que dentro de la familia nosotros vemos de los Di Yurka hay muchos que tienen el mismo problema que yo. Parece que se da por el tema de que venimos de familia inmigrante y venían escapando de la guerra todo eso y parece que por ahí venía la cosa.

¿DE QUÉ GUERRA?

Mi abuelo venía de la primera guerra, la Rusia, antes era la Rusia grande no y así pero bueno parece que el lugar donde él nació era la Misky que está cerca de Ucrania y Ucrania estuvo mucho bajo el dominio Polaco todas esas historias y él me contaba todo eso. Mi abuelo vivió 104 años.

¿Y DE LA DESMANICOMIALIZACIÓN QUÉ ES LO QUE VOS SABÉS QUE NOS PUEDAS DECIR?

Mirá yo creo que los lugares que son cerrados para un loco yo creo que no ayudan, al contrario. Por eso esta resolución que están tomando de sacar todos los lugares así de encierro es lo mejor que nos puede pasar. Porque todo ser humano hasta todo animalito todo lo que anda sobre la tierra necesita tener su espacio, la libertad. Y más allá de sus problemas la libertad es sentir que uno puede caminar, mirar el sol o mirar una planta o simplemente sentarse o en la vereda, eso tiene mucho que ver en este tipo de cosas. Yo después de haber caído acá, que bueno, cuando caí acá a Bariloche me ayudaron mucho, vine acá a este lugar. Cuando llegué bueno una vuelta tuve parálisis facial este brazo se me dormía todo y ahora me encuentro de otra forma. Este..., puedo hablar, no me trabo para hablar antes me trababa mucho para hablar, cada vez repetía más las cosas. Y acá ahora no.

¿QUÉ TE AYUDÓ?

Los talleres, talleres de teatro, música que a mí me encanta la música. Mi vida pasaba por el fútbol y la música cuando era jovencito. Cuando me casé muy joven no jugué más me dediqué a mi familia no jugué ni al fútbol ni la guitarra. Después de grande empecé con la guitarra, siempre me gustó la música. Me gusta escribir también tengo algunas canciones. No para ser famoso sino para que estén ahí escritas. Yo creo que el arte nos salva a todos y no es que el arte es de los famosos nomás está en la vere-

da, un artesano está en todos lados, el arte es lo que nos salva, es una forma que el ser humano se identifica.

¿Y QUÉ HACEN ACÁ?

Y acá hacemos... bueno cerámica a mí no me gusta, pero bueno también hice cosas de cerámica con Alicia pero no, no, el tema de embarrarme las manos y que después que crema, porque si no se me parten todas las manos, entonces no me gustó cerámica. Carpintería lo básico lo sé, así que me dedico mucho a lo que es teatro, música, la murga. La murga es una cosa que es un contagio colectivo como de alegría y a la vez... Es rara la murga es como cuando la empezás a bailar como que te contagia esa alegría pero a la vez estás dando un mensaje, como que le das un mensaje a la gente de afuera. Entonces eso también me gusta mucho.

¿Y LITERATURA?

Literatura sí me gusta, pero escribo de una forma que lo escribo de cuando era chico. Literatura por ahí esas poesías que vuelven y van y repiten una palabra yo ahí nada. Lo mío es muy...

CANCIONES.

Canciones tipo así como escribían antiguamente los primeros poetas estos que escribieron, lo mío es así no y no esas poesías que son para entendidos no.

¿VOS PODÉS HACERME UN CONTRASTE ENTRE LO QUE ES ESTAR EN UN PSIQUIÁTRICO Y LA EXPERIENCIA ESTA DE LA DESMANICOMIALIZACIÓN?

Y sí te puedo hacer porque soy grande tengo sesenta años, cuando estuve internado en La Pampa, dentro de todo es un espacio que tiene como seis hectáreas, tiene un lugar cerca del hospital todo cerrado con un lugarcito que hacíamos huerta. Me acuerdo de los eucaliptos, un camino muy grande de eucaliptos, había un molino alto que bueno ahí teníamos para jugar al fútbol todo pastito porque La Pampa es así. Pero bueno estábamos ahí adentro. Y yo estuve encerrado, el primer tiempo, los primeros días [pausa prolongada] en esa época estaba casado, estuvo mi familia, fueron los amigos, algunos familiares a verme cuando estaba allá. Eso me llevó... esa forma de que te van a ver eso me quedó muy grabado. Y este, el lugar La Pampa no sé cómo está ahora creo que un día voy a ir. Después conocí otro lugar en Córdoba ahí dan pena como están, hay mucha cantidad se llama Bell Ville. Si alguno por ahí lo quiere ir a ver ese lugar se van a encontrar que está muy abandonado y son muchos, muchos, mucha cantidad, mucha cantidad andan pidiendo monedas, cigarrillos, descontrolados algunos. Ese lugar me quedó grabado y no sé... siempre doy mensaje que el que quiera ver dónde están los locos abandonados vayan a Bell Ville.

¿Y ACÁ CÓMO ESTÁN?

Y acá no porque acá salimos. Un día un periodista me preguntó y claro el gancho arriba fue de decir "A la familia los locos los abandona" y yo lo dije sí en un contexto de que sí los que están por ahí son hijos de alguien son hermanos de alguien son papá de alguien a veces. Yo creo que no necesitás mucho, por ahí algunos tomaron eso como algo que yo dije algo que no debía decirlo y no, no estoy arrepentido porque salgo a la calles y veo que por algo... algo le pasó por algo está tomando mucha bebida, por algo está acompañado por un perro o dos perros o tres perros a veces y he charlado con ellos y por algo están. Algo le pasó en su cabeza, el que lo quiere ver lo ve y el que no, no lo ve. Tampoco es... no es que me esté victimizando diciendo que

los locos esto, que no... Cuando uno está bien, cuando es joven, tiene todo, yo lo tuve todo, todo lo que un ser humano por ahí no lo material de grandes cosas pero tuve todo. Formé una familia, hice no una casa hice dos casas con mi compañera en esa época, crié a mis hijos. Y bueno llegó el momento que fui abuelo y me volvió a pasar esto y acá estoy. Pero los que están en la calle...

¿QUÉ SERÍA LA RECUPERACIÓN, ENTONCES?

Para mí la recuperación tiene que ver en que alguien acompañe, simplemente acompañe. Porque en algún momento hay conexión. El taller, mira vos que simple que es un día agarrás y esto que me hacés a mí hacelo, tomás a los chicos que están ansiosos que andan de aquí para allá, que prenden un cigarrillo, que se sientan, se levantan, porque es la ansiedad viste yo no podía hablar como hablo ahora, capaz que estaba hablando así y me iba para otro lado, seguro que vos lo conoces. Fijate vos que si vos tomás al chico este antes del taller te vas a dar cuenta que en el momento que empezó con sus manos, yo lo he visto en la cerámica. Por ejemplo Alicia la primera vez que hice algo yo en un ratito, ahhh todo rápido nooo, para que esto no es así, lo mismo me pasó con el profesor de dibujo, después me conecté y empecé a trabajar tranquilo y después empecé a mirar a mis compañeros, yo siempre miro a mis compañeros que los re quiero, a Tino por ejemplo que cuando está haciendo un taller está conectado que volvió a la realidad y se olvidó de los cigarrillos, de la ansiedad o que se quiere ir o de pedir el alta o que los medicamentos y en ese momento está conectado. Por eso el que quiera observar ese tipo de cosas va a encontrar la respuesta que vos me estás pidiendo.

¿VOS ENCONTRÁS EN CAMINO ABIERTO RELACIONES CONFIABLES? PASA MUCHA GENTE POR CAMINO ABIERTO.

Mira hace diez o doce años cuando pusieron esto acá los vecinos, todos se oponían porque venían los locos. Vos sabés que el loco por lo general no es agresivo, algunos son agresivos por algo, no son todos agresivos tienen que pasar por una crisis para ser agresivos tampoco es de robar por ejemplo o hacer alguna maldad al contrario seguro que te puede pedir algún cigarrillo alguna moneda. Cigarrillo sí seguro que pasa alguien en la calle y te va a pedir un cigarrillo pero después... tratar mal a una mujer no, por lo menos acá no y en otros lugares que he estado tampoco.

Y EN ESPECIAL CAMINO ABIERTO PORQUE CREÉS QUE LA GENTE VIENE, CIRCULA, VUELVE.

Yo me encontraba en un estado que yo creía que ya me podía ir de *Camino Abierto*. Tengo un amigo y tengo un pariente un sobrino que siempre estamos muy conectados y me ofreció un trabajo en Allen porque tengo un amigo que tiene micros allá en Allen trabajando y también acá. Y me ofreció y me dijo venite, fue en marzo cuando empezaron las clases porque tiene colectivo así para los chicos .Y yo muy contento porque digo me voy porque tengo mi pensión, tengo un sueldito, estaba con mi sobrino tenía lugar tenía todo, la camita, mi baño, todo y fui y me di cuenta que todavía no estaba preparado porque esto de *Camino Abierto* es un lugar que cuando vos te recuperás un poco también necesitás ver a tus compañeros cómo se va recuperando el otro que no se recuperó... yo me di cuenta que no estaba preparado tuve esa visión y me vine de vuelta. Fui y le dije a mi sobrino mirá me voy de vuelta, me tengo que ir. Y creo que no pasa por el tema del dinero cuando veo otros tipos de valores.

Y EN RELACIÓN A LOS VECINOS O EN RELACIÓN A LA COMUNIDAD ¿QUÉ INTERCAMBIO HAY ENTRE CAMINO ABIERTO, LA COMUNIDAD?

Y bueno *Camino Abierto* ahora es un lugar conocido justamente por los talleres porque por ahí presentamos por ahí hay un evento acá en Bariloche vos fijate las murgas nosotros participamos con las otras murga por ejemplo están tocando en el centro nosotros vamos a tocar, cantamos. Hay teatro también participamos tenemos una radio también donde a veces es radio abierta que ya lo hicimos acá en Bariloche, en Mar del Plata. Yo creo que la forma de *Camino Abierto*... por eso es *Camino Abierto*, viajamos nos conectamos con otro centro y eso está bueno porque es una conexión que ayuda que la persona sepa dónde está qué es lo que necesita y a veces hasta demostrar, porque cada uno tiene su arte su forma de hacer su arte.

Y VIENEN SOLAMENTE USUARIOS DE SALUD MENTAL O VIENEN FAMILIARES, VECINOS ¿CÓMO ES ESO?

Acá *Camino Abierto* está abierto para que vengan familiares, vecinos. Vienen algunos familiares pero no son muchos los que vienen. O si viene, vienen así medio de afuerita pero a participar en los cumpleaños mirá que a veces somos cincuenta, sesenta. Esto que voy a decir por ahí algún familiar que viene se va a sentir mal pero no, pero si nos ponemos a mirar no son muchos los que vienen ni tampoco a preguntar. A veces es como que yo he visto casos que no quiero decir que caso como que hay chicos que lo depositaron y se olvidaron. Yo fui... hay un par de casos que no viene el momento de hablar pero estaban en pleno invierno yo fui con Matías a la casita donde vivían y era un desastre pero te estoy hablando de pleno centro de Bariloche y como que ni los vecinos se daban cuenta la forma en que vivían y todo mojado, sin calefacción, los colchones mojados yo creo que si los perros estaban con ellos iban a estar más acompañados, más calentitos.

¿Y POR EL CLIMA NO LLEGAN A CAMINO ABIERTO?

No, no, tampoco te voy a decir el apellido de los chico, no sé si sacaron foto o no si se registró pero yo me sentí mal al ver eso.

DESPUÉS DE HABER VIVIDO EL ENCIERRO, DESPUÉS DE HABER VIVIDO LAS CRISIS Y DESPUÉS DE ESTAR ACÁ, ¿QUÉ MENSAJE VOS LE DARÍAS QUE ATRAVIESA UNA CRISIS O QUE TIENE UN PROBLEMA ASÍ?

Si la persona está consciente, esta palabra te voy a decir, consciente. Porque por ahí pasa porque yo le puedo dar un mensaje a un compañero que no está consciente de lo que hace o no está bien y no me lo va a escuchar. Pero si me puede acompañar, le digo Che vamos a tal lugar. Yo creo que pasa porque siempre este alguien al lado de él para que lo ayude y bueno le diga te llevo a *Camino Abierto* o te llevo al hospital o te llevo a tal lugar. Pero cuando nadie lo acompaña pasa lo que pasa que cada vez hay distintos tipos de... por ahí es paranoia porque el paranoico no quiere conectarse no quiere hablar tiene miedo de todo. Y está el otro que a lo mejor pasa por otra cosa. Yo creo que el lugar es acompañarlo que alguien lo acompañe. Porque nosotros hacemos como que, que el que está ahí... Ahh, mirá que está borracho, o está esto... pero no pasa solamente por el alcohol pasa por alguna otra cosa y uno dice mirá y bueno el loco ese pero atrás de él hay toda una historia. Hay chicos por ejemplo que a lo mejor se perdieron un poco se pone paranoico y se van.

IMAGINATE QUE YO SOY UNA PERSONA QUE ESTOY ATRAVESANDO UN PROBLEMA, UNA CRISIS, UN PADECIMIENTO MENTAL, ¿QUÉ ME DIRÍAS?

Lo primero ahora que estoy así como estoy, mirarte a los ojos porque el loco cuando tiene una... los ojos siempre tienen... porque bueno a mí me pasó he visto, se te dilatan las pupilas, la miradas es una mirada muy rara viste porque el que sabe observar... ahora si vos no observás y mirás sin mirar es como ir a la orilla del lago y sí, sí estuve mirando el lago y la montaña, pero miraste así, miraste sin mirar. Con las personas pasa lo mismo si vos la mirás sin mirar... sin mirar, vos me entendés, este... pasa eso que no te das cuenta que la persona está sufriendo algo. A veces vos la mirás a los ojos y los ojos te van a decir todo de esa persona hasta te puede hablar si... lo mismo que me dijiste vos, ¿te emocionaste? porque claro lo ojos son eso. Yo creo que cuando uno va a ver una persona tiene que mirar a los ojos. Cosas que se está perdiendo en este mundo por la evolución de todo esto que nos lleva a tener este mundo tan comunicado viste. Espero que esa comunicación sirva para ese tipo de cosas, yo por ejemplo vi en la televisión a Matías Ale un tipo famoso y sus ojos no estaban bien. No porque es famoso no le va a tocar, esto no es porque sos famoso o porque tenés plata o sos rubio o sos negrito esto está en todos los niveles y les toca a todos.

VOS DIJISTE, ACOMPAÑAR, MIRAR A LOS OJOS. UN SALUDO.

[Termina con una imitación del canto de los pájaros y una recorrida por el pasillo de *Camino Abierto* con un mural y muchas inscripciones.]

8c. PABLO y EMILIO

¿QUÉ ES CAMINO ABIERTO PARA USTEDES?

Pablo: Es un lugar donde nosotros podemos recrearnos, tratar de estar mejor.

Emilio: Aprender

Pablo: Aprender, aprendemos, también estamos ayudados psicológicamente con los profesionales que nos atienden muy bien, que nos dan una contención psicológica por nuestros problemas y vamos avanzando. Digamos que yo tuve mejoras, yo pase a cambiar un montón, cien por ciento. Era muy chico digamos con la psicóloga fue animándome más y me fui dando cuenta que uno va creciendo y uno va tomando otra responsabilidad.

¿Y POR QUÉ SE LLAMA CENTRO CULTURAL CAMINO ABIERTO?

Pablo: Porque es cultura nosotros aprendemos cosas, oficios, pintura, tenemos un montón de cosas también tenemos a Maquinando tenemos un taller también aprendemos a coser. Todo para hacer cosas gráficas ahora estamos haciendo dibujo. Es todas cosas culturales no sólo para personas que vienen del hospital sino para todas las personas que quieran entrar a acá, que quieran asociarse con nosotros. Hay gente que viene a yoga y que no viene del Hospital y hace el curso acá.

¿O SEA QUE ES UN CENTRO CULTURAL ABIERTO? ¿QUÉ QUIERE DECIR QUE SEA ABIERTO?

Pablo: Abierto a las personas.

Emilio: A todo público.

Pablo: A todo público sí.

¿Y HAY VECINOS QUE VIENEN?

Emilio: Sí.

Pablo: Sí hay algunos que otros vecinos se interesan y vienen. Justo en estos momentos por el tema de la economía no, como está el tema de los hospitales se cierra y

algunas veces está cerrado el *Camino Abierto*, pero esos días se recuperan fácilmente rápido se habla más se hace como una terapia de grupo se charla todo el grupo.

¿QUÉ ACTIVIDADES HACEN ACÁ?

Pablo: Fútbol.

Emilio: Deporte, carpintería, cultura.

Pablo: Costura, dibujo ya no.

¿COSTURA QUÉ ES, UN EMPRENDIMIENTO?

Pablo: Es una empresa social aparte de camino ¿no? Es una empresa que los usuarios fueron aprendiendo para tener un sustento no porque las pensiones no alcanzan porque todo sube y se nos va rápido.

Y CUANDO DECÍS APARTE DE CAMINO ¿A QUÉ TE REFERÍS?

Pablo: Qué es una empresa social que está en *Camino* pero que es una empresa con muchos emprendimientos.

¿QUÉ HACEN EN LA EMPRESA SOCIAL?

Pablo: Bolsas, ambos no sólo para hospitales sino para profesores para maestros de jardines más que nada que necesitan.

ESO CÓMO ES ¿LO VENDEN? ¿CÓMO ES?

Pablo: Ellos nos piden ellos van a los colegios hablan con los secretarios y nos dicen necesitamos tanta cantidad, o las chicas necesitan tanta cantidad de guardapolvos. Necesitamos empezarlos tal día, los necesitamos tal día. Ellos nos compran la tela y nosotros los fabricamos, hacemos todo, todo como ellos lo pidieron todos los detalles, el bordado y todo.

¿CÓMO ES EL TEMA DEL DINERO, CÓMO LO MANEJAN?

Pablo: No... lo repartimos, llega el dinero, se reparte se ve los días que trabajo cada uno y ahí se reparte. Se ve quien trabajó, quién se esforzó para tener esa plata y quien no se esforzó entonces se equipara.

O SEA QUE LLEVAN UNA PLANILLA Y REGISTRAN LAS HORAS DE TRABAJO.

Pablo: Las horas de trabajo, los días de trabajo, porque a veces falta un montón. Que venga a las doce no importa nosotros no hacemos tema de horario, tema de cumplimiento nada más.

¿Y EN DEPORTE QUÉ HACEN?

Emilio: Fútbol, vóley, básquet

Pablo: Nosotros los varones hacemos más fútbol que otro deporte.

EN LOS TALLERES TIENEN DIBUJO, CARPINTERÍA Y ¿QUÉ MÁS?

Pablo: Plástica también, cine y fotografía.

TIENEN UN GRUPO DE TEATRO ¿PUEDE SER?

Pablo: Sí teatro, tenemos murga, tenemos una murga que se llama Salto de Alegría que yo pertenezco que me hace muy bien moverme y estamos con las otras murgas, nos asociamos con otras murgas y cada vez que ellos hacen eventos nosotros participamos. En los carnavales nosotros participamos también.

TIENEN VARIOS TALLERES... ¿CERÁMICA TAMBIÉN?

Pablo: Sí cerámica se apagó un poquito hasta que se arreglen mejor las cosas, los horarios, por el tema de las máscaras, estamos haciendo máscaras. Ocupamos el lugar ese para máscaras del 3 de mayo que es el cumpleaños de Bariloche.

¿Y CÓMO ESTABAN USTEDES ANTES DE VENIR A CAMINO ABIERTO?

Pablo: Perdido. Digamos yo estaba mal después cuando ya me recuperé, medicación, charla y todo eso. Ahora no necesito medicación, ahora las charlas con la psicóloga son más alargadas, no es muy seguido. Antes eran muy seguido, cuando necesitaba eran muy seguido, al otro día, al otro día, al otro día, al otro día.

¿VOS ESTUVISTE INTERNACIONES?

Pablo: No, no llegué a internaciones porque no tenía algo para alarmarse para complicar mi vida ni la vida de los demás. Lo mío es mental, soy como chiquilín, era. Ahora estoy tratando de avanzar en mi vida. Por ahí me comporto como un chico a veces pero es que estoy avanzando no es que

¿VOS TOMASTE MEDICACIÓN EN ALGÚN MOMENTO?

Pablo: Sí, tomé medicación.

¿QUÉ TOMASTE?

Pablo: Risperidona, Clonazepam de 2,5.

Y ME DIJISTE RECIÉN QUE YA NO TOMÁS MEDICACIÓN.

Pablo: No.

DESDE QUE VENÍS A CAMINO ABIERTO.

Pablo: Desde que vengo a *Camino Abierto* me fui recuperando. Me fui recuperando con las terapias, la medicación que me daba Susana López que es nuestra psiquiatra que iba disminuyendo en la medida que estaba mejorando. Disminuyendo, disminución, disminución hasta que nada. Y ya no necesito más la medicación. Y la psicóloga va alargando su entrevista con esa persona va acortándose más.

VOS TE ESTÁS CONCENTRANDO MÁS EN EL TRABAJO Y EN LOS TALLERES.

Pablo: Sí, gracias a ello empecé a estudiar, a animarme a estudiar. La psicóloga me animó me dijo que eso ayudaría y hasta ahora me va bien.

¿QUÉ ESTÁS ESTUDIANDO?

Pablo: Yo quiero ser psicólogo. En el colegio están dando psicología, relaciones interpersonales y relaciones de trabajo.

PERO VOS QUE ESTÁS HACIENDO SECUNDARIO.

Pablo: Secundario.

NOCTURNO.

Pablo: Si son tres años, segundo sería segundo tercero porque la materia que nos dan es para tercer año.

VOS VAS A LA NOCHE AL COLEGIO Y DURANTE EL DÍA VENÍA A CAMINO ABIERTO Y ESTÁS EN UNA EMPRESA SOCIAL.

Pablo: Sí.

SOS BASTANTE ACTIVO

Pablo: Sí bastante activo.

¿Y LAS RELACIONES CÓMO SON ACÁ? LAS RELACIONES ENTRE LOS AMIGOS.

Emilio: Son buenas, muy buenas.

Pablo: Muy buenas.

VOS EMILIO ¿TENÉS AMIGOS ACÁ?

Emilio: Sí todos compañeros.

Pablo: Siempre cuando Emilio no viene se queda en la casa lo vamos a buscar.

VOS EMILIO ¿CÓMO ESTABAS ANTES DE VENIR A CAMINO ABIERTO?

Emilio: Estaba medicado.

¿ESTABAS MUCHO TIEMPO EN TU CASA?

Emilio: Estaba medicado.

¿MEDICADO POR QUÉ?

Por este... Tenía problemas en la dentadura.

AH... ¿Y AHORA?

Emilio: Ahora estoy un poco mejor.

Pablo: Yo lo que escuché de Emilio es que tenía depresión.

Emilio: Sí.

Pablo: No quería salir de la casa, estaba muy mal, había un tiempo que se abandonó mucho, no quería ni bañarse, entonces los familiares contactaron acá para que venga a *Camino Abierto* para que se mejore.

YO TE VEO EN TODOS LOS TALLERES EMILIO, ¿QUÉ TALLER TE GUSTA MÁS?

Emilio: El de música.

TE GUSTA MÚSICA Y ¿QUÉ OTRA ACTIVIDAD TE GUSTA HACER?

Emilio: Deporte.

USTEDES ESCUCHARON, O SABEN QUE CUANDO... ¿NO ESTÁN DESDE EL INICIO DE CAMINO ABIERTO NO? TENGO ENTENDIDO.

Pablo: No, yo venía cuando usted estaba pero no venía muy seguido porque estaba con una chica que es paciente también que ella si se medicaba cuando todavía no sabía mi diagnóstico pero ella si sabía que tenía.

¿A VOS TE DIERON UN DIAGNÓSTICO?

Pablo: Sí me dieron, me dijeron que era como infantil, como retraso madurativo digamos. Pero ahora no, fui avanzando un montón, me dijo la psicóloga que fui avanzando un montón y que no tengo ya eso, que cualquier problema dijo que consulte a ella.

Y POR ESO CUANDO ABRIÓ CAMINO ABIERTO USTEDES ESCUCHARON QUE HUBO PROBLEMAS CON LOS VECINOS.

Pablo: Sí, sí, los vecinos se juntaban a veces a decir que esto se tenía que ir y todo eso.

Y HOY EN DÍA ¿CÓMO ES LA RELACIÓN CON LOS VECINOS?

Pablo: Muy buena, la verdad que muy buena porque los vecinos vienen a veces a preguntar si necesitamos algo, vienen a dejar cosas, ropa, por ahí ropa que no usan la vienen a dejar acá para que nosotros tengamos, para los chicos que necesitan, que no se bañan porque acá tienen baño también para que se puedan higienizar. En la casa no tienen la comodidad de un baño y menos en invierno. Entonces vienen a *Camino Abierto*, tienen agua calentita, se secan tienen toalla y la ropa que los vecinos fueron dejando.

¿Y QUÉ RELACIÓN HAY CON LA COMUNIDAD, QUÉ SALIDAS TIENEN USTEDES DESDE CAMINO ABIERTO A LA COMUNIDAD?

Pablo: Salimos con la murga, salimos por todos lados también gracias a *Camino* y por nuestros padrinos también que son los Herederos de Cazó que son otra murga y nos ayudaron con un padrinaje para que nosotros pudiéramos estar en todas las murgas y cuando se hace un evento y después salimos al lago, hacemos excursiones por todos lados. Ayer fuimos a Dina Huapi a presentar la empresa social y deportes. No sé qué habló Patricia con el profesor pero íbamos a presentar también deportes.

YO LOS VI QUE ESTUVIERON CON LA RADIO ¿PUEDE SER? COMÉNTEME UN POQUITO CÓMO ES LO DE LA RADIO.

Pablo: Comentá vos.

Emilio: Es comunicarse con radio nacional.

Y TIENEN UNA RADIO ABIERTA ¿NO?

Pablo: Si una radio abierta que nosotros podemos comunicarnos ¿no Emilio?

Emilio: Sí.

¿HABLAN A TRAVÉS DE LA RADIO?

Pablo: ¿A qué fuimos a allá a Dina?

Emilio: ¿A Dina Huapi? A festejar el cumpleaños de la escuela 132.

AH... ¿USTEDES LLEVARON LA RADIO ABIERTA AL FESTEJO?

Emilio: Sí.

QUÉ BUENO.

Pablo: Entrevistamos a los chicos y a un conserje que tenían ellos ahí, una portera de tantos años dijo más o menos lo que pasó en ese tiempo como lo ve a los chicos. Jugamos con los chicos también de séptimo grado... no de segundo grado que tienen siete años, al revés. Bueno entonces dijeron que se portaban bien que a veces los reataban y todo eso.

AH ESTUVIERON CON LOS CHICOS DEL COLEGIO. ¿Y LOS FAMILIARES DE USTEDES VIENEN ACÁ? ¿QUÉ DICEN DE CAMINO ABIERTO?

Pablo: No, vinieron varias veces pero no tiempo de venir todos los días. Pero les gusta mucho.

¿QUIÉNES SON TUS FAMILIARES?

Pablo: Mi mamá, mi papá y mi hermana que tengo acá los otros los dos los tengo en Buenos Aires. Mi mamá es chaqueña, nacida en Chaco pero mi abuela era correntina, así que estamos ahí, es de campo escuchamos música. Vino tres veces, pero después está muy ocupada es una persona grande también.

¿Y TU FAMILIA EMILIO?

Emilio: Viene también.

¿QUIÉNES SON?

Emilio: Mi hermano y mi cuñada.

¿VIENEN POR AHÍ PORQUE SE FESTEJAN LOS CUMPLEAÑOS ACÁ NO? ¿UNA VEZ AL MES?

Emilio: Sí.

Pablo: No pudo venir mi mamá.

¿PERO AHÍ INVITAN A TODOS?

Pablo: Sí nosotros invitamos a todos.

¿Y QUÉ LES APORTÓ EN LA VIDA A USTEDES CAMINO ABIERTO? PARA IR TERMINANDO.

Emilio: Una luz de esperanza.

QUÉ LINDO LO QUE DECÍS, EMILIO.

Pablo: Para mí es una luz grande que despejó nuestras mentes que va cambiando y nos va mejorando. Yo creo que nos vemos cada día mejor.

USTEDES SI LE TUVIERAN QUE DAR UN MENSAJE A PERSONAS QUE POR AHÍ NO TIENEN UN CENTRO CULTURAL, ¿QUÉ LES DIRÍAN?

Pablo: Que tengan fe que todo se puede con lucha y esfuerzo.

Emilio: Todo se puede solucionar.

Pablo: Con lucha y esfuerzo si hay otro centro cultural sería lo más grande que hay, por lo menos ellos van a tener una luz de esperanza no, para ellos y puedan mejorarse y puedan estar atento a todos, que puedan mejorar y que puedan estudiar como yo como yo avancé desde que vine a camino me ayudó un montón. Me ayudó un montón con la contención que tenemos acá y también podemos ver otra gente que viene eso es lo más grande porque confía en nosotros y nosotros nos sentimos bien también.

DIJISTE UNA PALABRA... CONFÍA. LA CONFIANZA, QUE ENTIENDEN USTEDES POR LA CONFIANZA QUE SE DA ACÁ ADENTRO ENTRE PROFESIONALES, TRABAJADORES, TALLERISTAS, COMPAÑEROS.

Pablo: Se va dando según el nivel de recuperación que tiene esa persona no, vos no podés confiar en una persona que todavía está en tratamiento porque falta tenés que cuidarla la cuidan, la protegen y cuando se mejoran le dan esa confianza de darle cosas, tareas, y esa confianza de dejarles las llaves o darle que hagan algo, incentivarlo. Se va graduando, pero en realidad todos son amorosos y todos quieren lo mejor. Y Mirta cuando también usted estaba acá también les daba una contención muy grande. Los chicos siempre reflejan era mejor el... más movimiento que ahora. Yo sé

que ahora no hay tantos operadores, no hay gente que pueda venir. Igual estamos contenidos con los profesionales que son, igual no se nota eso.

-Y VOS, EMILIO, ¿QUERÉS DECIR ALGO MÁS?

Emilio: No.

YO LES AGRADEZCO A LOS DOS. FUE MUY BUENA TU IDEA DE HACER UNA ENTREVISTA CON EMILIO Y CON VOS. GRACIAS.

8d. LILI

Hace un año vivo con mi hija en Bariloche porque antes vivía en Bs as con mi hermano. Con mi hermano hacíamos todas las cosas juntos. Él tenía leucosis linfática que después resultó una leucemia. Y un día el año pasado para esta fecha o para febrero fue a la clínica a hacerse ver con el hijo y después volvió un martes y tenía que ir al día siguiente y fue a la clínica y lo dejaron internado y le pusieron sangre y suero porque yo no tenía quien me acompañe a ir a verlo y lo llamé al amigo para ir a buscar e ir a verlo. Sí sí me dijo que me venía a buscar y resulta que se le rompió el coche e iba en la moto y cuando vi que no venía lo llamé y le pregunté y me dijo lo del auto. ¿Y cómo está mi hermano? Está bien me dijo. Pero a la tarde me llamó mi sobrino y me dijo tía tranquiliza a mi papá porque está loco se quiere arrancar todo e ir a tu casa. Está bien dame con él. Le digo hola Jorgito yo estoy bien quedate tranquilo yo te voy a esperar hasta que vos vengas pero tranquilízate no te saqué las cosas que te ponen para curarte y sino no me vas a ver. Y así quedó y me quedé una semana y la señora de un amigo que era más amiga de él después se hicieron amigos míos.

DISCÚLPAME, LILY, ¿VOS VINISTE ACÁ PORQUE TU HERMANO FALLECIÓ? ¿VINISTE A VIVIR CON TU HIJA ACÁ?

Sí.

¿CÓMO CONOCISTE CAMINO ABIERTO?

Mi hija me consiguió *Camino Abierto*. Y entonces yo vine a ver cómo era.

Y AHORA QUE YA HACE UN AÑO QUE VENÍS, ¿QUÉ ES PARA VOS CAMINO ABIERTO?

Y es algo muy lindo porque tengo talleristas, porque los operadores y los empleados me tratan bien. Mis compañeros me llevo con todos bien, les doy un beso y un abrazo de oso, por eso me reconocen, no me reconocen, les gusta. Sobre todo les doy besos y abrazos de osos a las chicas. A las cocineras a todos no tengo diferencia. Me gusta porque me distraigo, hago talleres en lo que puedo en los que no por ejemplo hoy que tuvimos literatura el profesor me ayuda porque yo escribir no puedo él hace las preguntas y le respondo sobre las preguntas que él hizo y él las escribe.

¿QUÉ ENCONTRÁS EN CAMINO ABIERTO?

Encuentro eso que tengo talleres, que tengo compañeros, que tengo operadores que son buenos conmigo, la Pato es buena conmigo, Patricia Franco.

VOS HABLÁS QUE LA GENTE ES BUENA, CARIÑOSA, CONFIABLE, ¿LOS ESTÁS COMPARANDO CON ALGO?

No, me dan mucho afecto.

¿HABÍAS ESTADO ANTES EN ALGÚN OTRO ESPACIO SIMILAR?
No nunca en Buenos Aires no existe *Camino Abierto*.

¿QUÉ TIPO DE TALLERES HAY?

Está cerámica, carpintería, yoga, literatura, deportes. Los chicos juegan al fútbol cuando voy con ellos me hamaco y como juega Angie que es una chica yo hincho por ella. Ayer fuimos al velódromo y no me gusta porque no hay hamaca, ja ja. Igual la paso bien´.

¿QUIÉNES PUEDEN VENIR A CAMINO ABIERTO?

Yo pienso que las personas que tiene problemas psicológicos, en vez de estar en un loquero que puedan estar en un sitio como este, medicados que no sean agresivos en un espacio así que van a tener lo que tengo yo y afecto porque mi hija trabaja y mi nieto va a la escuela y me quedaría todo el día sola, Acá aprendo tengo compañía y me siento bien.

¿SI UN VECINO QUIERE VENIR AL TALLER PUEDE?

Yo pienso que sí, que puede venir.

CARMEN ES VECINA

Pero Carmen hace mucho tiempo que está, no sé si es vecina o es enferma que toma medicación como yo.

O SEA QUE VOS NO DISTINGUÍS QUIENES SON VECINOS Y QUIENES SON USUARIOS. ¿POR QUÉ DECÍS ENFERMA?

Porque yo tomo pastillas, antes de que me dieran las pastillas empecé a ver luces en la ventana en Buenos Aires, eh. En la ventana, bichos, olores, suciedad. Había barrido a la mañana y cuando venía a la tarde veía que estaba todo lleno de tierra, los bichos se me colgaban de las orejas. Y veía esas cosas, entonces un día estaba acostada mirando por la ventana y veía la corona de novia toda llena de luces y le comenté a mi hermana y me dijo es imaginación tuya. Cualquier cosa tenés que ir al doctor. Dije fue esta noche, pero a la otra noche me pasó lo mismo, vi la tierra, los bichos que se me colgaban de los agujeritos de las orejas, y a la noche vi las luces y tenía miedo sentía voces y lloraba y me dijo mi hermano venite a mi cama porque estás llorando. Entonces le conté lo que me pasaba y me dijo mañana sin falta andate al médico. Yo me voy a trabajar pero vos andate al médico. Me fui al médico de cabecera porque tenía PAMI y me dijo el médico de cabecera que tenía que ir a ver una psiquiatra.

¿TE ACORDÁS QUÉ EDAD TENÍAS?

No, y ahí fui ver a la psiquiatra y la psiquiatra me empezó a medicar. Después tuve un accidente, mi hija estaba acá pero antes había estado en España y me había quedado sola y después vino mi hermano. Cuando mi hija vino para acá conocí al bebé que era chiquitito, viajé a Bariloche en micro muchas horas para verla unas cuatro veces antes de enfermarme y cuando me empezaron a dar las pastillas dejé de venir. A parte Bariloche no me gustaba porque tiene subidas y bajadas y eso me cuesta.

PERO VOS AHORA VIVÍS CON TU HIJA Y TU NIETO.

Con mi hija y con mi nieto.

SI VOS TUVIESES QUE PENSAR EN LA RECUPERACIÓN TUYA. ¿QUÉ ES PARA VOS LA RECUPERACIÓN?

¿Recuperarme? Y, me bajaron la dosis de medicación y un día estaba en la casa de mi hija. Mi hija no estaba mi nieto tampoco y me puse a limpiar y eran como las once de la noche y estaba limpiando el baño y limpie el baño todo y cuando empecé a pasar la fregona empecé a sentir un olor nauseabundo horrible y no podía estar adentro del departamento, entonces abrí las puertas y me fui afuera un ratito, entré de vuelta y me pasaba lo mismo y cuando vino mi hija estaba como loca porque no podía estar adentro del departamento. Entonces me agregó una dosis más de medicamento.

¿EL VENIR A CAMINO ABIERTO VOS SENTÍS QUE TE HA MEJORADO?

No es que me ha mejorado sino que me siento acompañada porque si yo estaría todo el día en mi casa estaría todo el día sola. Y que iba a ser todo el día sola, ¡me iba a enloquecer! Entonces es un lugar para estar bien tranquila, cómoda, me siento cómoda me siento como si fuera mi segunda casa. Me gusta mucho venir a *Camino Abierto*.

LOS FINES DE SEMANA CUANDO NO ESTÁ CAMINO ABIERTO. ¿TE ENCONTRÁS CON AMIGOS DE CAMINO ABIERTO, LOS VES FUERA DE CAMINO ABIERTO?
No.

¿ESTÁS CON TU HIJA Y TU NIETO LOS FINES DE SEMANA?

Sí están a veces y a veces lo lleva al parque, a andar en bicicleta con otros chicos de la edad de ellos.

VOS ESCUCHASTE HABLAR DE LA DESMANICOMIALIZACIÓN, ¿SABÉS QUÉ ES ESO?

Sí cuando vos estás... te tratan como locos. Te encierran en un lugar donde está la gente que no están locos. Algunos no están tan bien son agresivos pero hay otros que no por ejemplo los que tienen la radio...

LA COLIFATA.

Sí, no me acuerdo ahora donde están...

EN EL BORDA.

Sí, después está el Moyano.

ESO SERÍA EL MANICOMIO.

Sí el manicomio.

Y CUANDO HABLAMOS DE DESMANICOMIALIZACIÓN ¿QUÉ SIGNIFICA?

Que los saquen a la gente esa y les abran un espacio como *Camino Abierto* para que se mejoren, estén tratados, hagan, estén trabajando como nosotros con talleres, y eso los distrae y los mejora y me parece que estar encerrados sin salida sin ver a nadie no es bueno. Yo he vendido tarjeta de créditos y he ido a esos lugares y hay gente que no está tan mal. Están muy medicados, pasados de medicación. Y cuando vos llegas, yo iba a vender tarjetas de créditos, lo primero que te piden cigarrillos, pero no te piden groseramente te piden bien, cigarrillo, yerba, las cosas que a lo mejor no tienen les falta. Me gustaría que se abriera en Buenos Aires y en otras provincias para esa gente que no está tan mal, que no está loca, está desequilibrada

¿QUE SE ABRIERA QUÉ?

Que se abrieran otros *Camino Abierto*. A mí me ayudan tanto los compañeros como los profesores y yo me siento muy cómoda. Mi hija quiere que yo vaya al CRIP pero a mí me gusta venir acá. Ella tiene miedo que llegue un momento que no vea más.

IGUAL PODÉS VENIR AUNQUE NO VEAS O VEAS MENOS, UN POCO VES Y TUS COMPAÑEROS TE AYUDAN.

Yo acá te veo, veo tu cabello, no yo tu nariz ni tu boca, veo tus manos que están cruzadas porque sé que son tus manos. Que estás de piernas cruzadas.

¿LOS COLORES LOS VES?

Sí este es azul, o verde.

BUENO COMO TERMINAMOS LA ENTREVISTA TE ACOMPAÑO AL COMEDOR.

No sé si lo habré hecho bien o mal.

EXCELENTE.

Abrazo de oso, a todas las chicas les doy abrazo de oso. Gracias, Mirta.

GRACIAS A VOS, LILY.

8e. ROSITA

¿QUÉ ES EL CENTRO CULTURAL?

Es una institución que nos da un aliciente, ayuda para cada circunstancia de los chicos algunas con distintas falencias.

¿COMO POR EJEMPLO QUÉ?

Por ejemplo en mi caso yo sufro de depresión no duermo tengo que tomar una pastilla todos los días y otros chico vienen a... porque acá en esta institución nos sentimos bien, nos ayudan. Los profesionales nos ayudan a salir adelante.

¿QUIÉNES VIENEN ACÁ?

Todos los que tenemos alguna falencia, generalmente, también pueden venir otras personas que no tienen problemas no, pero generalmente todos los que tienen alguna falencia estamos aquí. Y es una forma de ayudarnos mutuamente y nos están ayudando. A través de talleres que cada uno tenemos. Nosotros participamos en la mayoría de los talleres que nos gustan y por ahí vendemos nuestros productos que hacemos y así cada uno tiene su ritmo, su sabiduría, su proyecto. Por ejemplo acá hay Maquinando, tenemos otro literatura donde estoy yo que a mí me encanta hacemos poemas, nos carteamos con otra institución de Neuquén para acá, Cipolletti y eso nos hace bien nos hace interiorizarnos de ciertas cosas y nos tiene ocupada la mente. Lo más importante para nosotros, generalmente para mí, es tener la mente ocupada entonces no pienso de otras cosas, que tener la mente ocupada no.

¿QUÉ SE HACE EN CAMINO ABIERTO?

Se hacen, este, una reunión terapéutica con los profesionales que hay con distintos temas generalmente la hacemos los días lunes a la mañana. Una reunión es para manejar cuál es nuestro deber de limpieza de ordenar y de otros problemas, de otras cosas también.

ESO SE LLAMA ASAMBLEA, ¿QUÉ ES?

En la asamblea hablamos de todas las peticiones que tenemos cada uno para solucionar o subsanar los problemas de cada uno. Habiendo mucha gente siempre hay problemáticas para solucionar.

¿Y CÓMO SE SOLUCIONAN?

Hablando, hablando y aconsejando, diciéndole qué es lo que le molesta para seguir la vida sana, para seguir mejor hacia adelante.

¿VOS QUÉ SABES QUÉ ES LA DESMANICOMIALIZACIÓN?

Es una forma de no tenernos los que tenemos una falencia de estar encerrados. Porque eso no ayuda a salir adelante nos carcome el alma, nos sentimos mal. Entonces esto de la descomalización es una aliciente ayuda para nosotros los enfermos porque no estamos encerrados, no estamos en un lugar donde nos sentimos atrapadas como si fuéramos atrapadas sin salida. Entonces acá es más abierto tenemos profesionales todo el tiempo si en algún momento yo generalmente estoy deprimida ya está la doctora, tenemos dos doctoras. La psiquiatra entonces enseguida viene a nuestro encuentro y nos pregunta qué nos pasa y eso está bueno porque nos sentimos libres. Es decir, nos cuidan y nos sentimos libres a la vez.

¿Y LOS OPERADORES DE SALUD MENTAL?

Nos protegen, no ayudan y nos dan las pastillas a cada uno.

¿QUÉ SERÍA ENTONCES PARA VOS LA RECUPERACIÓN?

La recuperación es lo que queremos todos y no hay otro lugar que estar aquí. Porque nos ayudan a salir adelante con los consejos y cuidados que ellos nos hacen y eso.

¿QUÉ LUGAR OCUPAN LOS TALLERES EN LA RECUPERACIÓN?

Tener la mente ocupada. Entonces no pensamos, nos sentimos liberados, nos sentimos que servimos en la sociedad porque cada cosa que nosotros hacemos siempre hay algo para vender que nosotros hacemos y uno nota que todavía servimos que no somos problemas, no somos locos, tenemos nuestra falencia pero no somos locos, dementes.

HAY ALGO QUE TODOS DICEN ACÁ EN EL CULTURAL EN RELACIÓN A LA CONFIANZA, ¿QUÉ ENCONTRÁS VOS EN EL CULTURAL QUE TENGA QUE VER CON LA CONFIANZA?

Nos sentimos confiados con los profesionales que tenemos ellos nos orientan y nos sentimos protegidos.

¿Y LOS COMPAÑEROS?

Y los compañeros también hay algunos no tanto y otros que no porque por sus distintas formas de ser, qué bueno, que hay que subsanarlas en cada taller o en cada asamblea que nosotros hacemos y ahí se habla de eso no.

¿CÓMO ERA TU VIDA ANTES DEL CULTURAL?

Bueno muy... trabajé mucho en distintos lugares por ejemplo hice de moza, cuidé a enfermos, cuidaba casas. El último trabajo que hice fue en Radio Nacional, el último trabajo que hice, no me acuerdo cómo era que hacía, pero estaba trabajando.

AHORA ESTÁS EN LA RADIO ¿NO?
No.

EN LA RADIO ABIERTA.

No, porque me gusta otros talleres, siempre quiero ir pero tengo otras preocupaciones otras... otras formas de...

¿CUÁL ES LA PARTICIPACIÓN QUE TIENE EL CULTURAL EN LA COMUNIDAD?

Es de ir en cada casa y llamar o visitar o traer gente que no está muy bien que digamos y acá les dan una ayuda. Es muy bueno esto porque sin este lugar estaríamos en la calle. Es la única institución que tenemos en Río Negro y eso está bueno porque somos varios los que ocupamos esta institución y eso nos alegra y nos sentimos protegidos. Dios quiera de que no nos saquen esta institución o quizás cerrarlo porque dónde iríamos nosotros porque no tenemos otro lugar dónde estar.

ROSITA SI VOS LE QUISIERAS TRANSMITIR ALGÚN MENSAJE A ALGUIEN QUE ESTÉ ATRAVESANDO UNA CRISIS, ¿QUÉ LE DIRÍAS?

Bueno, que vengan aquí y que se van a sentir protegidos por los profesionales los cuidan les aconsejan, le abre un camino. Abrir un camino para la gente y con la gente es un aliciente ayuda que nos dan esta institución. A veces no se dan cuenta lo primordial que es este lugar por eso no quisiera que algún día se cierre no porque nos sentiríamos mal. Y además somos muchos los que venimos.

¿CUÁNTA GENTE VIENE ACÁ?

Creo que como treinta, vienen pasan, vienen, pero más o menos son como treinta.

BUENO, ROSITA, TE AGRADEZCO ESTA ENTREVISTA.

Anexo 9
**TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTAS A TRABAJADORES/AS
Y REFERENTES**

9a. GABRIELA CASAL

Soy Gabriela, trabajo en *Camino Abierto* desde hace 4 años.

¿CÓMO LLEGASTE A CAMINO ABIERTO?

Llegué a *Camino Abierto* porque recién había venido a Bariloche y por mi curriculum les pareció que tenía que verte a vos que en ese momento estabas en la delegación yo venía de trabajar con jóvenes infractores a la ley penal en el Ministerio de Desarrollo de Nación y no me quisieron dar el pase para Bariloche. Bueno yo llegué en diciembre me correspondían las vacaciones me dijeron que me iban a contestar y nunca jamás me contestaron y en abril me dieron la baja. Me puse a buscar trabajo y fui a Crearte, yo empecé a hacer un scouting de organizaciones con algún perfil que más o menos me interesara o que yo ya venía trabajando. No quería trabajar con jóvenes porque había sido como muy dura la experiencia y dije me voy a tomar un descanso de los jóvenes. Me pareció que Crearte, todos hablaban muy bien y demás y cuando fui a ver a Chicho [coordinador de Crearte] me dijo que no tenía mucha disponibilidad para contratar a nadie que les era bastante complicado, pero que leyó mi curriculum y que por mi perfil de laburo tenía que ir a verte a vos y me dio tu teléfono y a mí me dio vergüenza y a la vez él vio mi perfil y dije, no, me van a mandar otra vez a laburar con jóvenes. Yo tenía ganas de cambiar un poco, después fui a un cumpleaños de Pablo Maestri y ahí nos encontramos y vos me dijiste que si me animaba el lunes te llevara todos los papeles y ahí te llevé todos los papeles y ahí entré a trabajar en el Ruca Che [centro cultural de un barrio] y *Camino Abierto*. Así que después vine a una entrevista con Patricia para ver y conocer la institución y ver cuál era mi perfil y qué podía hacer, cuando recién empecé tenía una carga horario más grande acompañaba algunos talleres y empecé a hacer como un trabajo de operadora acompañar los talleres artísticos. Desde mis inicios acá y continúa y se agravó hay poco personal en *Camino Abierto*. Entonces esa era una manera como yo tenía una formación bastante heterogénea en lo artístico y siempre había laburado con organizaciones sociales era como que más o menos conocía el metier y empecé a hacer un trabajo más de operadora, de acompañar el taller.

VOS SABÍAS QUÉ ERA CAMINO ABIERTO.

Cuando vine sabía que era un centro cultural para usuarios de salud mental. Nunca había laburado directamente en salud mental. No sabía si me iba a dar mucho el alma. Yo siempre pensé que me iba a dar el alma para la tarea social, siempre a uno le da para unas cosas y para otras no, el alma, la neurosis o lo que fuera. Yo siempre había laburado con pobreza, lo que me di cuenta es que ¡siempre había trabajado la salud mental! De una manera indirecta, tal vez no eran instituciones ni organizaciones donde el objetivo específico era el abordaje de la salud mental pero siempre directa o indirectamente trabajas la salud mental.

¿POR QUÉ DECÍS ESO?

Porque cuando uno trabaja la promoción de las personas trabajás la salud mental. Si vos trabajas con jóvenes o con niños, que era lo que yo venía laburando. Yo primero laburé muchos años en educación formal y después empecé a laburar en proyectos de educación no formal, proyectos socioeducativos que de alguna manera era sobre la promoción de las personas, un trabajo sobre la subjetividad. Que como era en contex-

to de pobreza siempre era como que estaba muy vulnerada, muy cascoteada esa subjetividad. Entonces, si era con niños trabajabás en el desarrollo de esa subjetividad y si era con pibes más grandes que por ahí ya estaban metidos en otras cuestiones de la droga, consumo, sustancias en general, y por ahí alguna conducta más delictiva, siempre había algo de promover sus derechos y sus capacidades y por ahí que volvieran a la escuela o que sostuvieran la escuela o ayudar una inclusión en ciertos espacios. Y como laburaba en el circo, el circo trabaja indirectamente o directamente de un modo solapado un montón de cosas de la salud mental, desde los miedos porque muchas veces... yo laburaba el aéreo y laburaba en la altura y si te caés... y el cuerpo en el espacio... el cuerpo con un objeto, el cuerpo con otro.

CUANDO ENTRASTE POR PRIMERA VEZ A CAMINO ABIERTO, ¿RECORDÁS TUS PENSAMIENTOS REPRESENTACIONES DE ESE MOMENTO? LO QUE UNO COMENTA, “ESTOY TRABAJANDO EN UN LUGAR QUE...”

Siempre tuve como una fascinación con este lugar, hay algo de... como ellos siempre dicen es mi casa, es mi casa. Hay algo como de esos lugares más pequeños y como más familiares que tienen un atractivo donde vos hacés mucho vínculo con la gente, tal vez si trabajara en lugares más grandes...

DIJISTE UNA PALABRA VÍNCULO, CONFIANZA, ¿QUÉ ES PARA VOS LA CONFIANZA ACÁ ADENTRO DE CAMINO ABIERTO?

Yo pasé por varios equipos por ahí la relación con los pares siempre es lo más problemático porque circuló mucha gente. Hubo equipos mejores, peores, problemáticos. Me pasa que desde el año pasado trabajé con una compañera y dimos un taller entonces ahí cambia eso. Sí, se da una cosa muy fuerte desde lo vincular más que nada con los usuarios, de entablar vínculos afectivos fuertes con ciertos usuarios y con el espacio y por eso también acompaño los espacios formales como operadora o dando talleres. Siempre participé de actividades como extra, desde acompañar a la murga o por ejemplo el año pasado fuimos a los títeres andariegos. Siempre hacemos salidas culturales, acompañarlos a ver una muestra de pintura, a un taller de teatro.

¿HAY OTRAS ACTIVIDADES DE LA PARTICIPACIÓN DE CAMINO ABIERTO EN LA COMUNIDAD?

Sí, ya sea mostrando ciertas actividades o producciones que se hacen dentro de *Camino Abierto* o poder ir a un teatro o a una muestra o a una marcha. Entonces todo eso forma una red vincular muy fuerte. Sí, uno está abierto a eso. Ir a las salidas del verano que nosotros hacemos salidas.

CUANDO DECÍS VINCULAR ¿TE REFERÍS A LOS USUARIOS DE SALUD MENTAL O A QUIÉNES? ¿QUIÉNES PUEDEN VENIR A CAMINO ABIERTO?

CA es una institución abierta a la comunidad, hay un objetivo específico que tiene que ver con apuntar a la promoción de las personas que se atienden en el servicio de salud mental del Hospital. Es una institución que es extrahospitalaria pero que depende del Hospital. *Camino Abierto* está abierto a la comunidad y de hecho vienen algunas personas que nos son usuarios del servicio.

QUERÍA SABER A QUÉ TE REFERÍAS CON USUARIOS.

El noventa por ciento de la gente que viene son usuarios del servicio, después hay otra gente que tal vez no son usuarios del servicio pero que tienen alguna otra dificultad transitoria o alguna clase de discapacidad y elige este como un espacio propio. Eso también fue una pelea al interior del equipo, las personas que pensaban que este

espacio era un espacio sólo para lo psicóticos, entonces no tomar neurológico, no tomar duales, no tomar...

¿Y A QUÉ SE DEBE ESA RESISTENCIA DE NO AMPLIAR?

Yo creo que aparecen distintas cosas ahí. Por un lado aparece un paradigma que es ideológico que tiene que ver con esto: ¡al psicótico lo desestructura ver un changa! me acuerdo que en algún momento venían de Emaús [lugar que el municipio tiene destinado para personas en situación de calle], habían transitado por este espacio y fue una batalla campal porque la psiquiatra decía que desestructuraba mucho a la estructura ya lábil del psicótico encontrarse con una persona que estaba meada... que era fea... “sucios, feos y pobres”. Bueno, nada eso por un lado tiene que ver con un paradigma de la mirada de qué es un psicótico y la salud mental y qué son estos espacios. Esa gente para mí está más ligada a un modelo que tiene que ver con un hospital de día, en cambio si vos lo pensás como un centro cultural comunitario que aborda o que está dirigido a los usuarios de salud mental obviamente que es más amplio porque vamos a pensar en otro sentido.

VOS MENCIONASTE PSIQUIATRA, ¿EN GENERAL ESTO LO PLANTEA ASÍ UNA PROFESIÓN COMO LA PSIQUIATRÍA?

La psiquiatría, y la psicología lo plantea mucho en este contexto de salud mental de las personas que conocemos acá. No sé si todos los psiquiatras del mundo, no sé. Como yo no pertenezco al servicio de salud mental hay cosas que las sé más de oído y otras cosas que tienen que ver con estar compartiendo el espacio hace tanto tiempo con profesionales del área de la psiquiatría y la psicología que forman parte del equipo de salud mental. En todo este tiempo la experiencia es que el hospital a esto lo toma como un aguantadero, hay una descalificación. De hecho no derivan mucho salvo cuando se quieren sacar a alguien de encima porque es un perno o es insoportable, o un caso muy severo o que se lo quieren sacar de encima, gente que está en el Hospital y como no hacía nada lo mandan acá.

HAY UNA DESVALORIZACIÓN POR PARTE DEL HOSPITAL HACIA ESTE DISPOSITIVO, ESO ES LO QUE VOS DECÍS.

Yo digo concretamente eso y digo que no hay una valoración de este espacio como un espacio terapéutico y que lo terapéutico no tiene necesariamente que ver con un espacio clínico si bien este espacio ofrece ya sea un grupo terapéutico grupal los lunes por la mañana o algunos espacios terapéuticos individuales no es el objetivo de este lugar sino que lo terapéutico reside en las actividades que se hacen. Básicamente en lo artístico y en esa promoción de lo comunitario, de lo psicosocial. Para mí que un usuario pueda, ya es terapéutico que piense en venir. Algo se tuvo que arreglar para venir aunque sea buscar un abrigo para no tener frío en el camino. Subirse a un colectivo venir hasta acá eso lo pone en contacto con los medios de transporte, tiene que mirar qué colectivo toma, qué colectivo no toma, tiene que comunicarse con su entorno, tiene que pedir el boleto hasta acá. Eso significa que tiene un pase, con lo cual el usuario que no lo tiene se lo ayuda a generar eso.

HABLÁS DE GENERAR AUTONOMÍA EN LA PERSONA, ¿NO?

De generar autonomía pero también hay algo de ese bienestar psicosocial. Si vos estás todo el día metido en tu casa por más que tomes la pastilla que te dio el psiquiatra, estés estabilizado y no tengas una crisis psicótica y rompas todo, eh... tampoco eso es salud ni es vida. Para mí que una persona venga, que le implicó salir a la calle, le implicó prestar atención para cruzar la calle y que no lo mate un auto, subirse a un

colectivo, algo te comunicaste con ese entorno. Después viniste acá estás con otras personas formas parte de un grupo, hacés una actividad, hacés algo que te gratifica, creaste, pusiste en funcionamiento tu cabeza tus emociones, te gustó o no te gustó, te peleaste, te pasa algo. Te pasa la vida, si estás metido en tu casa sin hacer nada no te pasa nada por más que no tengas una crisis y tomes la medicación en tiempo y forma.

ESTO QUE VOS DECÍS QUE EL HOSPITAL NO APOYA ESTE DISPOSITIVO O NO TODO EL HOSPITAL PORQUE TENGO ENTENDIDO QUE ALGUNOS PROFESIONALES SÍ TRABAJAN ACÁ. EN ESTOS NUEVE AÑOS QUE YA CUMPLIÓ CAMINO ABIERTO ¿QUIENES APOYARON ESTE DISPOSITIVO PARA VOS? ¿CÓMO SE SOSTIENE?

Me parece que pasan cosas distintas, por un lado el Hospital tiene que ser políticamente correcto y para cumplir en algo mínimamente con la ley ellos lo sostienen aunque sea desde lo económico y hay una cantidad mínima de personal y de dinero destinada a este espacio. Pero después me parece que tiene que ver con la comunidad desde donaciones que se han hecho algunas instituciones que apoyan ya sea poniendo el dinero o micro a disposición para que podamos hacer las visitas. Después los recursos que se gestionan para que haya talleristas que Salud no los pagan, que ahí es donde vemos realmente que no cambia el paradigma de atención porque por más que esté una ley que deben existir estos dispositivos y no destinan recursos es letra muerta. Que eso fue lo estuvimos tratando de explicitar en las dos audiencias que hicimos en la Justicia. Lo loco es que Salud tiene un dispositivo que tiene que ver con un abordaje psicosocial del padecimiento mental ese abordaje el andamiaje fuerte son los talleristas. Acá hay una ocupación ellos se creen que esto es un aguantadero que los locos vienen se quedan acá haciendo nada que es lo mismo si miran televisión o si juegan al fútbol o hacen una creación artística. ¡No es lo mismo! No es un aguantadero de gente. Sí es un espacio de pertenencia, sí es un espacio que da la medicación y la comida que en muchos casos es recontra importante pero básicamente ese abordaje psicosocial se da a través de los talleres.

¿QUÉ TALLERES ME PODÉS MENCIONAR?

Hay talleres deportivos [...] hacen fútbol y vóley o básquet o corren o hacen alguna cuestión deportiva, antes iban a natación también. Después está taller de cine, de cerámica, de expresión y creatividad, literatura, yoga, teatro, murga, canto y radio. Después está la empresa social y el de carpintería. [...] está la variedad. También eso fue una discusión si tiene que ser como una escuela que no anden circulando y que vayan a los talleres o si esto, si en esa promover la subjetividad y la autonomía no es contradictorio pensar que se respondiera a una lógica institucional que no estuvieran boludeando por afuera y que fueran al taller. No importa qué taller, al taller que haya. También eso fue una discusión y una pregunta. Esto de que vaya cada uno al taller que quiera, que le guste como cualquier otro sujeto que paga un taller en cualquier otra institución. Eso también me resulta interesante que yo todo el tiempo me encuentro acá con encrucijadas ideológicas o teóricas que cuando hacía laburo social de la villa también me pasaba mucho que te encontrás que uno estudia un montón de cosas y hay momentos que uno dice “esto es foucautiano”, ves ahí el ejemplo o estas cosas de cómo a veces nos creemos súper progresistas y después terminamos respondiendo a ciertas lógicas que son más ligadas a que la institución función o al orden que a esas otras cosas que queremos promover como la subjetividad y la autonomía. Claro después es un quilombo sostener en el día a día esas cuestiones.

¿VOS TENÉS REGISTRO DE PERSONAS QUE EL PASO POR CAMINO ABIERTO HAN LOGRADO CAMBIOS QUE VOS DECÍS?

Sí, a mí me parece que hay un montón de gente, el efecto Hollywood no, no hay ninguno que se curó de la psicosis y salió corriendo como Forrest Gump, no, ninguno se hizo rico pero sí desarrollarse y formar pareja, gente que había venido directo del hospital por una crisis lo arrojan aquí como “ahora anda a hacer algo allá, fijate qué te gusta” y ver salir a esas personas de la crisis, recién me apareció la casa de Víctor, gente que vino babeando después de una internación con mucha medicación, iba a decir sobremedicado pero como no soy la doctora King, digo así babeando casi sin poder hablar ni de intervenir mucho venían casi como un espectro a estar un poco en el taller y que le fueran bajando la medicación y que formara un montón de vínculos. Obvio que formó parte de muchos talleres, un montón.

¿QUE HAYAN RETOMADO EL ESTUDIO TAMBIÉN?

Sí bueno Víctor es uno que acá empezó a retomó el secundario y ahora se volvió a vivir con su mamá porque acá vivía con su papá. Pero seguía estudiando allá. Sí, Omar, Pablo, Oriana, ellos están todos estudiando el secundario, incluso acá muchas veces vienen con sus tareas y preguntan y se los ayuda.

SON TODAS COSAS COMO MUY VITALES, ESTUDIAR TRABAJAR. ¿ALGUNAS PERSONAS SE HAN VINCULADO CON EL TRABAJO?

Bueno, a través de un proyecto que hubo con el municipio hay muchos que trabajaron en el estacionamiento medido y que todavía siguen trabajando, otros no lo pudieron sostener pero Ale sigue trabajando, Carmen sigue trabajando y Any y Tino no pudieron sostener en el tiempo, pero otros siguen trabajando. Está la revista *Al Margen* que algunos son vendedores de la revista que también si hay algún momento en que decaen y no pueden vender más es como el eterno retorno, venden un tiempo, dejan de vender, vuelven a vender porque ya conocen las posibilidades que tienen de sostener, los dejan. Me acabo de enterar que Gonzalo se fue de la casa y ¡está viviendo con Facu!, yo no sabía, me lo crucé y me pidió viandas que me pareció raro porque Gonzalo cuando vivía con la madre nunca me pidió viandas y ahí me dijo “Y dame una para Facu”. ¡Se ha formado una pareja conviviente! Eso me pareció re importante y que él tuviera esa reflexión y me dijera “Ay, sí, Gaby, me tendría que haber ido hace como veinte años.

¿QUÉ IMPRONTA TE DEJÓ TU PASO POR CAMINO ABIERTO?

A mí me pasa ... yo sé que esto es políticamente incorrecto pero me pasa como cuando trabajo con niños pequeños, me siento totalmente liberada. Yo acá canto, bailo, yo persona me pasa por un lado eso. Al no haber trabajado en salud mental, claro yo venía de Buenos Aires. Las únicas veces que había estado en algo relacionado a la salud mental es el Borda, dije ¡socorro auxilio por favor! Para mí la salud mental era eso. Si bien el taller de la Colifata era relindo y todos los talleres del frente de artistas eran lindos eran en el marco del manicomio y las veces que entré, entré al manicomio con todas las implicancias estéticas, ideológicas, clínicas y sociales que se te ocurran. Entonces siempre tenía como un cierto temor era como una cosa muy fuerte como una cosa ah... era como cuando laburaba con los jóvenes y entré en los institutos de menores.

¿Y CUÁL ERA EL TEMOR EN RELACIÓN A LA SALUD MENTAL?

No sé, me parecen lugares espantosos, es irracional, me parecen lugares horribles, feos estéticamente, esa cosa como de película de terror. Y los locos que yo había visto ahí en general era..., yo trabajaba en Parque Patricio y como vivía en Parque Lezama pasaba con el colectivo con lo cual también a veces los ves de afuera y son

estéticamente horribles y es como una cárcel espantosa que se está cayendo abajo, los vidrios rotos. Todo es asqueroso y el loco que está ahí lo ves re deteriorado, sin dientes, desorbitado. Es como el loco de las películas nada más que en la vida real, y los que no verás... porque yo vi pocas veces y alguno que circula por la calle desdentado todos flacos, perdidos como una cosa... Y acá me encontré con otras personas que tenían un sufrimiento un padecimiento o como lo quieran llamar pero que había una persona íntegra viva, con otro color. No sé, estamos con la plástica y me sale... y me divierto un montón con ellos y eso por ahí es parte de mi propia locura que a veces la mirada del otro me resulta tan fuerte y tengo que estar haciendo las cosas bien, yo acá me doy permiso de eso de jugar como con los niños, nada, festejamos los cumpleaños, bailamos, cantamos hacemos karaoke. Entonces a mí desde lo personal me es un lugar muy amoroso. A veces los quiero matar, no es que todo lo que me pasa acá es divino. A veces, cuando les dije setenta y ocho veces “no dejen tirado esto acá” o “limpien el mate en otro lado” o “no tiren el pucho acá adentro”. No es que todo es Disney, mil veces me enoja y tiene esas dificultades acá que todo el tiempo estás reiterando un montón de cosas o hay ciertas cosas que vos sabés que el otro no la va a entender. Eso es lo más jodido, subestimar al otro que no va a entender, que no va a poder o que nunca lo va a lograr y hasta donde es mi propio prejuicio de que el otro no va a poder o su enfermedad o su padecimiento lo que sea no se lo va a permitir y hasta donde puedo seguir pidiéndolo y considerar que puede.

QUÉ INTERESANTE LO QUE DECÍS, PORQUE ESA ES LA DIFERENCIA ENTRE DECIR UNA PERSONA DISCAPACITADA A VER UNA PERSONA CON CAPACIDADES. VER AL OTRO COMO UN SUJETO CON CAPACIDADES, DESPUÉS TE VAS DANDO CUENTA QUÉ CAPACIDADES TIENE MÁS LÁBILES Y HAY QUE FORTALECER. PERO EN PRINCIPIO LO QUE VOS ESTÁS DICIENDO ES LA MIRADA AL OTRO COMO SUJETO DE DERECHO CON CAPACIDADES.

Para mí esta cosa básica de si hay sujeto ¿no? Yo te preguntaba la otra vez si se podía seguir hablando de subjetividad y desde lo artístico el trabajo sobre la subjetividad porque había ciertas corrientes que te dicen que la subjetividad está rota no hay sujeto. Bueno yo lo que me encontré con sujetos con un montón de dificultades, es cierto pero es difícil porque hay momentos en que te tenés que escuchar en la otra vereda compañeros que dicen “¡No ves que son vagos que no quieren hacer nada, acá se hacen los bobos, después los ves en la calle y sabés qué vivos que son! ¡Sabés cómo compran! ¡Sabés cómo hacen!”. Entonces vos decías desde ese lado, no es que es vago, es su enfermedad que le dificulta la voluntad de poder sostener, además de todos los prejuicios sociales que hay que jamás les darían algunos trabajos. A veces también es cierto que ellos no pueden, que hacen experiencias laborales y no las pueden sostener o porque entran en una crisis o porque tener que levantarse, es fatal. Porque además ahí entra otra cosa, me aparecen muchas cosas. Porque también me parece que la mayoría de las personas que vienen acá además de su padecimiento tienen el padecimiento de la pobreza, que es otra discapacidad de la que nunca se habla. Ya yo la considero una discapacidad, yo considero que son vulnerados, no vulnerables. Son los vulnerados del sistema, no es lo mismo ser psicótico y poder tomar la mejor medicación y dormir en una cama calentito y comer todos los días, que acá hay mucha gente que vive en una casa que tiene piso de tierra que cuando llueve no puede llegar acá porque está recontra inundado su barrio o llegan acá y llegan todos mojados, con el calzado todo mojado, la ropa toda mojada, bueno... les pasan otras cosas. Es una variable fatal, y lo ves cómo hay gente que es de una clase trabajadora o clase media baja que vive en una familia que tiene una casa bien, con calefacción, con acceso al agua caliente, con familiares que si no se bañó le van a

decir báñate o ponete ropa limpia o le ayudan a lavar la ropa o le lavan o le planchan o hay comida caliente, de calidad que otros usuarios que su situación familiar es diferente o más enquistada o no tienen referentes que los ayuden a sostener mucho la cuestión.

¿DECÍS QUE ACÁ, EN CAMINO ABIERTO, CONVIVEN DIFERENTES ESTRATOS SOCIALES?
Sí, claro, hay un predominio de clase baja, hay gente muy pobre, muy pobre.

¿HAY GENTE QUE DERIVAN DE OBRAS SOCIALES O ALGO ASÍ?

Sí, hemos tenido también algunas personas hijos de profesionales o gente que tiene más dinero.

EN RELACIÓN A LOS VECINOS, PARA IR CERRANDO, ¿QUÉ COSAS VOS ESCUCHASTE Y ESCUCHÁS QUE PASA CON LOS VECINOS?

Sé la famosa historia de que al principio hacían manifestaciones y luego lo fueron aceptando. Incluso Carmen que era una gran detractora después se sumó y ahora viene ella y su familia, ellos no son usuarios de salud mental y ella participa y su hija participa acá en muchas actividades en *Camino Abierto*. En general lo que yo he visto es que la comunidad no se mete y algunos participan, nos ayudan y nos están ayudando un montón los de la carpintería de al lado, ahora que estamos haciendo la carroza y todo eso. Ya nos donan tanto que ahora van a buscar también para carpintería. En general hay una buena relación, no hay nadie que venga a oponerse ni armar ningún lío. Está como recontra incorporado el dispositivo en la comunidad.

¿HAY ALGO MÁS QUE QUIERAS APORTAR?

Tal vez de esta diferencia en el abordaje, la mirada acá es una mirada..., la frase remanida de los psicosocial no. Bueno es esto de intentar un espacio de inclusión. Para mí está bueno no ser profesional de la salud mental pero me parece que está bueno que vengan diferentes personas con diferentes necesidades. Por ejemplo, acá han venido gente que recién se había recién separado y estaba deprimida y también la gente que tiene otra problemática promueve también acá dentro, otras cosas porque tiene otra formación, tienen otra vida entonces a veces motorizan más un taller porque tienen otra energía, otra formación. Me parece que esta mirada de que la salud mental es un concepto más amplio. Es más allá o más acá de la pastilla y de un cierto espacio clínico que tampoco es tal porque después... después dicen que no hay subjetividad entonces no sé qué psicoanálisis aplican en la no subjetividad del psicótico. Ese espacio clínico no sé a qué se reduce... pero sí me parece que acá lo que apuntamos es a efectivizar ciertos derechos que tienen y a promover sus capacidades y sus posibilidades, y a que tengan un espacio de pertenencia que se sientan a gusto. Me parece que eso es la salud mental. Sentirse querido, tener un espacio, tener actividades y algo que te haga sentir que sos capaz de hacer algo más allá de si es vendible o no vendible. Esa es otra discusión porque también está esto de generar espacios laborales o no y si lo artístico es sólo recreativo o hay algo que le pasa al otro cuando puede expresarse cuando puede crear. Yo vengo de ese palo del arteterapia, de pensar que el otro cuando se expresa, cuando puede decir y puede poner a funcionar algo de ese mundo interno ya sea de sus problemáticas o de sus gustos, sus deseos, sus anhelos, sus vivencias, bueno, empieza a funcionar algo que te hace estar mejor. Al neurótico, al psicótico, a cualquiera ser humano que ande transitando por ahí. Y me parece que los que todos valoran acá y que si eso lo diferencia de lo que son las instituciones totales es la posibilidad relacional que hay. Porque ellos todos rescatan “es mi casa”, o mi segunda casa o mi primera, porque hay algunos que no tienen un carajo

con lo cual... este espacio de los amigos, de un otro, la posibilidad de ponerse en pareja o de juntarse con otras personas y de sentirse querido, aceptado y bien tratado. Cualquier espacio es terapéutico en la medida que puede darnos eso, alojarnos de alguna manera y que ahí tratamos directa o indirectamente como objetivo específico o como objetivo secundario tratamos la salud mental.

9b. JONATHAN PEÑA

Mi nombre es Jonathan Peña, soy estudiante de la Universidad Nacional de Río Negro, trabajo en *Camino Abierto* desde el año pasado, a su vez trabajo en una escuela de jóvenes y adultos. En cuanto *Camino Abierto* entiendo que es un centro cultural de salud mental donde vienen personas de todo tipo de toda clase, no necesariamente pacientes de salud mental. Donde trabajamos, yo desde mi lugar, tallerista de literatura, trabajamos cuestiones literarias y de libre expresión. Entonces, para mí *Camino Abierto* es un centro cultural porque trabaja distintos talleres, atiende la cuestión vincular de los usuarios.

DISCULPAME, EN UN MOMENTO DIJISTE PACIENTES Y AHORA DECÍS USUARIOS, ¿A QUÉ TE REFERÍS CON USUARIOS?

Que forman parte del *Camino Abierto*, que son parte. Constantemente requiere una reflexión, con quién trabajamos, qué rol cumplimos. Por qué vengo, porque me pareció un espacio sumamente enriquecedor tanto en mi experiencia personal como a su vez el rol que cumple, sí. El poder aportar de alguna forma este *Camino Abierto* es sumamente gratificante, aportar, revalorizar las prácticas y producciones que se generen en el Cultural.

¿CÓMO ES EL TALLER? YA QUE MENCIONÁS PRODUCCIONES.

El taller, vamos a seguir con el mismo objetivo que el año pasado. Vamos a utilizar este espacio para expresar aquello que nos pasa, problematizando, expresando nuestro punto de vista. Ese es el objetivo principal con un vuelco a la literatura con distintos disparadores, música, cuentos, este año le vamos a dar una vuelta a la forma, pero sin perder de vista de apropiarnos de este espacio, disfrutarlo y utilizarlo como un medio de expresión de los que pienso y lo que me pasa.

¿QUIÉNES PUEDEN VENIR AL CAMINO ABIERTO?

Todo el mundo, no hay ningún problema a veces estudiantes de universidades, a veces nos han venido a observar, usuarios, todo el mundo.

¿VECINOS?

Sé de vecinos que han venido, ahora no pero serán bienvenidos.

¿CÓMO ES LA RELACIÓN ENTRE ELLOS?

Siempre acentuamos mucho la valorización y la escucha del otro. Las producciones las compartimos, la leemos en voz alta, las compartimos siempre. Hacemos hincapié en poder escucharnos, en valorar la opinión del otro, lo que produjo el otro más allá de las diferencias de cada uno como las hay en todos, y la fortaleza que tienen es la de escuchar al otro.

EN RELACIÓN A LAS PRÁCTICAS, ¿QUÉ MODELO RECONOCÉS EN ESTA PRÁCTICA?

No sé si definirlo como un modelo sino que se trabaja con la persona en todo sentido, con el aspecto más vincular de generar un interés, un compromiso, con ese otro que tenemos frente a nosotros.

¿ESO LO VES TAMBIÉN EN RELACIÓN A LOS PROFESIONALES? ¿CÓMO VES EN RELACIÓN AL EQUIPO CON LOS USUARIOS?

Sí, lo veo justamente desde ese punto de vista. Lo veo desde una preocupación por el otro un compromiso que genera también del usuario ciertas prácticas que lo ayuda a integrarse a participar a desenvolverse a brindarles herramientas de autonomía.

¿HABÍAS TENIDO ALGÚN CONTACTO CON USUARIOS DE SALUD MENTAL?

No, nunca.

¿CUÁL ERA TU EXPERIENCIA EN ESE SENTIDO?

Como sé que la sociedad culturalmente el prejuicio determina de alguna forma la forma en que nos posicionamos frente al otro, desde principios del año pasado y aún sigue siendo el poder liberarme de los prejuicios que siempre, siempre, siempre, existen y tratar de conocer de la manera lo más desprejuiciada posible al otro. Poder valorar las fortalezas que tienen y me he dado cuenta que son increíble desde la producciones que hacen, desde los valores que tienen consigo mismo y con el grupo que integra *Camino Abierto*.

EN LO PERSONAL, ¿TE APORTÓ ALGO EL PASO POR CAMINO ABIERTO?

Siempre uno espera que la práctica de uno sea un aporte, uno lo hace siempre en función de eso. Yo creo que este taller había generado un espacio de mucho interés, éramos varios el año pasado, este año por cambios de horario somos bastantes menos. Desde mismo la expresión de la palabra, utilizar la palabra ha sido un gran aporte, hacer valer la opinión de cada uno.

EL AÑO PASADO TRABAJASTE SOBRE QUÉ ES CAMINO ABIERTO PARA CADA UNO DE ELLOS, ¿HAY ALGO ESCRITO DE ESO?

Hay escrito sobre qué es *Camino Abierto* a qué se opone *Camino Abierto*. Qué es la desmanicomialización para cada uno de nosotros. La verdad que en ese sentido siempre valorando la opinión de cada uno.

¿DÓNDE VES LAS DIFICULTADES, SI ES QUE LAS HAY?

¿Dificultades en el taller? ¿De la práctica? Hay dificultades en la escritura, más bien escueta, en algunos casos en otros para nada la desarrollan sin dificultad. En otros dificultades visuales, o que no saben leer ni escribir.

EN LO MACRO, EN RELACIÓN DEL CAMINO ABIERTO, ¿VES DIFICULTADES?

Una de las grandes dificultades en la inserción laboral. Porque el trabajo de alguna manera moldea el estilo de vida que uno puede llegar a tener. Ese sería un tema a trabajar en *Camino Abierto*.

¿LA DIFICULTAD ES DEL USUARIO O DEL ENTORNO?

Más del usuario y de los prejuicios que hay acerca de la salud mental y las posibilidades que se le puedan llegar a brindar a los usuarios.

¿ALGO MÁS QUE QUIERAS COMPARTIR DE CAMINO ABIERTO?

Lo que he compartido el año pasado en distintos encuentros. Considero que es un espacio a replicar a poder trabajar en otros lugares, es un espacio donde se trabaja de una forma sumamente necesaria por la amplitud de lo que abarca, no sólo encontramos talleres de teatro yoga, radio, múltiples aspectos que nos ayudan a todos a crecer y varios de esos talleres que nos ayudan a crecer.

SI VOS TUVIESES QUE DEFINIR LA PARTICIPACIÓN O LO QUE LLAMAMOS PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN CAMINO ABIERTO, ¿CÓMO SERÍA?

La participación está ligada al compromiso que uno pueda tener. Lo comunitario es una suerte de devolución en los sectores de mayor vulnerabilidad.

¿DEVOLUCIÓN DE QUIÉN A QUIÉN?

Todos somos partes de una sociedad y una cultura y creo que desde el lugar de cada uno hacer un aporte a la sociedad.

EN LAS ENTREVISTAS SALE MUCHO LO DE LOS LAZOS CONFIABLES, LA CONFIANZA, ¿QUÉ ES ESO PARA VOS?

La confianza hace al vínculo, es el punto de partida principal para cualquier tipo de relación. Este Centro Cultural tiene que ver con lo educativo, es muy educativo. Si no entramos desde el vínculo, el resto rebota. Al crear lazos de confianza de respeto principalmente estamos visualizando a ese otro y nos podemos llegar a conocer y tal vez ayudarlo o generar algún aporte para crecer mutuamente.

¿QUERÉS COMENTAR ALGO MÁS?

No sé si me falta alguna pregunta.

NO.

Estamos entonces.

9c. ALICIA BRAVO

Trabajo aquí desde hace ocho años, casi cuando se inauguró *Camino Abierto*, muy feliz de haber conocido este lugar.

¿POR QUÉ VENÍS A CAMINO ABIERTO?

Vengo al Cultural porque cuando conocí a una señora llamada Mirta Elvira vine y me dije que quería hacer algo comunitario. A mí me pagaban, Mirta me dijo, no a mí ya me pagan. Ahhh, ahí nos cerró el tema y pudimos empezar a trabajar juntas y después seguí con Patricia Franco. Bueno y aquí estoy.

¿QUÉ ES EL CAMINO ABIERTO PARA VOS?

El *Camino Abierto* es un espacio donde se ve que la gente que está enferma puede mejorar muchísimo. Es una terapia fabulosa porque ellos en los talleres se expresan como no lo hacen en otro lugar. Yo doy taller de cerámica también y entonces he tenido quince personas sentadas hablando de sus problemas mientras manejan la arcilla, cuentan cosas que les pasan en las calles, se comunican entre ellos. El operador que está colaborando y yo hablamos con ellos mientras ellos usan sus manos y ven los progresos que van teniendo día a día.

¿QUÉ ES LA DESMANICOMIALIZACIÓN? ¿NOS PODÉS CONTAR UN POQUITO?

Sí cómo no. La desmanicomialización comenzó hace veinte años en Río Negro me acuerdo que me llamaron de la legislatura para ver si podemos empezar a decir de qué se trataba. Porque se estaba trabajando la ley en ese momento, bueno se comenzó con la ley, se hicieron varios cursos con gente de Buenos Aires que estaba más en tema que nosotros, psicólogos, psiquiatras. Se trabajó con jueces la ley, un juez que está en La Plata muy conocido. De no tener a la gente encerrada, es lo principal. Los

manicomios ya no deberían existir. La gente que sale que camina, que disfruta de otras cosas mejora la salud.

¿QUÉ ES LA SALUD?

La salud... es lo que estamos perdiendo todos en este momento. Porque nuestro país está medio complicado con muchas cosas y si vemos mucha televisión y que nos dicen todo lo que está pasando esto u lo otro hasta los que nos creemos más coherentes perdemos esa salud mental que es tan importante. La salud no es sólo el físico, la salud mental es tan importante que me haces pensar. Porque la coherencia... Yo creo que deberíamos todos, todos los que trabajamos con gente, los que están en el hospital, los políticos deberíamos hacernos un chequeo anual para ver si estamos aptos para trabajar porque lo decís yo con los docentes en una época, gente que trabaja con niños. Qué importante que es estar bien nosotros porque no podemos dar a otros lo que no tenemos nosotros.

¿QUÉ SERÍA LA RECUPERACIÓN ENTONCES?

Y la recuperación es eso, por ejemplo con los talleres y con los psicólogos que trabaja con nosotros hacer un combo. Porque no es hacer solamente la pastillita. La pastilla colabora si es necesario pero además que la persona se sienta bien, se sienta feliz. Que importante decirles, “¿Hoy te sentís feliz?” tendríamos que preguntarles todos los días y si ellos viniendo acá y compartiendo con nosotros unas horas se siente bien, para mí es importantísima la salud mental.

¿VOS QUÉ CONSIDERÁS, CUÁL SERÍA LA FÓRMULA DEL CAMINO ABIERTO ENTONCES?

Empezar por arriba. Me acuerdo que cuando salió la Ley discutí con algunos legisladores, vicegobernadores también, el tema de que la Ley se podría aplicar muy bien siempre y cuando el contexto fuera también el adecuado. Entonces necesitamos una buena casa donde pudiéramos alojar a la gente, salones adecuados. Había que alquilar un lugar, se comenzó por esto que antes era un jardín de infantes y ahora es nuestro Centro Cultural, pero no podemos hacer una Ley escrita si el entorno no acompaña y después largamos la Ley y tiene que haber operadores, tiene que haber psicólogos que acompañen la ley porque si no...

¿ESTÁS HABLANDO DE LOS PROBLEMAS QUE PUEDE TRAER LA LEY Y CUÁLES SERÍAN LOS BENEFICIOS?

Los beneficios son maravillosos para la gente al ver a nuestros pacientes que mejoran y... eso es evidente que sirve.

¿QUÉ ES LO QUE HACEN QUE MEJORES?

Todo lo que te decía, el convivir con otros, el comunicarse, el poder salir a la calle, todo eso...

¿LA COMUNIDAD TIENE ALGÚN TIPO DE PARTICIPACIÓN EN CAMINO ABIERTO?

A veces sí y a veces no, todavía hay gente y hay jueces también que niegan la Ley.

NO ESTOY HABLANDO DE LA LEY, ESTOY HABLANDO DE CAMINO ABIERTO. ¿CUÁL SERÍA LA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD O DE LA GENTE EN RELACIÓN A CAMINO ABIERTO?

Colaboran mucho, por ejemplo nosotros necesitamos materiales y la gente colabora con eso. Cuando hay cumpleaños o fiestas la gente participa. Vienen los familiares de los pacientes. Compartimos muchas cosas que de otra manera no serían posibles.

Y CON LOS VECINOS, TODA ESA HISTORIA PREVIA, CONTAME DE LOS VECINOS.

Con los vecinos al principio hubo una negativa porque pensaban que acá iba a haber, perdón el término, locos ¡que iban a andar sueltos! y cómo, el barrio se negó a eso. Hasta que empezaron a ver, cuando hacíamos fiestas en la calle, recuerdo un día que vino un vecino que escuchó música y dijo “Yo toco la trompeta” y vino y empezó a tocar la trompeta con toda nuestra gente. Entonces empezaron a ver que era posible convivir y compartir con gente que no está tan mal. Gente que puede andar por la calles tranquilamente. Y ahí los vecinos empezaron a aceptar *Camino Abierto*. Es así que hace ocho años que estamos acá. Yo creo que si nos mudamos a otro lado tendríamos que volver a empezar con el que los vecinos quieran o no quieran que esté el Centro Cultural.

POR ÚLTIMO ¿QUÉ PALABRAS LES DIRÍAS VOS A UNA PERSONA QUE ESTÁ ATRAVESANDO UNA CRISIS?

Primero que nada trataría de darle mucho amor, la gente que está pasando por una crisis necesita mucho amor. Y todos los que trabajamos acá creo que se los damos.

MUCHAS, MUCHAS GRACIAS.

9d. NÉSTOR SENSÁN

Mi nombre es Néstor, me recibí de profesor y licenciado en Psicología, trabajé ocho años en salud pública, acá en Bariloche trabajé cuatro años. Y la relación hospitalaria que tenía la tenía muy con *Camino Abierto*. *Camino Abierto* me parece un dispositivo interesante en relación a los que es el armado de la Ley 2440 y los postulados que tiene la ley y el modo de que exista un lugar como este para los usuarios. Yo también lo tomo como muy familiar porque conozco a todos los que trabajan, a los usuarios desde hace años a muchos también los sigo viendo aquí. Lo tomo como un lugar importante que es necesario para la 2440 y lo que hoy es la Ley Nacional 26657.

¿IMPORTANTE DESDE QUÉ LUGAR?

Desde el lado de contención porque los hospitales generales no están preparados para dar toda la contención que puede dar un centro cultural como este. También por las vetas de los talleres, las cosas que ellos mismos pueden ir incursionando a través del arte que en un hospital eso no se puede realizar, en un centro de salud tampoco. Son cosas más de atención de la impronta de la emergencia de lo que va sucediendo pero este es un dispositivo distinto. Por eso me parece que es bueno que exista algo así acá en Bariloche.

SI VOS TUVIERAS QUE CONTARLE A ALGUIEN QUE NO CONOCE CAMINO ABIERTO, ¿CÓMO SE LO DESCRIBÍS?

Como algo de reunión, la gente acá va a encontrar cosas distintas a otros dispositivos o a otros entes que actúan desde la salud mental. Aparte muy familiar por cómo se trata a los usuarios, por la relación que hay, por los seguimientos que se hacen.

¿CÓMO ES LA RELACIÓN, YA QUE LO MENCIONÁS?

La relación es muy humana, a veces en el hospital por la carga horaria que uno tiene dentro del hospital por la cantidad de gente que tenés en un centro de salud, por lo

que tenés dentro de un consultorio, no es el mismo trato. Acá es un trato más ameno, es más fuerte el vínculo que se da en este lugar con los pacientes que no se da en el hospital.

¿Y ENTRE LA GENTE CÓMO ES LA RELACIÓN?

Yo la veo muy linda porque de hecho hay chicos, usuarios que vienen aquí que se han hecho amigos que hacen actividades por fuera de las actividades del Centro Cultural con lo cual se van gestando relaciones más allá de acudir a este lugar.

¿QUÉ TIPO DE ACTIVIDADES?

Acá hay un variado respecto a los talleres, se apunta mucho al arte. Música, literatura, máscaras, coro, la murga. Estas cosas desde otro lugar no se pueden, no sé si se podría llegar a gestar desde un hospital un trabajo como este.

¿EN LO LABORAL HAY ALGO ENCAMINADO EN CAMINO ABIERTO?

Mirá, algunos emprendimientos ha habido, ahora estoy de visita. Había una intención con toda esta veta, se aboca al tema de arte, hoy desconozco porque hace cuatro años y medio que renuncié en el hospital.

ESTÁS VOLVIENDO DE VISITA A CAMINO ABIERTO, YO APELO AQUEL MOMENTO EN QUE FUISTE JEFE DE SALUD MENTAL. ¿QUÉ TIPO DE RESISTENCIAS HABÍA, RECORDÁS ALGUNA RESISTENCIA POR PARTE DE LOS VECINOS?

En principio sí cuando se gestó el Centro Cultural, pero un poco también es como la clásica de lo que pasó después de la Revolución Francesa, antes se echaba todo por fuera, loco, perro, vagabundo, llamado juicio de interdicción se lo quitaba de la sociedad para apartarlo bueno es cuando después surge la psiquiatría pero siempre es como algo muy negado el tema de la salud mental. Es peligroso... la peligrosidad no es un concepto de salud sino un concepto netamente jurídico y este lugar tuvo resistencia principalmente con los vecinos por el desconocimiento. Creo que también sirvió mucho charlar con los vecinos, explicarle a la gente de qué consta esto, a qué apunta y creo que todas esas barreras se fueron bajando.

¿HAY UNA PARTICIPACIÓN DEL CAMINO ABIERTO EN LA COMUNIDAD?

Yo creo que las familias están agradecida, las familias de los chicos y chicas que vienen acá. Es un espacio casi necesario, la medicación sabemos históricamente que no resuelve la cuestión de la psicosis netamente, puede parar una crisis, amoldarse pero todo ser humano necesita toda la otra parte y la veta artística es importante.

¿A QUÉ TE REFERÍS CON TODA LA OTRA PARTE?

Porque históricamente el trato o tratamiento, el tratamiento viene de trato, de tratar a una persona, siempre fue a nivel hospitalario uno ve después de haber trabajado años con psiquiatras que pasa más por una mini entrevista para ver qué tipo medicación necesita el usuario y no es como el trato que se da aquí, en ese sentido lo digo.

¿POR QUÉ DECÍS USUARIO?

Es una modalidad que se utiliza desde la época de la Ley, no sé bien el origen, si fue idea de Pepe, si fue idea de Hugo Cohen o de quién de todos esos locos que estaban cuando surgió la Ley 2440. Usuario de hacer uso de un dispositivo que es necesario para la gente que lo utiliza.

¿QUÉ MODELO RECONOCÉS EN EL TRABAJO DE CAMINO ABIERTO?

Yo le veo como un dispositivo dentro de la salud mental comunitaria, más allá de lo que uno puede decir discursivamente. Trabajando tiempo y también por haber ido muchas veces a los congresos de Madres de Plaza de Mayo uno escucha relatos y cosas pero una cuestión es la cuestión discursiva y otra es a que vos ves en el trabajo en el día a día que es muy distinto. Yo te puedo hacer un proyecto comunitario pero quizás después en la práctica me va a costar mucho llevarlo y acá lo que se ve que se puede ver todo esto de salud mental comunitaria.

POR EJEMPLO, ¿QUÉ SE LLEVA A LA PRÁCTICA?

En principio sería distinto a una actividad de consultorio, por ejemplo yo veo un paciente, un usuario con determinado diagnóstico, va una medicación, un tratamiento entre comillas, en un consultorio. La salud mental comunitaria y este lugar apuntan a lo otro, a quitarle un poco eso y verlo en el entorno. Porque la idea es que la gente se vincule, se relacione, tanto con la familia, con los vecinos, que fortalezca los lazos. Porque si los lazos sociales y familiares no están bien entrelazados en los usuarios de salud mental, seguramente después va tener más problemática en el consultorio, medicación y demás. Porque la medicación viene a tapar cosas que fallan en lo social.

Y SI TUVIESES QUE DEFINIR LA CONFIANZA ACÁ, QUE ES ALGO QUE SALE MUCHO.

Por la empatía, porque la gente que viene acá está comprometida con lo que hace. Porque creo que la gente que está o que viene al Centro Cultural está comprometida con lo que hace. Porque de algún modo en este lugar se ven cosas que en otro lugar no se ven. Yo te puedo decir o puedo trabajar de psicólogo en un consultorio o en un centro de salud ver la cantidad de pacientes, usuarios que me toca atender y ya está y creo que aquí pasa por otro tipo de filiación y de empatía. Creo que hay más confianza y un posicionamiento importante en cuanto a lo ideología de los que trabajan de algún modo poder llevar a cabo cosas de esto que se llama la salud mental comunitaria que no es fácil, vos lo sabés que no es fácil.

CUANDO DECÍS QUE NO ES FÁCIL, ¿CUÁLES SON LOS OBSTÁCULOS QUE PODÉS MENCIONAR?

Uno en principio el conocimiento de la misma población, sociedad, acerca del sufrimiento mental, de cómo se lo estigmatiza, cómo se lo deja de lado, para eso hay que hacer un trabajo. Trabajando individualmente con una persona, con un ser humano, con un usuario no podés llegar a eso, por eso necesitás otras armas para ampliar y eso lo que da el centro cultural. No sé si existe ahora la asociación de familiares que ha existido por lo cual era integrar a la familia y no dejarlos afuera del tratamiento que se le da a los usuarios.

EN LO PERSONAL, ¿QUÉ TE HA DEJADO EL PASO POR CAMINO ABIERTO?

Mirá, yo sigo viniendo acá más allá que no trabaje así que mi paso ha sido bueno, me ha dejado cosas buenas este lugar. De poder encarar trabajar desde otro lugar, porque es difícil generar un dispositivo de salud mental, vos lo sabés. Va más allá de las ganas de uno sino también por los recursos porque a veces los gobiernos no ponen todo lo que hay que poner dentro para que se ejecute, se lleve a cabo bien la Ley 2440 y cuesta mucho, salir a hablar con los vecinos, el trabajo con la familia. Porque esto no se aboca solamente a estar acá, yo la veo a Patricia, con ella hemos salido también a ver cuando un usuario no viene o cuando pasa algo y es muy bueno ir a un domicilio, eso también cuenta lo que es la salud mental comunitaria, no esperará a que el usuario venga sino también cuando surja algo, algún problema poder acudir a la casa y estar en relación directa con la familia.

TE PREGUNTO QUÉ EXPERIENCIA TE HA DEJADO EN LO PERSONAL PORQUE A PESAR DE QUE HACE AÑOS NO ESTÁS ACÁ TE HE VISTO VARIAS VECES. ME PARECE QUE HAY ALGO ACÁ QUE TE RESUENA.

Sí, porque yo me divierto al venir acá, me gusta estar con la gente. Me gusta venir los viernes que por ahí es un día más tranquilo donde se hace un poco de música también, tratar de participar de algo. Me siento cómodo acá.

9e. PABLO SANTOS

Mi nombre es Pablo soy psicólogo social y acá me desempeño como operador. Me recibí en primera escuela de psicología social de Pichón Reviere en Buenos Aires, acá se hace la carrera pero a distancia y van un vez por semestre dar los exámenes. Me desempeño como operador, tarea que me gusta, que me encanta porque tiene como varias facetas varias etapas, mucha actividad. Y qué es *Camino Abierto* para mí, y bueno *Camino Abierto* para mí para empezar es un lugar de oportunidades. Un lugar de oportunidades para todos los que venimos, no sólo para los usuarios sino también para nosotros. Para nosotros desde el lugar de poder desempeñarnos dentro de nuestro rol y aportar lo que sabemos, de lo aprendido de nuestras matrices, de todo lo nuestro. Porque también yo lo considero como un lugar de aprendizaje para mí, y de oportunidades para los usuarios porque me parece, no, me parece no, con el tiempo me di cuenta que no hay un lugar como este. No hay lugar que cumpla el rol y la función de *Camino Abierto* y tampoco desde el lado de la contención y marco que se le pone desde lo humano en lo que es la atención de usuarios y demás. Seguramente hay un montón de cosas que no se pueden hacer por falta de recursos humanos, que seguramente nosotros quisiéramos, porque también durante el tiempo que estoy acá he visto que se han podido hacer más cosas y después aparecen otras exigencias que hacen que uno tenga que priorizar en qué hago, voy a buscar al usuario que ya no está viniendo o voy a buscar la medicación al hospital porque tampoco está llegando.

¿POR QUÉ DECÍS USUARIO?

Porque paciente... Es algo que hubo una disputa, no una conversación en relación por qué usuario y por qué no paciente. Usuario me parece que lo saca del lugar de enfermo, lo corre del lugar del enfermo, no lo saca pero sí que lo corre. Paciente está más relacionado con la enfermedad y lo de la paciencia y que el paciente espera. Usuario está más relacionado con el uso del servicio, el uso del dispositivo y todo lo que incluye el dispositivo, talleres y nosotros mismos. Y también me parece que lo pone en lugar más de condición humana, nosotros también en algún punto somos usuarios de un montón de servicios, ellos son usuarios del de salud mental.

VOS PABLO DECÍS QUE CON EL TIEMPO TE DAS CUENTA QUE NO HAY LUGARES COMO ESTE, ¿A QUÉ TE REFERÍS?

Me refiero a que cuando uno va conociendo... yo vengo de Buenos Aires y conocer toda lo que es la parte del Valle, y saber que no hay lugares como estos donde una persona puede venir, un familiar puede venir y dejar al usuario de nueve a dieciséis horas, quedarse tranquilo que acá va a estar aprendiendo, que acá va a estar desarrollando todo lo que es la autoestima, lo que es la identidad. Lo que es desarrollarse desde lo laboral, nosotros básicamente apoyamos eso y trabajamos para el autovalimiento del usuario. No hay otro lugar que yo sepa que se pueda trabajar de la manera que trabajamos acá. Estamos hablando que nosotros contamos acá con catorce talle-

res que le dan catorce miradas distintas al lugar. Y eso también es importante porque de eso nos nutrimos nosotros y de la dialéctica de ida y vuelta.

¿QUIÉNES PUEDEN VENIR ACÁ?

Esto es abierto, pueden venir todos. Se hace una admisión pero la idea es manejarlos como grupo. Entonces la idea es que el que venga si bien puede participar seguramente va a aportar también, pero la idea es que no distorsione lo que es el grupo. Nosotros nos manejamos básicamente con las personas que se manejan medianamente solas, fuera que la traigan o no. Se manejan medianamente solas que no las tener que tener teniéndolas ni estándole al lado. Obviamente a veces también hacemos no excepciones pero si por ahí el consentimiento de que sí pueda venir. Nosotros tenemos el caso de K una chiquita que tenía problemas motrices y serios problemas mentales y a ella le hacía bien pero venía con otra persona que estaba permanentemente con ella. Nosotros acá trabajamos el tema del autovalimiento con K nos era imposible porque tenía un límite que no le permitía llegar al autovalimiento.

¿ACÁ HAY ALGUNA REGLA PARA QUE INGRESE O NO INGRESE LA GENTE, VIENE GENTE EN CRISIS O NO?

No, la idea es que esté medianamente estable, porque si está en crisis está internada en el Hospital hasta que se estabiliza y si no viene porque la idea es que pueda estar en *Camino Abierto*, pueda participar, pueda aprender, pueda incorporar no sólo conceptos sino también habilidades. Ellos son muy creativos pero esa creatividad hay que potenciarla, esa actividad hay que empujarla, de eso se encargan los talleristas obviamente, pero para eso hay que estar.

¿Y HAY VECINOS QUE VIENEN ACÁ?

Hay vecinos. Tengo entendido que antes de que llegue yo venían muchos más, después empezaron a dejar de venir y eso es algo que seguramente tenemos que trabajar un poco más con la comunidad. Alejandro usuario es vecino, Emilio usuario es vecino, Carmen usuaria es vecina, Angie es también vecina está a tres cuadras.

CON LO CUAL VOS PONÉS EN CRISIS LA PALABRA, ¿QUÉ ES UN VECINO? ¿CUÁL ES LA DIFERENCIA ENTRE UN VECINO Y UN USUARIO?

Tal cual, y estamos hablando de vecinos que no viven en *Camino Abierto* porque en *Camino Abierto* oficia más de centro de día porque estamos de nueve a dieciséis, sino que viven en su casa solos y nosotros obviamente tratamos de hacer un seguimiento donde podemos.

PERDÓNAME, PERO, ¿HAY CENTROS DE DÍA EN BARILOCHE?

No, eso es lo que te digo pero oficiamos centro de día en el sentido que no tenemos internación, no tenemos que se quedan a dormir acá, entonces por eso lo diferencio.

¿POR QUÉ LE DICEN CENTRO CULTURAL?

Porque tenemos talleres culturales, tenemos 14 talleres culturales, se tratan de eso, de que los chicos puedan estar en contacto no sólo con el contexto social sino con la parte cultural.

VOS HABLASTE DE ACTIVIDADES, ¿QUÉ ACTIVIDADES SE HACEN, CULTURALES Y QUE OTRO TIPO DE ACTIVIDADES?

Tenemos actividades de educación física, talleres de deportes. Y tenemos otro tipo de actividades que son de salidas, tenemos distintas salidas que las organizamos noso-

tros. Te digo como que nos tomamos un colectivo y fuimos a la rural, vamos al cerro López, Villa la Angostura, colonia Suiza. Salidas donde los chicos participan con mucho entusiasmo y les gusta tener esa cuestión que los sacan de la rutina.

¿CUÁNTO HACE QUE TRABAJÁS ACÁ?

Dos años y pico.

NO ESTUVISTE EN EL INICIO PERO SABÉS QUE HUBO RESISTENCIA POR PARTE DE LOS VECINOS, ¿QUÉ ESCUCHÁS HOY EN RELACIÓN A ESO?

No, hoy, seguramente eso fantasmagórico que es el loco de vecino, el loco malo, el loco que te apuñala que encima no le podés hacer nada porque es loco. Es el miedo. Nada, los vecinos después se dieron cuenta, hoy por hoy se corta la calle y ensayamos murga en la calle y los vecinos nada, saben que somos nosotros. Algunos vienen y nos hacen donaciones para la gente. A veces los vecinos nos tienen más en cuenta que nuestro querido hospital.

¿CÓMO QUE SE PUDO REVERTIR ESO?

Eso está bueno también, siempre hablamos que tenemos que trabajar más eso. Patricia vive mandando mail invitando a todos. Ahora se está haciendo un taller hermoso de máscaras con Quique Meyer donde tenemos la fortuna de poder tener a este genio creativo que para mí es un fenómeno y están invitados los... pero bueno nada... hay una cuestión que para mí hay que trabajar un poquito más con los vecinos.

¿CÓMO ES LA RELACIÓN DE LA GENTE SEGÚN TU PUNTO DE VISTA, DE TODOS LOS USUARIOS?

En general es buena, nosotros hacemos una asamblea cuando la podemos hacer, los días de paro está complicado. Pero por lo general ahí es donde se trabaja mucho el tema de la convivencia, por eso cuando hacemos admisiones tratamos que eso se pueda sostener porque somos un montón. Somos treinta por almuerzo, somos un montón dentro de esos veintipico, treinta siempre estamos pasando por situaciones complicadas. Que venga uno que tenga actitudes que por ahí movilice o irrite a cualquiera del grupo se hace un efecto en cadena. Yo antes de trabajar acá trabajaba en comunidades terapéuticas en Buenos Aires más relacionada con adicciones pero tiene el mismo efecto en cadena. El usuario que por viene acá con la idea de bueno no estoy bien pero vengo porque sé que dentro de todo allá voy a tener otro tipo de contención. Viene a buscar ese tipo de contención y ya ha pasado que ha habido distintos disparadores llámese peleas, llámese discusión, brote. Aquel se ha levantado y dice “no porque esto no puede” ser y le pegó una trompada a una ventana, se cortó la ventana, otro agarró un cuchillo, situaciones peligrosas para todos que movilizó a todo el grupo. Hay usuarios que por ahí al otro día no venían, y obviamente quedan movili- zados por esto.

¿Y CÓMO SUPERAN ESOS MOMENTOS?

No, por lo general se los internaba en el hospital.

NO, PARA EL RESTO DEL GRUPO.

Nosotros después haciendo un trabajo, nos juntábamos dando explicación del momento que estaba pasando justamente el usuario. Que esto en realidad nos puede pasar a todos.

¿HAY ALGÚN REGISTRO DE COMPAÑERISMO, DE ESCUCHA, DE SOLIDARIDAD?

Por lo general los chicos lo entienden porque cuando nosotros nos ponemos en el lugar que a todos nos puede pasar ellos también relacionan con que a ellos también les ha pasado en algún momento. Ellos en realidad son todos muy compañeros. Dicen no, sí, está bien pobrecito hay que ayudarlo, algunos más que otros porque seguramente algunos tienen más llegada que otros. Quizás también sienten que no pueden, nosotros estamos trabajando sobre eso también de ayudar al otro.

SALE MUCHO LA PALABRA CONFIANZA, ME RESULTA UN LUGAR CONFIABLE, ACÁ PUEDO HABLAR PORQUE SIENTO CONFIANZA EN DECIR.

Sí, eso se percibe porque todo el tiempo están pidiendo de hablar, no solamente a mí, le piden a Romina, Pato, a mí, Pato la cocinera. Para ellos este es un lugar de escucha. Donde a ellos se los escucha. En la familia no se los escucha, en la sociedad menos y eso está bueno de que acá es un lugar donde se los escucha. Por ese lado está buenísimo que nos tengan en cuenta como un lugar de escucha, porque fuera de hacer catarsis nos dan herramientas a nosotros para poder trabajar con ellos por la situación que están pasando. Nos da un racconto por la situación que está pasando cada usuario y a nosotros nos da herramientas de cómo movernos.

NO ES SOLAMENTE EL GRUPO TERAPÉUTICO SINO QUE TODO EL TIEMPO CIRCULA LA PALABRA ENTRE ELLOS, ENTRE USTEDES.

A veces nosotros optamos por pedir que hablen cuestiones que sean muy puntuales y muy delicadas con nosotros porque a veces entre ellos con este ánimo de dar ayuda, dar opinión dicen algo que después dicen “no al final me dijo esto y que está mal...” y se ponen peor entonces en un punto está bueno si lo llegamos a atajar no.

EN RELACIÓN A LAS ACTIVIDADES ME DIJISTE CULTURALES, DEPORTIVAS, Y ANTES ME DIJISTE QUE HAY INTERÉS EN LO LABORAL.

No porque han surgido... bueno está esto de Maquinando que es una empresa social que tenemos arriba donde se hacen los ambos para los hospitales, que se hacen las pecheras para los jardines, para las escuelas, se hacen las bolsas para distintos locales. También han surgido ideas del taller de cerámica, se han hecho cosas para vender, de carpintería, se han hecho percheros el año pasado que se han vendido. La idea es que... porque los chicos también se sienten motivados se sienten que es algo producido por ellos y algo producido por ellos sale a la venta y lo tiene otra persona en la casa. Para ellos es importante, primero lo hacen para ellos con un poco de miedo y luego con el empuje que le damos nosotros que le da el mismo tallerista porque son palabras como avaladas, que le dan un peso de importante porque “si el tallerista me dijo que esto está bien, se va a vender es porque está bien” y eso es la idea, de que sirve, que no son tan inútiles. Ellos están muy, todos por lo general, ninguneados muy bastardeados con esa idea de lo inútil y que no puedo, como Pedro. Entonces para nosotros es un trabajo permanente eso. Hay muchos que se quedan con esa palabra, “no yo no porque yo no puedo” está instalado eso y otros dicen bueno vamos a ver, como Omar.

EN RELACIÓN A ESTO QUE COMENTÁS Y BUENO LO QUE COMENTASTE EN TODO PERO TE LO PREGUNTO PUNTUALMENTE. ¿VOS QUÉ MODELO RECONOCÉS DE TRABAJO, VOS QUE VENÍS DE BUENOS AIRES?

Comunitario, comunitario full time y eso está buenísimo para mí. Hay una cuestión institucional. Por qué digo comunitario, no sólo porque trabajamos con la comunidad, hay un punto de inserción de ellos, los usuarios, en la comunidad que nosotros lo vemos en esta cuestión de proceso y eso es lo interesante. Te decía recién Omar,

Omar el año pasado para esta altura más o menos estaba que se brotaba dos por tres, le agarraban cuestiones de bronca de ira. Tras un trabajo de nosotros, de la psicóloga Pato, yo, de todo el equipo, la cocinera... La cocinera es la cuasi terapeuta de los chicos y de ahí que la cocinera dice hagamos esto y los chicos van y hacen. Le tienen como un respeto. Para este tiempo Omar estaba como muy mal, pasó la muerte de un hermano y gracias a Dios tras el impulso de que él pueda venir a acá y que tenga su lugar, que tenga su espacio, el año pasado cursó todo el año las clases, que tenga las mejores notas todo ocho, nueve y diez, increíble. Pudo terminar, se está haciendo la casa y él reconoce que todo eso es por nosotros. En realidad nosotros hacemos lo que tenemos que hacer pero él se ve distinto y él lo reconoce permanentemente. Y a mí me parece importante, importante para él no para nosotros [M entra y pregunta “¿La pastilla?”, le responde “Ahí Paty te la va a dar”]. Eso me parece sumamente importante, él se siente... inclusive hace chistes “y bueno vamos a tomar algo y si no hay mate compramos una cerveza” sabiendo que él no toma, sabiendo que no puede hasta hace chistes con eso. Antes era una cosa tremenda donde no se podía ni hablar. Bueno eso calculo que eso es también gracias a nosotros y nosotros tratamos fuera del horario nuestro tirar una mano, por qué no me acompañás acá, por qué no me acompañás allá.

¿CUANDO VINISTE ACÁ SABÍAS QUÉ ES LA DESMANICOMIALIZACIÓN, TENÍAS UNA IDEA? No, no, eso lo aprendí acá, estuve leyendo un poco de Schiappa Pietra, tengo ahí algunos libritos...

PERO DESDE LA PRÁCTICA, NO DE LA TEORÍA SINO DE LO QUE VOS NI SIQUIERA COMO OPERADOR TE DIGO.

Yo hice el curso de operador en el Borda, hice un curso no como acá, tenía que hacer... yo pinto cuadros como un hobby, entonces mi tesis final era “El arte y la salud mental” qué tal. Pichón Riviere dice que en un punto donde una persona plasma, dibuja o pinta una situación real o sea que estamos hablando la ventana, el cuadro, etc. esa persona está conectada con la realidad y si una persona tiene un uno por ciento de estar conectada con la realidad, esa persona en ese momento es sana y si tiene uno por ciento de sano se puede sanar, esa es la teoría. Es la teoría en la que yo me basé para hacer la tesis final. La hice en el Borda, el lugar mejor donde está La Colifata, talleres de teatro gigantes, gigantes digo porque van de otros internados, monstruoso. Y donde también hay muchos profesionales que donan su tiempo para trabajar con ese tipo de población, acá también vienen muchos profesionales ad honorem, que donen su tiempo para trabajar con ese tipo de población que no cualquiera, no cualquiera. Yo una vez estaba mirando por Encuentro un canal de Francia y estaban pasando la obra de teatro del Borda en francés, traducida al castellano, no lo podía creer. ¿Hasta dónde llegaron no? Los del Borda llegaron a recorrer Europa con Saba, con el señor Saba. Ahí hice el curso de operador y en esto del curso de operador era la idea, como algo flotante de sacar a esa gente. Porque la verdad es que es alienante, es terrorífico es de terror de terror en serio, fuera de lo que es la institución hospital, ya la institución hospital vos vas a la sala a pedir turno y nada... por más que le quieras poner alegría no es nada alegre, en el Borda es especialmente triste, fuera que es el Estado.

¿AHÍ ES DONDE ESCUCHASTE HABLAR DE LA DESMANICOMIALIZACIÓN?

Ahí empecé a escuchar sobre la desmanicomialización, desmanicomialización como idea, como proyecto, desmanicomialización como manera de llevar algo en concreto de ver la manera de llevarlo a... poder concretarse, después nada. Después uno se

empieza a enterar que se empezaron a vaciar los residenciales y uno se llena de preguntas y bueno a dónde va la gente y nada, Schiappa Pietra dice ¿y la gente dónde estaba? en la casa. La gente estaba en la casa, la gente era un vecino tuyo, viste. Bueno nada, después empezó a figurar esto de encerrarlos, del manicomio y a muchos les quedó muy útil, a muchos les quedó muy cómodo y bueno después la comodidad esa se dieron cuenta que no era tan cómodo pero fuera de eso está la gente. También fuera del tema del lugar y de dónde se lo pone al loco, el tema es qué identidad se le da al loco. El loco ya dejó de ser persona, o dejaba de ser persona. Por eso trabajamos para eso, para que el loco se pueda ver persona. Se dice “y qué querés está loco” la idea así a modo de risa, es que ese loco tenga una identidad.

Y VOS CUANDO VINISTE ACÁ, ¿QUÉ VIVISTE, QUE PERCIBISTE EN RELACIÓN A ESO?

Cuando vine acá vi gente babeando como Angie, la vi babeando mal a mí no me asusta porque vengo del Borda donde están todos así. Muy muy muy captados por la medicación, no se mueven clavados. Vi casos como eso y vi casos de chicos manejando un serrucho y dije ¡Upa, qué pasó! Cómo nadie lo para a este que está manejando un serrucho, entonces digo seguramente se puede, seguramente si hay un lugar donde se concentra a la gente y se concentra la gente que quiere trabajar con ese tipo de población trabajando se puede hacer mucho y la gente puede cambiar totalmente. Yo lo veo permanentemente desde que estoy acá.

¿TE LLAMÓ LA ATENCIÓN UN CENTRO CULTURAL DEPENDIENTE DEL HOSPITAL?

Sí, lo pensaba más desde lo privado me llamó desde el Estado, me pareció buenísima la idea Qué bueno que el estado tenga un lugar..., no me parece tan bueno desde el lado de los recursos desde el lado me parece que tiene que haber un mayor compromiso con este tipo de población. Estamos hablando porque hay patologías, está la patología del suicida donde si vos no lo tenés medianamente desde el recurso humano necesario, la medicación necesaria, y el contexto necesario, la persona se suicida, se te muere. Voy a esto, entonces no estamos ni haciendo nuestro trabajo o como hacemos acá que hacemos nuestro trabajo como podemos, que es eso básicamente lo que hacemos.

TU VISIÓN ES QUE SE REQUIERE MÁS RECURSO HUMANO, MÁS RECURSO ECONÓMICO.

Sí, más compromiso por parte del Estado con lo que es este tipo de población. Seguramente el cirujano me dirá lo mismo, el traumatólogo dirá lo mismo, yo te hablo por el lado de salud mental.

UN POCO PARA FINALIZAR, YO TE AGRADEZCO EL TIEMPO QUE LE DEDICASTE A ESTA ENTREVISTA. ¿QUÉ TE APORTÓ A VOS ESTE PASO POR CAMINO ABIERTO.

No, aprendizaje, aprendizaje permanente. Yo siento que aprendo permanentemente de los usuarios. Aprendo permanentemente de la patología de cada uno. Porque también ves el esfuerzo que hacen ellos desde su limitación para todo, para levantarse para participar un taller, para culminar una obra de cerámica. También mucha emoción cuando se festejan los cumpleaños, la alegría de ellos, viste, que alguien les festeja los cumpleaños. Y siento esto de la cuestión permanentemente querer ser uno más, y eso lo buenísimo también que están saliendo de su lugar de no hacer nada, estamos hablando de gente que estuvo internada once años, José. De no sentirse personas, viste, y acá sentirse alguien. Eso me parece... poder aportar con mi granito de arena a que esa persona pueda llegar a eso, es un golazo. Eso es lo que yo siento que medianamente se está haciendo.

9f. PATRICIA FRANCO

Soy Patricia vivo en Bariloche hace dieciséis años estoy trabajando en salud mental comunitaria. En realidad en el año 2008 empecé a trabajar en el *Camino Abierto* en el servicio de salud mental, dos años para atrás trabajé en el Brote que fue mi acercamiento en concreto con la desmanicomialización entendiendo que eso era lo que a mí me gustaba. Ante la sorpresa de no hay manicomios y cómo será una vida sin manicomios si esta cuestión de uno preguntárselo sabiendo que ya existía la ley previo a que yo viniera a Bariloche. Y encontrarme con gente que no estaba encerrada y que no lo iba a estar nunca. Convivir con esto me encantó, me pareció que era un lugar de militancia de defender los derechos de las personas. Recuerdo siempre en una reunión del Brote, además para no olvidarme, se estaba defendiendo algo de los micros, si tenían que llevarlos o no, contratar un transporte y decían de pedírselo al municipio o a provincia, esto no lo recuerdo pero lo que si recuerdo bien es que yo dije “pero que no sea sólo para los usuarios del Brote, que sea para todos” y me dijeron “Ah, ¿pero a vos te interesan todos?” ¡Y, si! ¿Cómo voy a trabajar en un lugar sin defender a todos? Me dio como un empuje y la seguridad y darme cuenta que eso era lo que yo quería hacer. Muchas veces me acerqué a los lugares institucionales y siempre quise trabajar en esto. Me acerqué a Desarrollo pero a mí la cuestión de niño, niñas y adolescentes me daba un poco de cosa por la fragilidad... no de las personas, sino la mía. Me di cuenta que mi lugar estaba ahí con los usuarios de salud mental. Cuando yo ingreso al Hospital hubo un llamado del Hospital para formar gente para ser operador de salud mental. Yo soy psicóloga social como yo ya me había acercado muchas veces para ver dónde me podía incluir en el hospital y siempre me decían “sos psicóloga social, no hay un raviol para vos” no sos médica, ni trabajadora social, ni psicóloga “¿querés ser operadora de salud mental?” mirá que te ofrecemos un pisito. A mí me interesaba, para esto tenía que hacer un curso. Ahí conozco a Mirta Elvira que había entregado un proyecto de una casa que sea un centro cultural que concurren las personas de salud mental pero que no esté dentro del Hospital. Al proyecto le apareció el novio que era el director del hospital de ese momento que le interesó porque había un problema muy grande de quién iba a trabajar en salud mental para externar los usuarios de salud mental que estaba internado en el Hospital y cumplir con la Ley. El director rescata esta propuesta de Mirta y la convoca, ella nos dio unas charlas y después cada vez era más interesante de poder ser parte de este espacio. Terminó el curso quedamos un grupo, en este tiempo Mirta lo que hacía es estar en el barrio trabajando con la gente, los vecinos, porque hubo mucha resistencia para abrir este espacio. Para mí *Camino Abierto* después de esto 10 años que vamos a cumplir en breve, empezó siendo un centro cultural que lo íbamos ir haciendo porque teníamos las primeras reuniones y era la escena temida... no teníamos talleristas, el equipo éramos Mirta y algunos operadores, algunos con algún saber artrítico, punto. Fuimos creciendo el trabajo es mucho, es un trabajo cuerpo a cuerpo. Mucha gente se fue por eso, es mucho el trabajo. Eran cinco operadores. Matías, Mauricio, Silvina, Marcelo y yo. Se fue Silvina y Marcelo. Entraron otros como Damián que se fue porque se recibió de trabajador social y pasó a ser parte del Servicio de Trabajadores Sociales.

¿QUÉ ES PARA VOS CAMINO ABIERTO?

Para mí hoy *Camino Abierto* es un espacio para que la gente lo pase bien. Es terapéutico, no es terapéutico... yo creo que todo lo que uno hace en la vida es para que te haga bien y eso de lo terapéutico... hacer una torta te puede hacer sentir muy bien. La gente se angustia, llora, se enferma, intenta suicidarse. La verdad es que en Ca-

mino Abierto esas cosas no pasan, desde que *Camino Abierto* está yo no digo que toda población de salud mental de Bariloche sea, pero, todos los usuarios más conocidos del servicio que concurren a *Camino Abierto* que están en *Camino Abierto* no hubo intento de suicidio. Tuvimos uno solo al principio. Porque la gente se siente acompañada, el mayor problema de la gente es la soledad. Nosotros tenemos que llenar esos espacios de soledad que angustian, es nuestra tarea. Llenar esos espacios de soledad que angustian, que te deprimen.

¿CÓMO SE LLENAN ESOS ESPACIOS?

Entre la gente, el mate con la torta frita, contarse lo que hiciste el fin de semana, juntarse a hablar. Pero me parece que sólo tomar mate es muy difícil que comiencen a hablar, es muy difícil el vínculo, ahí estamos nosotros que somos como los facilitadores para romper el hielo.

¿QUIÉNES SOMOS NOSOTROS?

Los operadores y todos los que estamos en *Camino Abierto*., psicólogos, psiquiatras. Yo como coordinadora del espacio me parece que quien trabaje en *Camino Abierto* tenemos que hacer esa tarea. Es mucho más importante que estar media hora en el consultorio, es más importante esa media hora estar entre la gente, está bien, la gente tiene cuestiones íntimas que las tiene que contar y el profesional las tiene que procesar y seguramente con el resultado de esa charla indica el tratamiento, pero nosotros creo que nosotros necesitamos muchísimo más de operadores de salud mental y talleres que de psiquiatras.

¿ME PODÉS CONTAR LA ESTRUCTURA?

Un vez estábamos hablando con Graciela Natella de la desmanicomialización y ella dijo “*Camino Abierto* podría ser un manicomio”, ay, dije yo, cómo. Imposible. No, claro *Camino Abierto* es ideológico, a *Camino Abierto* pueden venir otras personas no sé qué prefieren un modelo manicomial y bueno, no sería un manicomio porque está prohibido pero podría parecer, podríamos pensar en que las distancias de equipo técnico, profesionales y usuarios se pueden agrandar un montón en lugar de acortarse como sucede ahora. Yo entiendo que la confianza que hay con los usuarios, de vernos todos los días y somos los mismos, hay mayor confianza. Está depositado en nosotros un lugar de cuidado diferente. Por ejemplo si alguno de los usuarios se tiene que operar, pasa mucho que pregunten, vos me podés ir a buscar para llevarme a mi casa. Eso es porque estamos todos los días y es un lugar de confianza que si uno pone una mayor distancia no se les ocurre. Yo lo leo desde el lugar de afecto, desde el apoyo. Me apoyo acá porque siento que salgo de una cirugía y voy a sentirme más vulnerable.

VOS ME ESTABAS CONTANDO LA ESTRUCTURA DE CAMINO ABIERTO.

Yo definiendo desde mí pero así fue fundado. Cuando Mirta arma *Camino Abierto* vamos a funcionar de esta manera, con esta libertad, vamos a trabajar con la gente. El equipo técnico que esté en *Camino Abierto* con un profundo respeto por las personas, siempre tratando de ponernos en el lugar del otro. Con las características que compre y milito porque se ve en la gente. Estamos trabajando con una población muy pobre, con necesidades impresionantes.

¿CAMINO ABIERTO SOLAMENTE TRABAJA CON GENTE POBRE?

No solamente, pero la mayoría. Ahora están cada vez más pobre... Cuando abre *Camino Abierto* había usuarios que hacía muchos usuarios internados, empezamos a trabajar a contactar a las familias. Venían a las ocho de la mañana, no cobraban la pensión, las familias no las iban a visitar. Nosotros empezamos a trabajar con la persona digna que tiene que ser sujeto de derecho. Empezamos a contarle a la familia que esta persona podía volver a su casa, que nosotros podíamos apoyar encontrando algunas soluciones como por ejemplo sacando el certificado de discapacidad, que cobren una pensión.

¿Y QUÉ MODELO HABÍA EN EL HOSPITAL?

El hospital no era un manicomio porque los locos se podían ir a comprar puchos al kiosco de enfrente, porque no había prácticas manicomial en el sentido de que en el hospital no les daban electroshock, no hay chaleco de fuerza. Si bien hay contención mecánica en casos de crisis, en situaciones que los requiera. Muchas veces los deben contener. De práctica manicomial no. Con el modelo de salud mental comunitaria no trabajaban. De encontrar un familiar, de buscarlos, casos excepcionales lo deben haber hecho.

VOLVIENDO AL TEMA DE CUANDO SE ABRIÓ CAMINO ABIERTO ¿CUÁLES ERAN ESAS RESISTENCIAS?

Hubo muchos frentes, el barrio se negaba tremendamente a recibir a los locos, peligrosos, violadores, se hizo una juntada de firmas importantes. La resistencia también estaba puesta por el equipo que estaba trabajando en el Hospital. Como entramos toda gente nueva a trabajar y gente que estaba convencida de la salud mental comunitaria y a trabajarla. En este momento creo que hay que aclararlo, hubo una unión importante entre la coordinación provincial de salud mental, el director del hospital y elegir a Mirta, eso fue como revolucionario y fue muy importante. Digo revolucionario para el servicio, porque el servicio se plantó en un frente muy armado, muy consolidado concretamente en atacar a *Camino Abierto* porque fue ataque. Nos costaba un montón que deriven personas que no estén internadas, de hecho era un alivio para ellos, para el servicio, para enfermería que sacáramos doce o quince personas de la sala. No había ninguna actitud que favorece o acompañara la externación.

¿VOS QUE PENSÁS? ¿POR QUÉ TANTA RESISTENCIA?

Porque yo creo que están muy cómodos en la postura de, abro un poco la puerta y te doy la pastilla, contesto oficios, una cédula, hay que inyectar entonces que vaya el operador y que acompañe. Entonces trabajar bajo ese modelo que el operador termina siendo un secretario, un administrativo que iba dos veces por semana a un centro de salud a entregar la pastilla. Eso nos decían los operadores que estaban antes, no se hacía trabajo con la familia, salvo cuando se externaron y les decían tiene que tomar esto o lo otro.

¿Y TRABAJO INTERDISCIPLINARIO, INTERSECTORIAL?

Sí, eso costó un montón y sigue costando. La interdisciplina por ejemplo dentro del hospital hay gente que le gusta pero cuando llega el momento de embarrarse le cuesta.

¿QUÉ SERÍA EMBARRARSE?

Comprometerse, por ejemplo hay un usuario que todo el tiempo se quiere hacer los estudios para saber si tiene VIH pero tiene que esperar seis meses. Dicen, sí, sí yo lo

voy a recibir, mandalo, y fue tres veces en tres meses y ¡no me lo mandes más! Porque tiene que saber que tienen que pasar seis meses. Acompañar tiene que ver con que el profesional pueda decirle, acompañar que tiene que saber que son seis meses. Los usuarios sienten que los expulsan. Desde que se abrió *Camino Abierto* intentamos ser cada vez más visible, también cambia la gente, vienen cada vez más profesionales con formación más comunitaria, más comprometida con lo social nos ayuda. Con respecto a la comunidad al principio no nos conocían pero ahora nos conocen y yo me doy cuenta en la gente cuando digo que soy de *Camino Abierto* con una mirada como un respeto, como ¡qué tarea! Eso nos pasa muchas veces porque es seria nuestra tarea. Nos pasa que aprendimos en el camino de los mismos usuarios, antes era abrimos todo el día y todos los usuarios tiene que ir a todos los talleres y de a poco nos dimos cuenta que camino está abierto y vení y hacé lo que te gusta hacer.

¿QUÉ SE HACE?

Todos los días a las nueve horas entran los usuarios, de nueve a diez horas siempre alguno de los usuarios traen el diario *El Cordilleranos*, nuestra tarea es gestionar todo el tiempo, hacer una nota, etc. Ahora nos dan dos diarios, mientras se toma mate, se charla, ahí tratamos de ni estar operadores, decir buen día y además cada uno sabe quién toma mate, quien toma leche etc. A las diez a doce hay taller pero el lunes hay un grupo terapéutico lo coordina una psicóloga, la intención es con un operador pero a veces somos tan pocos que no se puede y ella hace una crónica del grupo. A las doce termina y hay un momento de estar, salir a fumar, o alguno tiene una necesidad por ejemplo me cortaron la luz, o tengo algo roto en mi casa, alguna cuestión que tenemos la capacidad de resolver. Almorzamos con los insumos que traen del Hospital para hacer la comida. Pasamos por muchas instancias, que venga un voluntario con los usuarios y que cocinen, que cocine uno de nosotros, ahora estamos con una mucama del Hospital que no es cocinera, no tiene cargo de cocinero pero esta mucama cocina, hay dos personas de un Argentina Trabaja que colaboran y siempre hay alguno de los usuarios como colaborando en la cocina. Fundamentalmente por una cuestión de hábitos para que pueda hacerlo en su casa. Los insumos que traen del Hospital nunca son suficientes, no tenemos armada una dieta, no me alcanza el tiempo para hablar con la nutricionista del hospital.

¿USTEDES RECIBEN DONACIONES, GESTIONAN?

Articulamos mucho con el voluntariado del Hospital, cuando hacen instancias solidarias, nosotros recibimos mucho y nos acomoda a variar nuestro menú. El lunes a las catorce horas tienen música, lo lleva adelante una musicoterapeuta, hacen trabajos con la voz, se vive con libertad, se arma la planificación en función del deseo de las personas, la tallerista propone ejemplo. Vamos a trabajar solamente canciones y no, muchas veces es instrumentos, o contar historias, es lo que la gente propone, desde que está camino está este taller. El martes lo mismo a las nueve de la mañana desayuno y luego el taller, hay literatura lo tiene al frente un profesor de literatura que tiene una formación docente importante que trabaja muy bien con la gente, el profesor encuentra en el relato de los usuarios ejemplo de un texto de Cortázar que lo recrearon mucho más de lo que él mismo lo hubiese hecho. Otra vez almuerzo y antes, de doce a trece van a deportes también por gestión de *Camino* van al gimnasio municipal N° 1 que está a unas siete cuadras del Centro Cultural y es un momento muy interesante porque con un operador y el talleristas todos los que quieren ir a deporte van caminando, en ese trayecto muchas veces salen cosas riquísimas mucho más que en el grupo terapéutico o en la entrevista individual porque van más relajados, más

distendidos y entonces vos ahí te das cuenta que por ejemplo el moretón que tiene no es porque se tropezó con el acolchado sino porque se peleó con la cuñada y se dieron unas trompadas en el camino. Es un momento para quien acompaña para agudizar más la escucha y lo podemos en equipo trabajar. Al igual que en la cocina, Pato que es la cocinera, trae unos aportes riquísimos al equipo, los conoce mucho y todos tienen mucha confianza con ella. Hasta muchas veces ella interviene como una operadora muy formada. Hacen fútbol, vóley, caminan, hacen desafíos. Desafiaron a los psiquiatras, para irles al hueso dicen ellos, jugaron con toda la pasión del mundo. Otra cosa que es muy linda son los desafíos con la gente que va al mismo horario y que hacen aparatos, los usuarios mismo les dicen “Che hacemos un desafío”. Uno de los usuarios fue a la Dirección de Deportes y se gestionó desde *Camino* once camisetitas, y se las trajo a *Camino*. También hacíamos natación, frente a *Camino* hay una pileta climatizada que es parte del deporte adaptado del área de discapacidad del municipio y también hay otra a siete kilómetros de *Camino Abierto*. Pues nos dieron la que está a siete kilómetros, este programa ofrecía un profesor pero cada vez más, además de la distancia, fueron poniendo exigencias, nos pedían que la persona que acompañaba debía meterse en la pileta, después tenían que hacer cuestiones técnicas y así nos fuimos quedando sin la actividad. Se debería hacer cargo el municipio. El martes a la tarde hay cine y comunicación, que es un taller que está desde que se creó *Camino Abierto*. En el taller de comunicación que está desde el inicio trabajamos las relaciones interpersonales, la comunicación gestual, hablada, si es posible no comunicarse, a partir de juegos, de una película, de un cuento y qué había pasado y en ese momento la coordinadora que era Mirta Elvira pasa a otra instancia de trabajo y yo me quedo coordinando *Camino Abierto* por lo que me es imposible continuar ese taller. Justo para esa época se acercan a *Camino* dos personas una estudiante de cine y otra que había hecho algunas cosas en cine y que además era trabajadora social ofreciendo hacer un taller de cine. Por lo tanto hacer un taller de cine y comunicación quedaba redondo, quedaba lindo. Qué mirás cuando mirás. Traerlo desde lo simbólico a lo real y era un juego interesante. Pudieron hacer una película, se mostró en varios lugares. Siempre los talleres son tendientes a rescatar identidad a rescatar el trabajo y el que me da un lugar de no usuario de salud mental sino de persona. Nos pasó hace poco que hubo un casting en Bariloche, se enteraron ellos, entre ellos es pasaron la pelota y se fueron y les preguntaban qué eran. Y yo dije que soy murguero, y yo dije que soy costurera, y yo dije qué hago cerámica, la cuestión de la identidad ¿no? no dicen yo soy paciente de salud mental. Eso es trabajo, y trabajo de mucho tiempo y no es que todos los mismos usuarios están hace diez años, pero unos a otros se van devolviendo esa mirada de que vos tenés tu lugar en el mundo y acá te van a defender tus derechos y si no te los defienden porque no les corresponde, te van a enseñar a defender tus derechos porque esa es una tarea muy importante para nosotros. Una vez en un taller literario durante todo un año leyeron la Ley y en cada encuentro leían un capítulo de la Ley y qué quería decir o por ahí trabajaban sólo en una palabra suelta como disparadora de este artículo y hacían un relato con esas palabras por ahí sin reflexionar sobre el artículo y demás porque por ahí son tediosos algunos artículos para cualquier persona, que son más técnicos tal vez y después en el cierre de ese año todos los que integraban el taller regalaban la Ley, también era un momento que recibíamos la Ley cada tres meses. Miércoles por la mañana hay carpintería muy precaria con pocas maquinarias, el tallerista con muy buen tino sabiendo que no tenemos recursos para comprar, van a buscar madera que nos puedan donar, a veces sirve y sino para la enseñanza siempre sirve. Depende del tallerista que en general están dos años, hay frustración porque además de pocas herramientas no se ve el

producto, es muy básico. Primero porque es una vez por semana y dos horas, no se puede proyectar mucho, hacen percheros, portallaves, ahora se están fusionando con cerámica y hacen cacharros para poner aceites, y les van buscando la vuelta. Hubo un momento que en cada evento del hospital ponemos una mesa y vendíamos lo que se produce en el taller. Pero dura poco porque hay que sostenerlo y se sostiene con personas y somos muy pocos operadores y eso es una traba. El miércoles a la tarde hay cerámica dos horas en todo este tiempo sólo pasaron dos talleristas la primera con mucho compromiso, se involucra con la gestión, con estar con la gente, se jubiló pero aportó en la gestión del horno, aportó al equipo técnico, qué es cada cosa, qué es un pigmento, arcilla etc. esto con cada taller, es un aporte, ya tenemos el saber. El jueves a la mañana tenemos la reunión de equipo los operadores que estamos más psicólogos, psiquiatras, intentamos que esté la mucama pero cuesta. Porque no soporta las discusiones que son diferencias de abordajes, ejemplo nosotros vemos que alguien está muy dopado o muy excitado y se dan discusiones que yo estoy de acuerdo y yo no, tenemos diferentes posturas y eso a Pato le hace mal por eso no participa. Nuestra reunión es de ocho a diez horas a las nueve comienzan a llegar los usuarios y a las diez tiene un taller de radio que es encantador, encanta. Tienen una participación súper importante la gente se compromete muchísimo En este momento se logró que Radio Nacional ofrezca los domingos dos horas para que aprendan cómo trabajar dentro de la radio hasta que tengan armado algún programa o micros de radio para que salgan al aire por Radio Nacional. Siempre hay alguna dificultad u obstáculo que todos los talleristas cobran a través de la municipalidad o desarrollo social y no están cobrando y entonces no pueden venir, también un domingo porque tiene su costo y si no están cobrando no lo pueden hacer. El jueves hay deporte otra vez, por la tarde había taller de teatro, siempre hubo teatro pero la profesora hace tres meses que no puede. El jueves por la tarde hay plástica lo llevan dos compañeras muy grosas Florencia y Gaby está muy bien porque se expresan a través de intervenciones y arman a lo mejor una intervención en el medio de un lugar donde el relato lo arman a medida que arman la instalación.

¿QUÉ ES UNA INSTALACIÓN?

Es intervenir un espacio como acto creativo. Armaron una instalación, la hicieron y quedó hermosa en un encuentro en el Bolsón. Hablaban sobre la salud mental sobre los derechos sobre la desmanicomialización, armaron una instalación con un montón de frases, objetos y también un montón de delantales que habían en camino abierto, como si fueran de médicos pero con sellos con frases “la salud es un derechos” etcétera. Se divierten un montón.

NO ES UN TALLER DONDE TODOS TIENEN PINTAR Y QUE SALIR PINTORES, SINO QUE SE USAN OTRAS TÉCNICAS.

Claro, por ejemplo pintan un mural en un ventanal hacemos foto, la idea es pasarla bien. Trabajamos mucho “Y porque tengo malos pensamientos .No puedo pensar más que en cosas feas”. Siempre hay un portavoz y entonces por ejemplo el profesor de yoga decía vamos a hacer un ejercicio de tai chi estiró el brazo de izquierda a derecha y vamos a correr la cortina y vamos a ir corriendo los malos pensamientos y nos vamos a quedar acá en este espacio y bla bla. Eso de correr la cortina nos quedó y si viene un compañero que dice no que está mal que no vino porque no se sentía bien y que otro compañero le diga “¿Pero corriste la cortina?”. Los viernes a la mañana tienen yoga y el profesor además es músico y les habla del cuerpo, de cómo resuena el cuerpo. La musicalidad del cuerpo y es interesante como funciona todo el

cuerpo, lo hace interesante. Los viernes por la tarde tienen zumba y la murga está en el taller de música pero no quieren hacer murga en invierno, a pesar de que nos invitan de diferentes eventos, la murga se llama Salto de Alegría, la profesora Verónica de música ensaya las canciones para no olvidarlas pero la murga florece desde primavera y verano. Después tenemos la empresa social, surge por un taller que había muy al principio que se llamaba Mostrando la Hilacha porque mostramos la hilacha no teníamos nada. Con el tiempo desde Viedma de la coordinación provincial nos ofrecieron una capacitación en Economía Social y Solidaria a través de una organización italiana fusionada con otra de acá más aporte de provincia para equipar y armar empresas sociales. La coordinación provincial nos invita a ser parte, ahí presentamos un proyecto de cómo sería, obviamente no teníamos mucha idea por lo tanto pensamos en un principio aprovechando que a Bariloche vienen los estudiantes y hacen fiestas de disfraces y así les alquilamos los disfraces. Después nos dimos cuenta que era muy pretencioso que no íbamos a poder hacer ciertos disfraces. Con el aprendizaje de un oficio con un usuario de salud mental muchas veces todos los días pueden ser el primer día, porque a veces no nos acordamos de cómo se enhebra la máquina y volvamos y tardamos en entregar. Lo que no significa que salgamos a la venta al mercado a ofrecer nuestro producto con el plus de la salud mental. Nosotros cuando salimos a ofrecer nuestro producto va a ser a competir con cualquier otro emprendimiento o emprendedor, ya nos dimos cuenta que somos capaces y que no vamos aspirar a más. Nos presentamos a una licitación. Primero teníamos que ser proveedores de la municipalidad, nos presentamos a una licitación y la ganamos para hacer unos guardapolvos, unas pecheras para los centros infantiles de la municipalidad. Tenemos un cliente un comercio de Bariloche que nos provee las telas para que nosotros hagamos las bolsas con las que ellos entregan sus productos. Nuestro mejor cliente, que se llama Tierra de Mestizos. Después con la Universidad del Comahue a los que les ofrecemos los ambos, fuimos partes en el diseño de su uniforme y los vendemos.

¿CÓMO ES EL REPARTO DEL DINERO?

Nunca hay mucho dinero, por otro lado una compañera fue la que sacó el monotributo que lo paga la empresa social todos los meses, porque no nos podemos conformar como una cooperativa porque hay que tributar de una manera determinada y tendríamos un rojo permanente, entonces figuramos como monotributistas sociales. Al momento entregamos bolsas, entregamos uniformes. Hay momentos que recibimos más de mil pesos y ahí paramos hacemos una asamblea decimos que tenemos ese dinero. En este momento hay siete personas en la empresa social. Por ejemplo cobraron cinco de las siete porque en la asamblea se decidió que había dos que no tenían que cobrar porque se les dieron muchas oportunidades, durante muchos meses, una oportunidad más, una oportunidad más. Al principio hacíamos asambleas para ver cómo se cobraba, quienes, al principio eran todos solidarios, todos tenían que cobrar lo mismo porque somos buenos compañeros, nosotros nos queremos y demás. Años costó que se dieran cuenta que el trabajo que no hacía un compañero era que se estaba sobrecargando el otro y cobrarán el mismo dinero. Fue una concusión que llegó por sí mismo. Ahora llegamos a que dos compañeros no iban a cobrar, fue un momento de aprendizaje muy grande para todos. Yo estaba coordinando esa asamblea y la verdad es que decirles que no a dos compañeros fue difícil, los mismo compañeros les explicaron, no es lo mismo vengo pero no trabajo, porque me llaman por teléfono porque me voy a fumar, me voy al baño y al final no producimos nada. Es muy difícil llegar a cómo se cobra y qué se cobra porque lo nuestro como es un proceso, por

ejemplo cuando hacemos bolsas, hay alguien que cose los costados, otros que hace las manijas, otro que cose las manijas. Entonces no podemos decir vos hiciste tres bolsa, vos hiciste dos.

¿Y ESOS COMPAÑEROS QUE NO COBRARON SIGUEN EN LA EMPRESA?

Si quieren sí, los compañeros están dispuestos a que sigan siendo parte de la empresa, se les dio muchas veces oportunidades. Consistían en, bueno vos no trabajas, como no trabajaste vas a cobrar la mitad para estimularte y que sepas que te tenemos en cuenta. No es el caso de cuando tienen una crisis o están enfermos que cobran igual al cien por cien y está aclarado. Nosotros en la asamblea diseñamos las normas de la empresa social que son nuestra, para nosotros. En ese momento fue cobrás una vez la mitad, después dos veces más cobraron la mitad, después una cuarta parte y luego llegó el día del nunca más.

¿CÓMO SE LLAMA LA EMPRESA SOCIAL?

Salió de una asamblea, primero los usuarios decían un nombre tipo La empresa textil de Bariloche del barrio Ñireco del Hospital Zonal Bariloche y yo diciendo pero tiene que entrar en una etiqueta, pensemos. Después fue bueno y ¿qué hacemos?, cosemos a máquina, cortamos salieron muchas cosas hasta que un compañero dijo “Nosotros maquinamos” y muchos dicen nosotros subimos a maquinar. A lo mejor es un modismo chileno, vamos a maquinar. Uno de los chicos empezó a hacer círculos a la altura de la sien dijo “Nosotros maquinamos y maquinamos” y todos se empezaron a reír y gustó muchísimo. Y le quedó Maquinando.

¿Y LA EMPRESA SOCIAL SÓLO SE FORMA CON USUARIOS?

Nosotros tenemos épocas en las que tenemos no usuarios, pero los no usuarios tal vez pasan por camino porque vienen de un centro de salud porque una señora perdió el trabajo y a ver si puede hacer algo pero no los convoca nuestra manera de trabajar. Es imprescindible un no usuario porque lo potencia, lo levanta porque le pone pila a la empresa y está bueno pero luego no les gusta reconocerse como parte de un lugar de salud mental. Yo creo que es por falta de trabajo nuestro, si trabajamos más con estas personas que necesitan trabajo también. En vez de quedarse en su casa pensando que no tienen trabajo, viene a este lugar donde va a cobrar poquito pero va a ser de gran utilidad porque tiene que salir a cobrar, entregar, armar tiene que pasar por control de calidad o porque nos invitan a una feria y hay que estar en un puesto. Cada semana recibir doscientos pesos está muy bien, a Gloria que es artesana y tiene un puesto en la feria artesanal gana más plata en Maquinando.

¿HOY CÓMO ESTÁ LA SITUACIÓN CON LOS VECINOS?

A los vecinos les pasó el enojo, la bronca, a veces se enojan en verano por los ensayos murga pero todos nos conocen, pasan y nos saluda, entrar y vienen te traen fideos amasados, miren pensé en ustedes, los pueden frisar, sin embargo los traen. Estamos integrados al barrio, por ejemplo como dos o tres años la capacitadora de Maquinando era una señora del barrio una de las que había firmado para que *Camino Abierto* no existiera. Una de las usuarias vecina era una de las que salía a juntar firmas para que *Camino Abierto* no existiera. Después tuvimos una chica que venía a dar vez por mes y de manera voluntaria un taller para que se maquillen, para que estén lindas, que era para las mujeres. Yo le busqué la vuelta porque no para los varones que se quedan mirando qué podemos hacer y un día me llamó y me dijo “Vamos a hacer

maquillaje artístico para la murga”. Estaba buenísimo, tenemos unas fotos hermosas de lo que se hizo.

¿Y CON OTRAS INSTITUCIONES TIENE RELACIÓN?

Las escuelas cumplen años, hacen fiestas y llaman a *Camino Abierto*. *Camino Abierto* es un espacio de formación, los médicos que hacen la formación de medicina general la parte de salud mental rotan por *Camino Abierto* lo que hacen la formación en educación especial en el Instituto de Formación Docente hay un cuatrimestre que pasan en *Camino Abierto*, la carrera de enfermería en la materia de Psicología Social y Salud Mental Comunitaria rotan por *Camino Abierto*. El RIA que es la residencia de la UBA rotan por *Camino Abierto*, gente de otros países, vienen de otros lugares ejemplo uno que está cerca de México quieren saber cómo manejamos lo de lo cultural. La cuestión de lo cultural un aprendizaje sumamente valioso. Muchas veces pareciera que por los hábitos de la cultura están fuera de la realidad y son hábitos culturales.

¿CUÁL ES LA CULTURA PREDOMINANTE?

Mapuche, muchos chilenos también.

VOS MENCIONASTE UNA ASAMBLEA, ¿CUÁNDO Y QUÉ ES?

Los miércoles al mediodía, es un espacio que deberíamos estar todos los que trabajamos en *Camino Abierto*. A partir de la asamblea salen las normas y para qué sirve una asamblea. Juntarnos armar un temario de qué vamos a hablar, normalmente el tema que sale es la higiene, ejemplo el baño. Hay quien se ocupa de una tarea en particular. Organizamos en un principio quién hace cada cosa como un cronograma para toda la semana. Lo más feo por estadística es lavar el baño y los platos y el que le tocaba esa tarea no venía... entonces mantener *Camino Abierto* limpio se hace día por día, de los que están tiene que elegir, llevamos una tablita en una pizarra de quienes hacen tal o cual actividad entonces en la asamblea trabajamos los conflictos más allá del grupo terapéutico sino las de convivencia y las propuestas para mejorarlos.

MUCHAS GRACIAS PATRICIA POR ESTA ENTREVISTA.

9g. MARÍA MARTA PUGA

Yo soy María Marta Puga, pediatra del Hospital Zonal Bariloche desde hace 34 años.

¿EN EL MOMENTO QUE SE ABRIÓ CAMINO ABIERTO, QUÉ CARGO TENÍAS?

Bueno desde el año 2006 hasta el 2009 yo estuve a cargo del departamento de atención médica del Hospital Zonal. *Camino Abierto* yo no me acuerdo bien en qué año se abrió pero habrá sido 2008, por ahí.

¿CÓMO FUE EN ESE MOMENTO, LA PROPUESTA DE ABRIR UN CENTRO?

La propuesta fue, en realidad la Ley de Salud Mental de la provincia prevé lugares similares a *Camino Abierto* que cada uno llevará un nombre diferente no lo sé. Y bueno lo que se trató fue, luego de bastantes problemas con el Servicio de Salud Mental se solicitó intervención a la Provincia, es decir al Ministerio de Salud donde se empezaron a barajar diferentes posibilidades y entre ellas, además de reestructurar, de hacer algo con el Servicio de Salud Mental en sí, comenzar a cumplir la Ley. Una de ellas era hacer esta casa llamada *Camino Abierto* para que pudieran concurrir los pacientes de salud mental o no digamos que quisieran concurrir para realizar talleres,

capacitaciones, entretenimiento. Diferentes cosas, no es específicamente algo curativo, como decimos los médicos. Me parecía que es una casa donde se podía tratar de mejorar la calidad de vida de la gente en general. Entre ellos sobre todo los pacientes de salud mental que no estuvieran en crisis en ese momento.

CUANDO VOS DECÍS DE LA GENTE EN GENERAL ES PORQUE ES ABIERTO A OTRAS PERSONAS QUE NO SON USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL.

Por eso, por eso se llama *Camino Abierto* porque es abierto, porque es abierto específicamente la Ley prevé que concurren pacientes de salud mental pero que también concurren otras personas. De hecho para mí mejora la calidad de vida de los pacientes de salud mental o usuarios como se dice ahora que a mí no me gusta y también toda la otra gente que concurre no donde uno participa de la vida de otras personas.

¿QUÉ DIFERENCIAS HARÍAS ENTRE UN HOSPITAL DE DÍA Y UN CENTRO COMUNITARIO, CENTRO CULTURAL ABIERTO A LA COMUNIDAD?

Para mí un hospital de día es algo más curativo, me suena que hay más medicación hay más como dicen ustedes, no dicen entrevistas, más consultas específicas de salud mental no tanto cultural. Lo que uno entiende por médico hegemónico.

¿VOS RECORDÁS CÓMO FUE EL MOMENTO DE LA APERTURA, POR QUÉ NO FUE UN HOSPITAL DE DÍA, NO FUE UNA CASA DE MEDIO CAMINO SINO FUE UN CENTRO CULTURAL, RECORDÁS LO QUE PASÓ? ALGO EN RELACIÓN A LA CARTA ORGÁNICA.

No recuerdo eso, para mí siempre se planteó como algo cultural después no si fue porque la carta orgánica no lo permitía, a mí me parece que tenía que ser así. Porque para eso poníamos un sucuchito en el Hospital y listo para hacer un hospital. Me parecía que tenía que ser otra cosa fuera del hospital.

¿RECORDÁS QUÉ PASABA CON LOS VECINOS?

¡Sí! Los vecinos estaban... me acuerdo perfectamente. Los vecinos estaban... no todos empezando por ahí, pero había varios. Además es un barrio que está el club Nahuel Huapi donde concurre mucha gente a hacer diferentes actividades y es un club de siempre de Bariloche. El resto del barrio es tranquilo, está el jardín número 3, que es un jardín de infantes, bueno y ahí se empezaron a oponer los padres, algunos padres del jardín. Con el club no tuvimos problemas no sé si es porque fuimos a hablar con el club y nos conocen a mí y a mi marido.

¿QUÉ DECÍAN?

Tenían miedo, miedo en el sentido de que los pacientes de salud mental son malos, son violadores, pueden matar gente. Bueno, se trabajó bastante, de hecho se planteó que iba a estar el centro cultural y arriba iba a estar la casa para los inimputables, no sé qué nombre tiene. Y bueno a raíz de todo esto de hecho en ese momento en Bariloche no teníamos ningún paciente inimputable que tuviera que estar pero se planteaba como una cosa terrible. Y bueno de hecho quedó como cultural.

¿SE HICIERON ASAMBLEAS? ¿SE HIZO ALGÚN TRABAJO CON LOS VECINOS?

Sí, se hizo una asamblea que fue allá en el centro administrativo y hubo acompañamiento de otras instituciones que se hizo la asamblea para los vecinos y para el que quisiera participar de la asamblea y fueron muchas instituciones que participaron. Después se hizo un video donde hablaron varias instituciones, por ejemplo Crearte y otros más hablaban pero no me acuerdo. Lo que fue más llamativo fue que el equipo

de salud mental del hospital prácticamente, no prácticamente, no participó y puso todas las trabas posibles para que no se hiciera, pero bueno finalmente...

¿SE SABÍA POR QUÉ?

No tengo la menor idea por qué a mí me parece que en realidad, no quiero ser mala pero tienen otra visión de lo que es la salud y además, no sé si lo vas a poner en el informe, es que son vagos entonces esto requiere trabajo, debe ser una mezcla de cosas y no, no, no querían saber absolutamente nada, era que cómo íbamos a llevar a la gente ahí, que el transporte, que si tenía seguro que sin no tenían seguro, que si le pasaba algo a algún paciente. Mil quinientas trabas.

¿Y QUÉ APOYO TENÍAN USTEDES EN ESE MOMENTO?

Estaba la Dirección, y estaba el Ministerio acompañó, el Ministerio de Salud que en ese momento estaba Adriana Gutiérrez que para mí fue una de las mejores porque te decía sí o no entonces vos ya sabías. En eso acompañó que alquilaron un edificio que es donde están, en eso acompañó. La coordinación de Viedma del Ministerio también. Después acompañaron otras instituciones, Crearte, el Brote también. En ese momento Jorge Vallazza, que no me acuerdo donde estaba, bueno, vos que estabas también. Y después con los talleristas que se hacían convenios, y el voluntariado del Hospital también que trabajó bastante.

¿DE TODOS ESTOS AÑOS VOS QUÉ REFERENCIAS TENÉS DE ESE LUGAR?

Hubo un problema con el gas y estuvieron en el Hospital transitoriamente y volvieron y lo que sí se es que están con poco personal que siguen teniendo dificultades con el Servicio de Salud Mental, y bueno entran en el recorte que estamos entrando todo el resto de la salud que hay menos operadores, no hay mucamas, no hay administrativo y todo eso te dificulta la tarea.

¿QUÉ MODELO DE ATENCIÓN Y DE CUIDADOS TIENE EL CAMINO ABIERTO DESDE TU PERSPECTIVA?

Primero que es un centro abierto, segundo que permite a la gente trabajar sobre las posibilidades reales de cada persona no buscando lo que está mal sino lo que está bien que depende quién evalúa qué está mal y qué está bien, pero incentivar que la gente tenga mayor autoestima, que se pueda auto valer, que conozca las condiciones que tienen que por ahí uno no sabe qué condiciones hasta que hace algo diferente de lo que uno hace siempre, eso me parece, muy valioso. ¿Cuál era la pregunta?

¿QUÉ MODELO DE ATENCIÓN O DE CUIDADO...?

Claro que una busca que la gente se sienta mejor no desde lo médico que uno está acostumbrado a hablar, hacer lo que a uno le gusta es para la salud.

CUANDO VOS ESTABAS EN EL CARGO DIRECTIVO, ¿CUÁLES FUERON LOS OBSTÁCULOS, DIFICULTADES QUE TE PODÍAS LLEGAR A ENCONTRAR EN LA IMPLANTACIÓN DE ESTE DISPOSITIVO?

Los obstáculos que se plantearon en ese momento fueron qué pasa si a un paciente le agarra la crisis cuando está en el taller. Bueno se llamará como se llama en cualquier caso que a una persona le pasa algo y se llamará a la ambulancia qué se yo. Si tenés una persona que no sea de salud mental y le duele la panza y no puede ni caminar y resulta que tiene una apendicitis, que hacés, llamás a la ambulancia es lo mismo. Este, eso fue una de las cosas, cómo se repartía la medicación, quién se hacía cargo de

la medicación porque lo cierto es que las personas que concurran ahí toman medicación por eso no están en crisis digamos. Qué otra cosa... la otra dificultad que es la misma que pasa en los centros de salud que es casera entre comillas es quién limpia quién arregla lo que se rompe que eso te impide un buen funcionamiento porque si no tenés calefacción en invierno no podés estar y si no está esa disponibilidad rápida de solucionar ese tipo de problema te dificulta toda la tarea y todo va para atrás. Pero esa dificultad es importante en todo el sistema de salud incluyendo *Camino Abierto*.

¿Y RECORDÁS ALGO QUE VOS QUIERAS APORTAR DE ALGUNA PARTICIPACIÓN TUYA DE ALGÚN EVENTO EN EL CENTRO CULTURAL?

Sí, al principio se festejaban los cumpleaños, íbamos a los cumpleaños y la gente estaba re agradecida, ellos no sabían que me conocían. Después también hubo unas muestras, hubo venta de artesanías en *Camino Abierto*, y en algunas jornadas que se hacían dentro del Hospital, los pacientes iban con lo que habían hecho y lo mostraban y lo vendían, de hecho yo compré algunas cosas lindas y no sé en qué más. Yo me olvido de muchas cosas Mirta además.

CUANDO ESTABAS EN TU CARGO DIRECTIVO, ¿PARTICIPABAS EN ALGUNA ACTIVIDAD?

Y sí, porque a mí lo que me pasaba era que sentía que como sistema de salud tenía que estar presente, ¡no podía ser que el Servicio de Salud Mental no estuviera y no hubiera nadie!

¿TENÍA UNA DEPENDENCIA DIRECTA A TU DEPARTAMENTO?

Exacto lo sentía como una responsabilidad no podía largar gente sola con todo el servicio de salud mental en contra me parecía que había que estar sí o sí. De hecho iba muchas veces a ver si el caño, a ver si la comida, la otra dificultad era la comida en ese momento. En esa época el tema de la comida era una dificultad, que en ese momento ponía el Hospital, que no era el Servicio de Salud Mental. Era un trastorno si cocinaban allá si no cocinaban allá. Esa era otra ¿qué iba a pasar si le pasaba algún paciente de salud mental algo cocinando? Y, lo mismo que le pasa a cualquiera si te pasa algo. Hay cosas que realmente a mí me parecían que eran trabas o prejuicios.

¿VOS HOY NO TENÉS IDEA DE QUÉ RELACIÓN TIENE HOY EL SERVICIO DE SALUD MENTAL CON CAMINO ABIERTO?

Más o menos porque me encontré con gente en la biblioteca Sarmiento y el contacto es ese que andan más o menos por el tema del personal y con el Servicio de Salud Mental igual que siempre. Fue... parecía que yo era perteneciente al Servicio de Salud Mental con conocimiento sobre esa especialidad para lo cual había cosas que para mí eran cosas del sentido común y de visión de la vida porque había cosas que yo no entendía nada pero es necesario incluir a la gente, en eso....

¿CREÉS QUE ES NECESARIO QUE EN OTRAS LOCALIDADES SE ABRAN DISPOSITIVOS DE ESTE ESTILO?

A mí me parece que es imprescindible en el sentido, en general. Me parece que en general tiene que haber lugares donde la gente pueda expresarse y pueda hacer lo que le gusta y en todos los barrios debería haber, no necesariamente dependiente de salud. En el sistema de salud, la salud es lo de menos...

VOS DIJISTE ANTES QUE NO TE GUSTA DECIR USUARIOS, ¿CÓMO LE DIRÍAS?

Personas, pacientes... me parece mejor paciente que usuarios. Usuario me suena a una cosa, siempre me pasó lo mismo, como cliente. Cliente me parece negocio y usuario me parece una cosa, en cambio paciente, la verdad es que tienen paciencia es que no estamos mintiendo es cierto. El que va a salud siempre tiene que esperar, más o menos tiene que esperar, o sea que tiene que tener paciencia.

TE AGRADEZCO LA ENTREVISTA.

9h. FELIPE DE ROSAS

¿QUÉ RELACIÓN TENÉS CON CAMINO ABIERTO Y EL MOMENTO HISTÓRICO?

Soy Felipe, médico generalista, este año cumpla treinta años en salud pública en el Hospital de Bariloche. Hice la residencia de medicina general con orientación rural acá en el Hospital y trabajé en casi todos los centros de salud, fundamentalmente diez años en Virgen Misionera y estuve a cargo los centros de salud durante tres años y durante tres años y medio a cargo de la dirección del hospital y la Cuarta Zona Sanitaria, que es el momento en el cual estamos enfocados donde junto con un ministerio y con un departamento de salud mental con interés en ampliar la red de servicios para los usuarios de salud mental, digo ampliar porque son dispositivos que en otros lugares de la provincia, sobre todo en hospitales de más baja complejidad se fueron instalando en la provincia, como hospitales IV como Bolsón, Allen, Choele, había habido unas buenas experiencias. Hospitales IV generalmente con población de no más de 30.000 habitantes y la experiencia de la instalación de los servicios y la Ley de Salud Mental en la provincia había sido más irregular en los hospitales en las ciudades grandes de Río Negro, entre ellas Bariloche. Sobre todo en Bariloche porque la orientación del Servicio de Salud Mental en sus diferentes integrantes siempre había sido bastante contrarias a la Ley de Salud Mental. En realidad se habían ido aplicando muchos pasos pequeños en muchos otros lugares y en realidad en el Hospital de Bariloche habían sido muy pocos lo que se había avanzado. Si bien no había manicomios en la provincia fue un proceso muy largo, el cual yo lo viví como residente, médico de guardia que sigo haciendo guardia en el hospital etc.

LOS PROFESIONALES, EN GENERAL, EN BARILOCHE ¿VENÍAN CON UNA FORMACIÓN DE BUENOS AIRES?

Todos los profesionales llegábamos de otra provincia, la mayoría, no había médicos formados en la provincia. Recién hace muy pocos años hay médicos formados en la provincia, médicos por decirte médico pero hay otros profesionales, psicólogos, etc. que se hubieran formado con cualquier cosa relacionada con la provincia. Desde la salud rural, hasta los agentes sanitarios, los centros de salud, hasta la Ley 2440 de Salud Mental o la Ley Nacional. Lo que nos pasaba es que vos llegabas al hospital, que esa es una anécdota que te contaba, y lo primero que te decía era “mirá te explicamos qué acá no hay loquero, los locos están sueltos, están en la sala, a veces ocurren cosas y no hay sala cerradas”. Era como un chiste hospitalario pero en realidad era el mensaje. Entonces vos hacías una guardia y tu primera guardia. A alguno más sensible se le hacía un chiste, te decían que tenías una urgencia, te despertaban a las dos de la mañana que tenías una urgencia en la guardia y cuando llegabas a la guardia tenías que pasar por un pasillo que cuando pasabas en ese momento estaba todo oscuro, como si hubieran apagado las luces, y cuando ibas a abrir la puerta de la guardia estaba todo cerrado. Entonces te encontrabas en un pasillo solo con las luz apagada y desde la sala de hombres en general venía como un loco desorbitado con una careta gritando a lo loco y bueno era el chiste que le hacían a los recién llegados

profesionales y era uno de los médicos que se ponía una careta y te hacía el acting de lo que significaba convivir con un paciente de salud mental, con el loco. Eso le hacían a todos, algunas chicas se desmayaban, otras rompían la puerta, otras gritaban, años de anécdotas hasta que se nos rompió la máscara, yo también participaba. Venían los residentes nuevos y era el chiste.

ERA LA MANERA QUE TENÍAN DE HABLAR DE...

Era una manera inicial de darte el inicio de que este era un hospital diferente al resto y que los pacientes de salud mental lo internaban al lado de un paciente con una apendicitis. Esa situación yo la viví en la formación en diferentes momentos y crisis, en los momentos en que el Hospital estaba más armónico en general siempre se convivió bastante normal con el usuario de salud mental, con el crónico, porque hay gente que ya vivía. Ahí yo te contaba la anécdota del director del Hospital.

CONTÁRMELA POR FAVOR ESA.

Había un paciente Tulio que cuando uno marcaba el reloj a la tarde estaba vestido de traje y se presentaba y te decía “¿Cómo le va, cómo se llama usted?”, “Felipe de Rosas”, “Ah, ¿usted qué es, médico?” “Yo soy el director de la tarde”, marcaba tarjeta y me iba. Y semanas creyéndome que era el director de la tarde, o el que habían designado a la tarde para no sé cuánto y todo el mundo no te decía nada y en realidad era un paciente de salud mental que en su delirio interpretaba que estaba bajo la conducción del Hospital. También porque había vivido el Hospital hace treinta años. O sea que tenía también su base para decirlo. Así que Tulio vivía, estuvo abandonado por la familia y vivía en el Hospital. Ese convivir lo fuimos viviendo, cuando el Hospital estaba al moño, compensado, etc. etc., en general se convive mejor, entonces en los momentos en que se convive de peor manera siempre se corta por el hilo más fino, y uno de los más fino que teníamos eran los usuarios de salud mental. Ahí venían situaciones que había que contener, atar, etc. etc., o servicios que se oponían a internar a los pacientes al lado de los pacientes de salud mental. Nunca fue una progresión saludable por poner un término donde ya sea porque la misma conducción de los servicios de salud mental no colaboraban a que esto sucediera o ya sea por estructura propia de formación social y personal donde el loco mejor tenerlo lejos y afuera, y es peligroso etc. Así que ese fue el transcurrir. Cuando me toca conducir la Dirección sale la propuesta de ampliar. Yo conviví tanto en el Hospital cuando hacía muchas guardias cuando hacía a residencia que empezar a ver cómo es la cosa y empezar a ver quién es más peligroso en la vida. Nos hicimos amigos con Tulio, el director, y con muchos otros. Eso nos quitó los miedos y nos permitió trabajar de mejor manera y después cuando uno vuelve a su ciudad y volvéis al manicomio, me tocaba ir a Mendoza cada tanto y con amigos que trabajaban en el Sauce neuropsiquiátrico. Yo decía qué avance hemos tenido a pesar de las dificultades en la provincia y de lo trabajoso que es culturalmente. Pero veía a la gente encerrada y yo decía, claro a nosotros no se nos ocurre hacer eso, a pesar de las dificultades no se nos ocurre. Eso es un poco el transcurrir. Cuando empiezo la Dirección del Hospital se me propone empezar a fortalecer esto de la Ley de Salud Mental y a ver la posibilidad de trabajar en los dispositivos intermedios. Dispositivos intermedios que propone la Ley serían todas aquellas estructuras de índole de salud en relación con la comunidad que permitan al usuario luego de su descompensación aguda tener la más rápida integración posible en su propio entorno social. Para eso se necesita trabajar en las comunidades para que acepten, no sólo que acepten sino que nos sirvan de herramientas para el mejor estar de la gente, de los usuarios y trabajar con la institución y los trabajadores

para evitar que la gente permanezca internada mucho tiempo y pueda empezar a aparecer a trabajar en aquellos lugares donde pueda estar recuperando funciones que haya perdido con su enfermedad. Es como aquel que se operó una pata y tiene que empezar a caminar y entonces tiene que ir a un gimnasio y caminar de a poquito porque no puede ir a su trabajo todavía, entonces tiene que ir a caminar. De esto se trata estas instituciones intermedias que se llaman casa de medio camino. Te decía que en muchos lugares y ahora después en muchos barrios siempre me pareció que es mucho más fácil reintegrar a la comunidad a una gente que lo que nos costó a nosotros integrarlo a una estructura del propio sistema de salud. La gente se banca mucho más al loco que el mismo sistema. Quizás por estructura de formación, quizás porque la gente conoce un poco más de la vida común que nosotros. Muchas veces hemos tenido gente que rehabilita mejor de vecino y de quiosquero y de la señora de la esquina que lo ve pasar y sabe cuándo anda mal y cuando anda bien. Igual era una tarea que estaba pendiente y teníamos que hacerla y fue la instalación de una casa de medio camino y nos costó mucho. Estoy hablando de un ministerio que quiso integrar un proceso de apertura en una ley sin todos recursos necesarios. Siempre nos pasó que Río Negro es de avanzada en la legislatura, en las leyes y luego cuando hay que implementarlo queda escaso de recursos entonces no teníamos lugar, no teníamos espacio. Entonces en ese momento justo se inaugura un nuevo jardín de infantes y desocupa la provincia un alquiler del jardín que estaba desocupando que era como una casa vieja que hacía de jardín de infantes. Hablamos con los dueños, los dueños no tenían problema, la teníamos que reparar y se empezaron las instalaciones para habilitar la futura casa de medio camino en un lugar bastante céntrico de Bariloche que nos pareció bien.

TE HAGO UNA PREGUNTA, ¿ERA CASA DE MEDIO CAMINO O CASA DEL INIMPUTABLE?

No, en una primera instancia, porque la Ley tiene las dos posibilidades, en este caso la idea era hacer en esa primera instancia como los dos lugares en la misma casa porque tenía una parte de planta baja y una especie de departamento, un dormitorio creo que era, dos dormitorios chiquitos que tenían una entrada paralela y que podía servir de la casa del inimputable. Inimputable eran aquellos pacientes que están, bueno, determinados por la justicia que son inimputables que sufrieron un proceso de salud mental y que no tenían que estar internados en un hospital general y podían hacer una vida en común con acompañamiento y con criterios que la justicia daba. No estábamos ni siquiera empezando a limpiar el terreno para saber qué íbamos a hacer ahí, para pintar y no sé cuánto... ya se habían enterado los vecinos, la comunidad, todo el mundo planteando cuestiones de por qué, qué íbamos a hacer ahí, y que iban a estar los locos y los violadores en esa casa. Eso nos generó las primeras complicaciones, nosotros a pesar de eso con el Ministerio seguimos avanzando en instalar la casa. Esto nos costó bastante tiempo porque hubo que recuperarla entera, pintarla, caños, ponerle una cocina económica para que se hicieran tareas de cocina porque la idea es que los paciente que tienen esas condiciones según los profesional a cargo en vez de estar doce horas en el hospital despiertos sin hacer nada o medicados a tal efecto, pudieran estar haciendo actividades de la vida diaria en un lugar, en una casa común. Donde la idea es poner una cocina, un lugar para hacer actividades artísticas, un patiecito lindo donde se podían hacer juegos al aire libre, una especie de fondo como un galpón grande para instalar un taller, para empezar a instalar talleres de distinto tipo para empezar a ver de qué manera podíamos empezar a trabajarlo. Esa primera complicación la tuvimos donde ya los vecinos empezaron a agitar a otros vecinos y al público en general para que no la pusiéramos ahí y eso nos generó bastante incon-

veniente donde nos tuvimos que pelearla con los medios, con los políticos de turno del municipio, con las ordenanzas municipales, con los vecinos mismos. Tuvimos que hacer audiencias amplias en donde explicamos a la gente de qué se trataba esto. Realmente fue bastante costoso pero a pesar de eso la idea estaba bastante decidida nosotros acompañamos esa idea del Ministerio de seguir avanzando en el tema. El propio Servicio de Salud Mental no colaboró para nada en esto, en el sentido de indicar claramente y cómo eran aquellos usuarios que tenían que ir o no ahí. Yo creo que ayudó al boicot cultural que se estaba haciendo el propio Servicio de Salud Mental. Eso nos llevó a tratar de incorporar otros pensamientos dentro del Servicio de Salud Mental y nos llevó a incorporar algunos profesionales, entre ellos Mirta, con quien yo estoy enfrente ahora, Mirta Elvira que está haciendo este trabajo, donde un poco le contamos la idea y se empezó a generar a partir de ella y de otras personas que pudimos rescatar un grupito dentro del sistema propio del Servicio de Salud Mental que tuviera otra idea y que nos ayudara a este grupo. Esto nos llevó a hacer un paso intermedio, sacar la idea de la casa del inimputable y transformarla en un taller productivo, un futuro taller productivo. Cambiarle el nombre, en vez de ponerle casa de medio camino, casa de salud mental ponerle Centro Cultural no sólo fue para mí una estrategia sanitaria, política y cultural sino también fue un acierto para mí, y evitar que sea una dependencia exclusiva del sistema a proponer hacer un centro cultural, que sea abierto a la comunidad y que sea un centro cultural que pudiera ir un usuario de salud mental o el vecino de la esquina o aquel que tuviera ganas de hacer algo. Entonces ahí se le cambió el nombre por Centro Cultural *Camino Abierto* y a pesar de todas estas complicaciones que no sólo se dieron antes. Es decir antes yo tuve dos o tres recursos de amparo que me hicieron vecinos, otros integrantes de la comunidad, recursos de amparo judiciales que tuvimos que sortear donde nosotros íbamos a ser un riesgo para la comunidad. Fueron a hablar con ese jardín que se mudaba a tres cuadras que iban a ir violadores que iban a violar a los chicos que salían de la escuela. Es decir todas situaciones que no sólo hubo que sortear mediáticamente sino también desde el punto de vista judicial. Una vez sorteados estos elementos se puso en actividad la casa y también siguió conviviendo con una primera etapa que la casa se veía como una cosa extraña. Siempre contamos la anécdota de que te sacaban fotos cuando entrabas y salías para ver qué sucedía ahí y cuando los invitaban a pasar y veían que era una casa que se dibujaba, que se cocinaba, que se tomaba unos mates, que se charlaba, vieron que eran más normales que las mismas casas nuestras.

Y ALGO EN LA CARTA ORGÁNICA QUE NO PERMITE EN ESE BARRIO (UN POCO POR LAS NOTAS PERIODÍSTICAS) QUE EN ESE BARRIO NO SE PERMITE NINGÚN CENTRO DE SALUD. En realidad en todo el ejido urbano hay una ordenanza municipal de que no se permite ninguna institución de salud. Cada sanatorio o cada lugar privado que quiera hacer un poli consultorio tiene que conseguir una excepción a la regla que sea votado por los concejales. En este caso había que hacer lo mismo que se consiguió la excepción pero también poniéndole el punto de ser un centro cultural donde tenía que tener una serie de cosas. Igual todos los otros sanatorios y cosas siempre conseguían la excepción sin ningún problema porque los vecinos no tenían problema de tener un sanatorio al lado que les tomaran la presión, el problema era tener un paciente de salud mental, un loco que supuestamente iba a violar a su hijo a la salida de la esquina. Nosotros me acuerdo que sacábamos datos y poníamos datos en la comunidad donde ocurrían los asesinatos, las violaciones y las cosas. Y los asesinatos, violaciones, robos en esta ciudad no lo hacen los pacientes de salud mental, lo hace la gente entre comillas normal, que son por ahí más peligrosos que las personas supuestamente

peligrosas para esta tarea. Así que fue una tarea que en realidad hoy la cuento como anécdota que nos costó mucho en su momento, me parece que fue una... cuerpo, sangre y libido puesto en algo que me parece que es muy valioso y que sigue siendo valioso y que sostener y avanzar no sólo por el Servicio de Salud Mental y los usuarios del Hospital que tienen hoy una oportunidad más importante para no quedar como hospitalizados que también es una patología bastante frecuente en salud mental sino para la misma comunidad en general que logre saber que la sociedad es diversa que tenemos diferentes en todos lados y que los diferentes pueden tener una enfermedad en algún momento de la vida y otras veces no y que tenemos que aprender a aceptar sino... a mí no me gusta la palabra tolerar y bancar, sino que tenemos que aceptar que la vida es así y es diferentes y todos son diferentes. Nuestros hijos son unos diferentes a otros y sabemos cómo es y a veces nos cuesta aceptar que uno es más chillón que otro y otro es más alegre que otro y bueno tenemos que aceptar que la vida es diferente y creo que eso hace bien a la sociedad. Me parece que cosas como esas le hace bien a la sociedad barilochense y como sistema de salud tenemos que trabajar en función de eso.

Y HOY, ¿VOS QUÉ ESCUCHÁS DE LOS VECINOS O DE LOS MISMOS PROFESIONALES CUANDO ESCUCHÁS HABLAR DE CAMINO ABIERTO?

Lo que pasó con esto con el tiempo me pareció, primero que costó una primera etapa. Luego al perder ese miedo y por capacidad de la gente que estuvo a cargo y operadores y se fue integrando gente de la comunidad que no tenía espacios y que buscaba espacios de diversidad cultural de ideas de capacidad de hacer cosas y fue empezando a convocar grandes cosas. Yo hace mucho que no voy pero ahí se crearon grandes movimientos, se creó murga se creó música se creó arte, se creó lugares de convivencia donde la gente pasaba y paraba a tomar unos mates y fue integrándose sectores de la comunidad muchas organizaciones no gubernamentales y gente de la comunidad abierta empezó a ver que era un lugar que iba y podía dar horas de sí para otros, de solidaridad y de voluntariado y fue un lugar en que también se empezó a pensar que además de estar en un proceso de integración, podía adquirir una capacidad para su futuro laboral, entonces se creó un grupo textil. Que empezó a hacer actividad y que a la gente empezó a enseñarle a trabajar una máquina de coser y que hoy quizás en su galponcito o en su pieza puede tener una máquina y hacer costura para poder ganarse la vida. Es decir, me parece que con las idas y venidas dio más y da más de los que se esperaba que era simplemente no tener la gente internada, que también era un problema sanitario. Además de eso yo como director me pasaba que no tenía camas y tenía diez o doce camas ocupadas con personas como Tulio que convivían, que estaban ahí simplemente porque no tenían casa y no tenían una estructura social que los contuviera y que finalmente terminaban alojados.

¿VOS QUÉ PENSÁS REALMENTE CUÁL SERÁ LA RESISTENCIA? ¿QUÉ LE PASA A LOS PROFESIONALES CON ESTO? VOS COMENTÁS QUE HAY MÁS APERTURA DE LA COMUNIDAD Y DE DIFERENTES ESPACIOS QUE DE LOS PROFESIONALES, ¿VOS QUÉ PENSÁS?

Primero pienso que hay una cuestión de poder del modelo médico hegemónico, por ponerte un término. Cuando digo médico digo profesional hegemónico, no son solamente los médicos, que me parece que todas aquellas cosas que implica perder el poder implican resistencia como tema general. Entonces en principio esto es, che, el usuario va a trabajar con una costurera y va a trabajar con una pintora y no va a ser dependiente de tu medicación y de tu decisión sobre la vida. A mí me parece que eso es quizás uno de los orígenes. Y por otro lado una cuestión particular me parece de

acá del servicio, donde es un servicio muy formado a la antigua que tampoco quería perder y ponerse a trabajar en un terreno, en un barrio que no conoce. Ir de visitante a la cancha de Boca capaz no quiere ir, le gusta jugar de local. Eso les pasa al cirujano y al clínico que no quiere salir del quirófano.

¿QUÉ MODELO RECONOCES VOS EN CAMINO ABIERTO?

No, por eso, yo reconozco que decía mirá realmente no sos tan importante vos médico, y realmente te estoy viendo que este pibe salió porque le diste bola le diste un mate, lo acompañaste, lo escuchaste cuando tocaba el tambor o no sé cuánto. O fuiste a ver la alfombra que tejía y viste que era buena. Me parece que eso es un modelo que quizás te saca del modelo hegemónico, por un lado, esto te estoy hablando porque ocurrió en salud mental y ocurre en muchas otras estructuras y eso se ve hasta el mínimo detalle. Hoy vos médico le decís tome esto, o tome esto y te preguntan ¿qué hago si no me mejoro? ¡Véngame a ver! No, a ver, bajale la fiebre, si te pasa esto podés hacer esto... darles las herramientas. A mí me parece que lo que nos pasa a todas las cuestiones hegemónicas no nos gusta compartir el poder y el conocimiento y las prácticas. Entonces en la medida... a veces lo hacemos conscientemente y a veces inconscientemente. Sobre todo conscientemente cuando siento que me están tocando y esto pasó que ese principio te daba más trabajo en un terreno que no sabías y por otro lado también, no sé cómo se dice pero quizás tengas que poner un vip, hay gente de mierda y con gente de mierda en la vida no vas a hacer nada, ni una casa, ni criar un perro ni atender un paciente y hay gente que no sirve para el sistema y no va a servir para otra cosa. Quizás puedan tener mucha capacitación y mucha formación pero quizás para otro modelo que sea menos vinculante que tenga menos orientación hacia el vínculo humano como estructura de salida y estructura de felicidad y más como una situación de beneficio personal y sosteniendo un modelo de poder. Así medio hablando un poco delirando de café sin café que no tenemos. Me parece que parece que pasa por ahí.

HAY ALGO QUE MENCIONAN LOS USUARIOS QUE TIENE QUE VER CON LA CONFIANZA ¿NO? CON LA CONFIANZA QUE HAY ENTRE LA GENTE, LA CUESTIÓN RELAJADA DE PODER HABLAR DE PODER COMPARTIR CON EL OTRO.

Tremendo, bueno, en la casa de medio camino no se permite uniforme fue una regla que ponían entonces vos entrás y tenías que sacar el guardapolvo si es que venías con guardapolvo, entonces a mí me pasaba que yo como director iba a *Camino Abierto* y realmente no me daba cuenta quien era el operador, quien era el usuario, quien era el vecino o quien era el plomero que estaba arreglando un caño y a veces para no meter la pata ni preguntaba porque no sabía si era un paciente que estaba internado y estaba arreglando o era un señor de la esquina que había venido, entonces me parece que eso tiene que ver también con eso de me saco el guardapolvo me bajo un poco del caballo, también eso permite esto de mayor posibilidad de empatía y mayor posibilidad de contarle yo a otro que te pasa, y cómo solucionarlo. Igual estamos dentro de una cuestión compleja como son las enfermedades mentales que tiene que ver con una sociedad más o menos enferma que tiene que ver con mayores y menores desigualdades. En principio también tiene que ver con eso, en saber que el problema es un problema social, que tiene que ver con tener una sociedad más justa, más igualitaria con oportunidades para todos y de esa manera con menores diferencias podamos llegar a tener más soluciones. No con medicación tanto con estructuras específicas. Estructuras específicas son los recursos que tienen en sociedades que son injustas que han puesto a determinada gente, locos, enfermos, en lugares más débiles que

tenemos que resolverlo. Ojalá en algún momento la sociedad no tenga que tener estas estructuras y que sea la sociedad misma la que sepa resolverlo como son en los barrios que te decía yo antes. Yo vivía en un barrio donde me venía a decir el almacenero de la esquina me decía ahí pasó Rómulo y no lo veo bien me decía, doctor, ¿le puede echar una visita? Se estaba descompensando y me avisaba mucho antes que un operador o que un psicólogo. Entonces, me parece que eso es lo...

TAMBIÉN TIENE QUE VER CON LA IDEOLOGÍA Y DE TU FORMACIÓN.

Sí más vale que tiene que ver con la ideología, estoy de acuerdo, ahora, la ideología sola no alcanza, me parece que la ideología se consolida cuando lo vivís y tuviste la oportunidad de perderle miedo al loco porque lo viviste y tuviste la oportunidad de hablar con un usuario de salud mental y sabés que podía hablar de igual a igual y que no tenías que tratarlo como loco. Entonces me parece que está bien la ideología a nosotros nos ayuda nos ha ayudado y puede ayudar a que sucedieran algunas cosas pero no termina, no termina, hay gente que no tiene ideología, tiene solamente el almacenero de la esquina que no se si tiene ideología formativa y leyó escritores.

NO ME REFERÍA A LA FORMACIÓN.

Sí pero también ayuda me parece que ayuda si uno se formó y tendiendo a una salud más justa más igualitaria, y leíste, te puede dar herramientas. Pero me parece que no es sólo eso.

HABLASTE DE HERRAMIENTAS. ¿CUÁLES ERAN LAS HERRAMIENTAS O LOS OBSTÁCULOS CON LOS QUE VOS TE ENCONTRASTE EN ESE MOMENTO? SALUD, TENGO ENTENDIDO QUE PAGA EL ALQUILER DEL LUGAR ALGUNOS PROFESIONALES, LOS OPERADORES, PSICÓLOGO, COORDINADOS, LOS SERVICIOS ¿SÍ? ¿Y CÓMO SE TERMINA DE ARMAR TODO ESO, QUÉ OBSTÁCULOS ENCONTRARON EN ESE MOMENTO?

En realidad al principio era todo obstáculo, desde el chofer que no quería cargar a los pacientes en la ambulancia, los usuarios, desde la cocinera que no quería cocinarle para la casa de medio camino, porque la cocina no andaba todavía y hasta poder producir su propia comida. Hasta cómo se lo trasladaba. Al principio era todo obstáculo, porque todo era difícil, raro, un trabajo más. Al principio era todo obstáculo.

Creo que hubo mucha firmeza en el equipo de conducción y en los jefes de departamento de sostener eso. Firmeza y bancar a unos cuantos que le decíamos que había que seguir y que había que agachar la cabeza y seguir. Porque si no era bastante complicado. Se deben seguir dando el boicot y las cosas porque la gente no cambia con una experiencia nomás. Nos sirvió ir buscando la gente adecuada en cada momento y en cada lugar, entonces, de mantenimiento teníamos a uno que sabíamos que era más piola en este aspecto en la convivencia con un usuario. Lo mismo en las distintas áreas, desde la medicación... además circunstancias ocurrían miles. Había que estar muy atentos, muy atentos porque estábamos muy mirados. Entonces eh... realmente no tengo en la memoria alguna... las situaciones que teníamos en contra decíamos y bueno no se puede hacer y listo. Me acuerdo cuando empezaste vos con el tema de "te paso el trapo" y habilitamos una cochera para que guardaran los coches los médicos, los trabajadores del hospital y finalmente no iba nadie a estacionar cuando no había lugares para estacionar. Y porque era el mismo servicio que decía, que le metía miedo a los médicos cuando estaban estacionando el auto del que el loco le podía romper el auto. Entonces no hubo posibilidad de hacer un emprendimiento de trabajo en ese sentido por el mismo boicot. Entonces en realidad siempre creo que lo que tuvimos que hacer y lo que seguimos haciendo es juntar masa crítica de los

que piensan más o menos parecido espalda con espalda y avanzar. Y me parece que eso fue. Juntando masa crítica en diversos sectores de enfermería, contratamos operadores de salud mental desde cero los formamos, los evaluamos. Los vimos cómo iban funcionando, no es una cuestión que me parece que es fácil y después con el tiempo el dispositivo, el centro cultural ya adquirió vida propia y ya hasta mucha gente ni sabe que es de salud, la gente que va a allá y hace actividades no sabe que es un centro de salud me parece re válido eso, re válido. A veces yo lo quiero imitar con los centros de salud. Frutillar hoy está siendo más o menos eso ya la gente habla del Frutillar y no del centro de salud, como si fuera una cosa propia, que tiene vida propia y me parece re válido eso, re válido porque además en la medida que nosotros nos integremos a la comunidad que estamos cerca y mientras más cerca estemos del problema, más cerca podemos estar de una solución más adecuada.

PARA MÍ PERFECTO TODO LO QUE DIJISTE, HICISTE UN RESUMEN BASTANTE...
Hace muchos años, Mirta, muchas cosas seguro que pasaron, pero en realidad...

HAY MUCHÍSIMAS ANÉCDOTAS PERO LO SUSTANCIAL ESTÁ QUE FUE ESA CONFRONTACIÓN DE MODELO. ERA PROPONER UN MODELO NO SÓLO MÉDICO O DE SALUD MENTAL SINO UN MODELO DE VIDA.

Sí, sí, sí, me parece que pasa por ahí.

DE HECHO VOS DEBÉS RECORDAR QUE LA VECINA QUE ENCABEZÓ LA JUNTADA DE LAS 1.400 FIRMAS, ES UNA DE LAS MUJERES QUE HOY...
Hoy es usuaria del centro

UNA ÚLTIMA PREGUNTA, VOS A VECES DECÍS USUARIOS, A VECES DECÍS PACIENTE. ¿QUÉ DIFERENCIA?
No me gusta ninguna de las dos.

CLARO POR ESO LAS ALTERNÁS.

En realidad yo hoy le digo vecino, porque en un momento determinado nos plantearon que no teníamos que decir más paciente que era un modelo muy hegemónico. Que el paciente es el que espera, el que tiene que aguantar y después se empezó a hablar de cliente, yo estuve también en los 2000 donde se empezó a hablar de cliente. Después se empezó a hablar de usuario porque me parece que es muy acotado el término porque usuario es el que usa un servicio y en realidad me parece que no tiene que quedarse ahí.

ESTÁ LA PARTICIPACIÓN ¿NO?

Claro, tiene que ver con otras cosas, puede ser que la gente pueda no tener que usar un servicio para ser partícipe de una cuestión, de una idea y de un modelo. Hay gente, yo tengo acá en el Frutillar un montón de gente, gracias a la comunicación, a las redes y no sé cuánto que la gente se siente re integrada cuando pasa algo dice ¿qué pasa? cuando pasa algo y viene que en la perra vida ni ha ido a un centro de salud capaz porque no se atiende capaz porque tiene otra cobertura social y viene y dice qué podemos hacer. Y no es un usuario porque no lo usa. Me parece que simplemente hoy es una cuestión de derechos y me parece que la persona que solicita tiene un derecho a la salud y a la salud lo más justa que pueda dar esa sociedad. Tiene que ser una persona con solicitud de derechos y ofrecerle derechos para su vida en este caso de derecho a la salud. Pero lo digo porque yo vengo de treinta años de ejercicio con

diferentes modalidad de formación entonces se me quedan pegados los... Ojo tampoco creo que es una cuestión semántica me parece que tiene que ver con la actitud. Yo puedo hablar de usuario de derechohabiente y mantener un modelo hegemónico. Yo puedo decir mis pacientitos y ser realmente re proactivo en la acción de derechos. Yo conozco médico formados en lo antiguo y yo hablo con los pacientes y mueren por el doctor, mueren porque saben que cuando lo necesitan va a estar.

SIMPLEMENTE TE LO PREGUNTABA PORQUE ESTA CUESTIÓN DE USUARIOS-PACIENTES APARECE EN TODAS LAS ENTREVISTAS.

A mí me parece que no está demás lo semántico y es un valor más a trabajar, me parece que es importante y un valor más. Sobre todo en una estructura compleja, instituciones complejas como es un hospital. El hospital es importante cambiar semánticas es importante como hechos culturales. Te voy a decir un ejemplo, nosotros cambiamos centro periféricos por centros de salud y nos pareció muy importante y estuvimos luchando diez años para que la gente no diga centro periférico. Porque periférico era lo que estaba afuera que no era el hospital. Nosotros somos centro de salud del hospital, nos costó diez años meter en la cabeza que no éramos periféricos y quizá puede haber gente que pueda decir centro de salud y te ve como periférico pero tienen que decir centro de salud.

ES COMO EN CAMINO ABIERTO QUE LE DICEN EL CULTURAL.
El Cultural, perfecto, el Cultural.

BUENO, FELIPE, MUCHAS GRACIAS.
Bueno, Mirta.

9i. DIANA JEREZ

Trabajo en la provincia de Río Negro desde el año 1988 en el área de Viedma, Río Negro, y fui parte integrante del proceso de la desmanicomialización antes de la Ley. Mi cargo es médica psiquiatra infantojuvenil, fui muchos años jefa del servicio del Zatti, hospital general. En esta provincia había un solo hospital que era monovalente, se estaba haciendo todo un proceso de desinstitucionalización. Mi formación fue muy ecléctica en el sentido, yo vengo trabajando en el área de salud hace más de cuarenta y tres años. Antes de ser médica he sido instrumentadora universitaria y he trabajado en esa área varios años, soy enfermera universitaria y luego obtuve el título de médica. O sea que mi área de participación en el ámbito profesional fue residencia, jefatura de residencia. La hice en un hospital monovalente, conozco lo que es un hospital monovalente. El Hospital Tobar García en el área de niños y adolescentes. Llegué a la provincia justamente con la opción de buscar un ámbito de trabajo que tuviera que ver con la ideología que yo ya previamente traía una fuerte situación de crítica al hospital monovalente en sus instancia por un conocimiento previo de trabajar catorce años. El venir a la desmanicomialización, me permitió desarrollar profesionalmente después de mi jefatura como jefa de residentes en Buenos Aires, buscar este parámetro y siempre repito lo mismo, vine acá porque había una decisión política que la transformación se realizara. Yo venía de participar en otras experiencias en Buenos Aires, he tratado de transformar las estructuras y en ese momento era del orden de lo imposible. Lo único que yo pedía era que hubiera una decisión política además un política gubernamental y sanitaria fundamentalmente. Esto garantiza que pudiera venir a desarrollar el proyecto de desmanicomialización desde su comienzo. Aún no estaba la Ley, soy previa a la Ley, a su construcción. Ya se pensaba el orde-

namiento jurídico que esto entramos el amparo para que esto no fuera una experiencia de las tantas pilotos que pasaban y se caían con los avatares sino que estuviera instituido. Para mí esto era básico y fundamental, es una de las cosas que cuando entro puse como condición al jefe de departamento que era doctor Hugo Cohen, el jefe del servicio. También me parecía interesante que en ese momento en la provincia había carrera hospitalaria, porque yo iba a interrumpir mi carrera hospitalaria porque yo era de planta en el Tobar García, y planteaba una nueva mirada de cómo era el trabajo, y sentí que era real, que podía aportar toda una mirada interinstitucional que tenía por mi formación en el área de educación, en el área de familia, con el área de poder trabajar con los chicos en la comunidad, que era diferente a la formación que se daba tan monolíticamente en las residencias de Capital Federal. Creo que esto fue lo que permitió tener una mirada de que la desmanicomialización que esto era factible y posible. Porque soy tan antigua que pude ver experiencias que fueron previas a la dictadura militar. Pude observar y participar como concurrente, alumna en el hospital ferroviario que tenía un servicio de salud mental abierto en ese momento, y pude ver que podía plantearse otra forma de abordaje donde se prioriza al individuo realmente como sujeto de derecho, que lo era, y volver a construir esto. Con la apertura democrática esto mucho más abierto para permitirse realizar lo que eran estas experiencias en su momento, nosotros le llamábamos clandestinas que estaban fuera del sistema del hospital. Creo que teníamos una percepción muy clara de lo que era el trabajo comunitario, en redes, con las instituciones, el poder participar y que todo el mundo se apropie de la situación de la persona que además con una convicción total de lo que es el sufrimiento mental. Porque al tener que estar tantas horas de mi vida durante mi formación a cargo de niños y adolescentes con trastornos mentales severos, uno empieza a darse cuenta y vivenciar con el otro la subjetividad de lo que es realmente el dolor y de lo que se produce en el desapego que es monstruoso respecto al poder salir de tu contexto, salir de tu familia estar internado. Venía con un montón de experiencias bastante traumáticas respecto a esto de dejar los niños en una institución monovalente y que los padres no lo pudieran ver por treinta días. Eran situaciones absolutamente absurdas e ilógicas, nos conllevaban en una creencia y esta cosa dogmática respecto a cómo era el tema del control. Creo que la desmanicomialización en esto nos empezó a replantear y poder mirar algo que no teníamos prospectos en el país, eran todas experiencias aisladas que se habían hecho fundamentalmente con adultos. En el hospital Lanús, con Goldemberg, hubo como cierta apertura que todo eso cae, todo el proceso militar se vuelve a cerrar. Yo siempre cuento que estas experiencias que no me podía sentar a comer con tres profesionales en una misma mesa porque estaba prohibido. Más de tres no... ¡Ya era un grupo! Entonces desaparece toda una mirada contextualizada de lo que es un ser social incluido a aferrarse en técnicas y en teorías que dan cuenta básicamente, únicamente de la subjetividad del sujeto y sin ninguna situación de mirada de contexto. De la socialización fundamentalmente. Creo que lo que nos planteamos en su momento en la desmanicomialización era el desafío de que esto se podía hacer, de que realmente esto ya se venía realizando, esto empezó en el 84, yo llegué en el 88. Ya se había hecho un recorrido de lo que era realmente la salud mental comunitaria. Esto se va desarrollando, evidentemente trabajar en un hospital general es algo realmente muy loable, muy básico y que era una pelea que había que dar dentro del hospital para permanecer. Algunas personas me dijeron que estaba re loca si creía que iba a poder con una estructura sanitaria que era un paradigma inabordable. Nosotros demostramos en todos estos años que sí se puede, que se convive con esta situación. Porque además era mostrarle a los colegas inclusive de otras especialidades inclusive, que ya

habían atendido y que además constaba en la historia clínica. Lo que ellos hacían no los mandaban a Allen pero muchas veces hacía puerta giratoria y los mandaban al hospital de Carmen de Patagones que es a veinte cuadras de acá, se cruza el puente y ya está. El poder volver a dar respuesta en una estructura interna con modificaciones, la primera desmanicomialización es la cabeza de uno. Como técnico y como profesional es la primera responsabilidad que uno tiene en este proceso, una responsabilidad ética. Y cuando uno hace un contrato ético con el otro no lo hace únicamente con una institución, lo hace con todos los prestadores a quien vos estás dando un servicio, es así. Uno es el que otorga y la demanda se genera según lo que ofrece el servicio. En esta ecuación es donde uno tiene que tener la cabeza permanente abierta a la necesidad del otro y no a la necesidad de la institución. Parece una verdad tan sencilla pero es una construcción cotidiana contra nuestros propios métodos y hay que deconstruir las cosas que te enseñaron en la academia para utilizarlas realmente con el objetivo que se debe lograr. Porque en función de lo que dice la ciencia se puede cometer atrocidades, entonces siempre con un respeto por el otro en su contexto y en su historia.

ERAN MUCHOS CON ESTA SINTONÍA, ¿NO?

Éramos bastantes porque además creo que tampoco que vos te acercás y te comprometiste con un proceso como este. Tenías que tener una comunión con líneas teóricas y tenías que tener varias técnicas. Si vos tenías una sola técnica, al trabajar interdisciplinariamente a igualdad de paridad en la construcción de un equipo ahí vos podes tener una mirada transdisciplinaria o llamala como te guste porque esto de la modernidad viene cambiando. Pero la realidad es que poder cotejar con otro y poder establecer que nada es dogmático ni lo debe ser, porque la realidad no lo es, porque la vida no es dogmática. Si la realidad mía como profesional no es dogmática menos la vida del otro que tiene que sobrevivir todos los días a esta absurda realidad que es vivir. Entonces uno planteaba que había varias gentes con los que teníamos coincidencias con otra gente que estaba y que había trabajado muchos años en el modelo y para poder romper un modelo hay que conocerlo y haberlo padecido, si no es bastante difícil queda en una abstracción teórica. Empezamos a trabajar con los compañeros, hacia adentro de cada uno y hacia afuera con el otro. Para que esto se vuelque realmente en lo que se necesita. Se basaban en todos los mitos, en ese momento era la peligrosidad, ¡era una locura! Yo venía de familia de abogados que son gente que han sido jueces y yo decía cómo puede ser que yo tenga una pena perpetua que pueda firmar algo cuando otro que tiene la potestad de juez no lo puede hacer porque no se lo permite la constitución. Hay algo que acá está mal. Tiene que ver con esto de la mirada jurídica de la persona a un estatus donde yo he discutido con varios jueces. Yo te mando al Borda te dejo porque soy juez de la provincia. Es el abuso de poder de la justicia que es sumamente peligroso.

¿VOS ESTUVISTE CUANDO SE ESCRIBIÓ LA LEY?

Participamos todos porque cada uno de los artículos de la Ley fue consensuado con todos los equipos, no es que alguien ideó una ley. Alguien le dio el formato, Hugo la llevó adelante, la construyó junto con otros, con asesores jurídicos, con gente del Valle, con constitucionalistas con jueces penales. Y entramos a trabajar cada uno de los artículos de la Ley en función de lo que teníamos también de derecho. Porque por ejemplo cuando se hace la Ley acá ni existía un juzgado de familia. Nosotros con los pacientes cuando teníamos que trabajar con lo jurídico trabajamos con los jueces en lo civil y comercial. Y teníamos una asesora de menores con la ideología de ese mo-

mento, proteccionista, que además trabajamos con ella pero después no definía ella. Cuando uno viene de otro sistema, allá en Buenos Aires existían juzgados de familia, existían una serie de cuestiones de estructura jurídica, acá en ese momento fue muy posteriori la creación del área de familia. Esto nos implicaba trabajar uno a uno con los jueces, nuestro lema era por uno y por los cien que viene atrás, en cuanto a garantía de derecho, del paciente, de la persona.

SE LLAMABAN LA ARMADA BRANCALEONE.

Sí nos llamábamos la Armada Brancaleone. Íbamos con todos los recursos, porque además era una construcción permanente y además de construir en una sociedad pequeña con toda la estigmatización que tenía el loco, la peligrosidad, el discapacitado mental, el débil mental que tenía un retraso madurativo había que rescatarlo de la piecita del fondo, trabajar con la familia, darles garantías. Nos llamábamos la armada Brancaleone por eso.

CUANDO VOS LLEGASTE FUISTE TRABAJADORA DEL ZATTI Y LUEGO JEFA, ¿QUÉ PASÓ DESPUÉS?

Hasta el 2007 como jefa del servicio. Una de la base era nuestro objetivo final que era la inclusión de esa persona. Por lo tanto que no estuviera internado en períodos prolongados y si era así llamábamos a la familia para que pudiera aprender durante la internación qué le estaba pasando al otro, que no era una cosa dirigida contra él, qué le estaba pasando, por qué tenía esa crisis, qué tipo de crisis, cuánto tiempo más o menos podía llegar a durar, que esto iba a bajar. Llegamos a tener una internación promedio de cinco días y no era que se iba descompensados lo que teníamos como ayuda en ese momento es que disponíamos de un grupo de profesionales full time que estaban desde las ocho a las diecisiete horas trabajando permanentemente con la cuestión comunitaria, con el paciente que estaba internado, luego te quedabas con guardias pasivas. Todo el mundo decía ¿cómo hacen de todo? sí, no estaba separado que vos ibas a trabajar en un lugar. Nosotros hasta que logramos tener las estructuras intermedias que es lo fundamental y lo más difícil de sostener, porque hay un cambio paradigmático que es el cambio paradigmático de la representación del hospital versus la representación de los centros comunitarios versus la representación de una estructura nueva. Hasta que llegaron los años 90 y tener estructuras intermedias aumentaba jerarquizaba a los hospitales, es el puntaje en los hospitales. Toda esa lucha que fue armar esas estructuras fue sobre los hombros de los trabajadores de la salud mental. Yo creo que hubo elementos paradigmáticos en la desmanicomialización, la incorporación del operador que nos trajo el sentido común esto es básico. Aquella persona que conocía el territorio, provenía del territorio con representación adentro, el trabajo con la familia, el reconocimiento. Esto nos permitía en una estrategia, tomar todos los ámbitos. El mismo equipo que tomaba el caso el responsable era el servicio no una persona. Si no hubiera sido por la operadora Betty Farías que me abría las puertas de todos lados, yo no soy nacida en Viedma, ella tenía una trayectoria que poca gente tenía. Ella podía entrar hasta en la casa del gobernador. Era enfermera y la primera que tenía el reconocimiento, la empatía de la gente para poder entrar.

¿VOS ERAS JEFA DEL SERVICIO?

Sí me nombran aunque no quería ser jefa, fui a los tres años de llegar. En ese momento lo nombramos con los profesionales del servicio y luego la dirección daba el voto de aval.

¿Y CUÁNDO PASASTE A LA DIRECCIÓN?

A fines del 2008 con Cristina a Uria, nunca había aspirado a ese cargo y paso a explicar por qué. Siempre las direcciones tienen muchas ventajas pero terminan sumidas al cambio político. La jefatura de departamento es un cargo permanente en el Ministerio, que era lo que teníamos hasta ese momento. Las coordinaciones dependían del ministro, el ministro decidía el coordinador. Hasta ahora los jefes eran consensuados por todos los compañeros, si quedamos pegados en esta cuestión política esto puede ser un retroceso en el proceso de desmanicomialización cuando cambia el ministro o cambia el color político. Nosotros siempre dijimos que le dimos de comer a todos los partidos políticos, hicimos un trabajo para que saliera la Ley con todos los partidos políticos, pero no queríamos quedar atados a la toma de decisión. Cuando un compañero toma la Dirección trajo sus ventajas y sus desventajas, vos nos compulsás a que mañana viene alguien con una ideología totalmente diferente, te pongo un ejemplo actual, alguien que pasa a la Neurociencia... y tiene todo el poder. Lo charlamos entre todos, cuando venga un ministro tendrá que seguir los lineamientos del proyecto, no es nuestro, es un proyecto provincial. Son treinta y cinco hospitales donde hay Servicio de Salud Mental. Cuando yo tomo la Dirección tratamos de ver si esta medida que había sido política en su momento la podíamos transformar con coordinadores zonales. Poner una coordinación de salud mental colegiada, la cabeza la pone el ministro pero había compañeros. Esto salió en una asamblea nuestra. Hicimos una reunión en la línea sur y dijimos hay un nuevo período y en ese momento de esa asamblea sale una asamblea colegiada porque Bariloche está a más de mil kilómetros y así otros lugares. En una provincia tan vasta, el poder sumar, el poder pensar estrategias conjuntas. Había que articular todo esto, la ministra aceptó una dirección de salud mental colegiada representada por zona con el mismo poder de decisión. Lo novedoso es que esas coordinaciones zonales colegiadas las sacamos por consenso de los hospitales y que tenía que ser rentada y se la presentamos a la ministro por supuesto que nos puso condiciones si no funcionaba.

Y CUANDO VOS ASUMÍS Y VES LOS DISPOSITIVOS QUE TIENE EL SERVICIO, ¿QUÉ ES LO QUE VOS EN ESE MOMENTO ESCUCHASTE?

Fue muy importante tener una coordinación colegiada en ese momento, había una coordinadora en el Bolsón, era Analía Broide, ella había estado como coordinadora provincial, después no continuó, estuvo Pepe. Creo que lo que más importante de lo que vemos de los proyectos de las estructuras intermedias y en los lugares claves y estratégicos de la provincia porque no vamos a desconocer que hay polos que han sido mucho más resistentes al proceso de desmanicomialización que en otros lugares donde se pudo desarrollar siempre con conflicto porque es parte de este proceso. Cuando vemos el polo de resistencia en Bariloche con algo contradictorio porque había una resistencia dentro del servicio y había una dirección que apoyaba el proceso de desmanicomialización. Los hospitales de complejidad IV son los más resistentes, desde que yo estoy en la provincia múltiples resistencias, era un foco ideológico, muy elitista, con una idiosincrasia muy particular de Bariloche. Entonces cuando aparece por primera vez la posibilidad con el aval del hospital el Centro Cultural *Camino Abierto*. Al principio habían armado una pueblada. A partir de esta situación armar un centro cultural, en la provincia son casas de medio caminos que se terminan cerrando por la mirada de los profesionales nos parecía que este era un motivo para ver qué hacía con el servicio de salud mental. Fui con la secretaria de políticas públi-

cas, el servicio no aceptaban el centro. No querían el centro y ponían una resistencia directa que hasta se enfrentaron con la dirección del hospital.

¿CUÁL FUE EL FUERTE POR EL CUAL SE PUDO LLEVAR ADELANTE LA EXPERIENCIA?

Yo creo que hay que buscar las personas adecuadas para hacer determinadas experiencias y en este caso la persona que proponía este proyecto de *Camino Abierto* venía con todo un aval de experiencia, de dinámica y de trabajo que permitía apostar a una lucha. Esto es real, no todos lo pueden hacer para poder vencer la resistencia y sostenerse. Además había que sostenerlo desde la estructura. Al tener el aval de dirección de ser un centro cultural, abierto, comunitario, dándole una perspectiva mucho más cosmopolita para Bariloche que no sea una cuestión cerrada. El servicio no quería, estaban más internado que los pacientes. Es importante el momento de lucha del Hospital. No era sólo el Cultural, lo usamos como punta de lanza y lo usamos así para abrir otro tipo de mirada y de perspectiva de lo que era realmente la desmanicomialización porque lo que era el servicio de salud mental en el hospital era un servicio de psiquiatría. Y lo que más me asustaba era que los psicólogos eran más psiquiatras que los psiquiatras, porque esto era así.

¿VOS DECÍS QUE SIRVIÓ LA EXPERIENCIA DEL CULTURAL PARA TRANSFORMAR LA PRÁCTICA?

Fue muy importante para transformar la práctica y además la práctica institucional. Y merecía todo el esfuerzo y lo acordamos con los coordinadores zonales en toda la provincia.

Y A NIVEL RECURSOS, VOS COMO COORDINADORA DE ESE MOMENTO, ¿QUÉ VEÍAS? COMO PARA ANALIZAR LOS OBSTÁCULOS.

A pesar de todo este centro nació diferente a otros centros de la provincia, acá la dirección ya había contratado la casa y tenía la decisión de sostenerlo. La realidad en la provincia no hay y todavía cuesta mucho que haya insumos para las estructuras intermedias. No los hubo en Viedma, en Viedma nosotros funcionamos en una casa de medio camino que era un hogar de tránsito de varones del obispado, estuvimos peleando siete años hasta que nos dieran una casa, en un complejo habitacional. Y así fue toda la estructura, en esta había una gran diferencia, la idea ya estaba y salieron a buscar el perfil de personas que no estuvieran tan contaminadas con el servicio. Era la primera vez que salud pública pone para un alquiler.

¿VOS DECÍS QUE HAY QUE BUSCARLE LA VUELTA A LOS INSUMOS PARA SOSTENERLO?

Sí un centro comunitario cultural, porque lo cultural no generó tanta resistencia como si hubiera sido otro tipo de estructura, pero también es cierto que salud pública no paga nada de lo que necesita para el equipamiento, talleristas, empresa social. En algunas ocasiones hemos conseguido algunos programas para el coordinador, para el técnico que está ahí para mantener una empresa social.

¿EL QUE COORDINA ESTE ESPACIO TIENE QUE GESTIONAR LOS RECURSOS?

Sí porque son incompatibles con Salud. Salud no te pone un director de teatro. Eso se plasma en los artículos de la Ley pero nosotros pensábamos que por poner por ejemplo Ministerio de Trabajo, el Ministerio te iba a dar... pero no. Todo era para Salud y Salud decía, yo no doy trabajo, yo pago medicamentos. Entonces ¡llegábamos a hacer trueque! Yo le pedía una pala, te bajo los medicamentos que estoy usando porque es inversamente proporcional, más inserción, más inclusión, menos medicación. Hay

un montón de parámetros que son reales, lo hacíamos estadísticamente. Nosotros pensábamos que por estar nombrados en la ley porque lo trabajamos mucho este tema... y seguían sin ejecutar. Hay que gestionarlo y además tienen que tener disponibilidad política y económica que para los locos nunca alcanzaba.

DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA GENTE QUE VOS CONOCÍAS DE ANTES DE IR A CAMINO Y DESPUÉS. TAMBIÉN LOS CONOCISTE DURANTE Y DESPUÉS.

Lo que te puedo comentar en esto es la transformación in situ de la especificidad del tratamiento. Yo no me canso de decir, vengo de la medicina y mi profesor de Clínica, Burucúa, decía “la clínica es soberana” un médico clínico mundial, bastante particular él, y es cierto. Las transformaciones que he visto, lo que puede hacer un centro cultural como *Camino Abierto* en cuanto a la socialización, en cuanto al tratamiento del sufrimiento mental, la efectividad que tiene es superior a cualquier psicoterapia que yo haga, aun haciendo la interdisciplinaria. Me preguntarán por qué, cuál es la diferencia. Porque el nivel de socialización y el nivel de representación del Centro es de un ciudadano más. Ahí no tiene que disputar nada con nadie, puede ser él y puede construir y es su referencia de identidad, de tomar lazos que los fue perdiendo por la misma crisis o descubrir nuevas potencialidades que nunca había pensado antes que las tenía. Y eso jamás se hace detrás de un consultorio o en una práctica hospitalaria. Eso únicamente lo podés ver cuando hacés con el otro, no por el otro, con el otro. El otro empieza a descubrir que es mucho más capaz. Porque uno termina diciendo como los chicos... “sos un tonto, sos un tonto” algunos que ya aprendieron el oficio de paciente y nosotros lo que hacíamos es sacarle la paciencia de pacientes que tenían “no flaco, tenés que caminar, y yo voy a estar acá, no es que abandono la situación”. No, no. Es todo un proceso, no se acaba nunca. Cuando vos ves los cambios o cuando el otro te devuelve en la práctica de cómo ayuda su compañero para que pueda salir del mismo lugar de sufrimiento que él estuvo, eso es un trabajo psicoterapéutico que a nosotros nos puede llevar dos horas una vez por semana, técnicas grupales, pero no vas a poder organizar ni una comida. Acá no va a haber cocinera, vos sos responsable, te ayudamos con esto, te vamos a acompañar pero no vamos a hacer por vos, no nos transformamos en una gran madre, en una gran teta proveedora. Que sea abierto a la comunidad cambió la representación, el borramiento del otro que muchas veces hacemos es monstruoso, es siniestro porque lo deja sin representación al otro. Nosotros en el país tenemos bastante historia de esto de lo siniestro.

¿HAS IDO DE VISITA, HAS VISTO GENTE DE LA COMUNIDAD, HAS VISTO VECINOS?

Es una concurrencia y un uso de servicio. La gente de la comunidad de cómo recibió esto fue un antes y un después. Cuando empezaron a ver que esa gente eran personas que tenían nombre y apellido, que no eran el monstruo que se imaginaban, sus propios fantasmas de lo que es la locura. Porque yo creo que el problema que tiene la locura es el fantasma que tiene el otro, qué pasaría si yo me vuelvo loco. Ese es uno de los miedos básicos, estructurantes del sujeto, miedo al descontrol. Que termina en un descontrol total, una escucha cada cosa. La comunidad diciendo cosas terribles, una madre que está su hijo salir de prisión decir que los locos son peligrosos y su hijo entró por homicidio... y pensaba que no tenía nada que ver con la salud mental. Yo digo estas cosas me sirvieron de experiencia para poder ver. Cuando al otro se lo reconoce como un igual como una persona le da otra representación a la comunidad y al otro. El ser abierto, el no medicalizar el trabajar con la cultura, el trabajar en la socialización, en la producción de contenidos internos y de cosas materiales que podías hacer. La comunidad se encariña como se encariñan ellos con vos circula el

afecto. Yo tengo afecto cuando yo reconozco al otro. Para que surja el afecto primero lo tengo que conocer, en sus capacidades, en sus virtudes y tenés confianza que el otro te va a aportar más cosas. Porque a veces pensamos que porque estuvo en una crisis dejó de ser persona, uno piensa que perdió capacidades, pero le pasa como a todos nosotros. Yo hay cosas para las que no tengo capacidades, para planchar no tengo capacidad. He descubierto que puedo realizar cosas con otros y que es un ida y vuelta, eso seguro.

¿VOS CONSIDERAS QUE ESTE DISPOSITIVO PUEDE CUBRIR UN GRAN ESPECTRO DE LA SALUD MENTAL? ¿APUNTA A LA INTEGRALIDAD DE LA PERSONA?

Si no apunta a eso, lo otro no sirve medicalizar, psicoterapia, familia, grupo, etc. etc. todo lo hemos probado y no garantiza una inclusión social. Lo otro es puntual, nadie va a negar que la internación se necesite, no tiene diferencia con otra patología, una neumonía por ejemplo. No es lo mismo una persona con neumonía que además de la internación está bien comida, está considerada como persona, que tiene las necesidades cubiertas y un sistema de apoyo, la evolución del cuadro no es lo mismo. En esto es crisis, familia, estructuras intermedias. Para la crisis hay una montón de dispositivos, que pueden resolverse puntualmente y algunas deben ser resueltas aún con una internación. Nadie discute eso, nunca fue una discusión por eso mantenemos un estándar sobre una población de hace muchísimos años más o menos con una variante de cien casos de toda la provincia, para arriba para abajo de todas las internaciones que tenemos. Nosotros hemos llegado a una meseta, si no tenés las estructuras intermedias te quedás y es una crisis tras otra. La diferencia si a mí me preguntan entre lo que he visto en las situaciones que las crisis no son de la misma magnitud si las vuelven a tener, las pueden volver a tener como todo el mundo y tampoco son los mismo recursos que tienen para resolver las situaciones de conflicto. Esto es casuística.

ES COMO ROMINA QUE YA AVISA QUE SE ESTÁ POR DESCOMPENSAR. TE AGRADEZCO LA ENTREVISTA DIANA.

Una representa a todo el grupo humano que ha atravesado por estos procesos junto con los usuarios. Una como profesional cuenta con otros para llevar adelante las estrategias que se pueden plantear. Pueden ser divinas muchas estrategias pero son poco viables si el otro, que tiene el proceso con uno, no puede hacer escuchar su voz y sus palabras.

COMO ESA FRASE DEL MOVIMIENTO DE USUARIOS, ¿NO? NADA DE NOSOTROS SIN NOSOTROS.

9j. ADRIANA GUTIÉRREZ

Me llamo Adriana, soy contadora, fui ministra de salud entre 2004 y 2007. El 10 de diciembre del 2007 asumo como legisladora provincial hasta 2011. Los últimos meses del 2011 vuelvo para cerrar ese período como ministra. ¿Cómo se gestó este proyecto? voy a ir más atrás. Bariloche siempre fue para los ministros de salud o por lo menos para el equipo ministerial un Hospital difícil, no el único pero un Hospital difícil. Conflictivo a veces, otras veces no tan conflictivos pero con sus cuestiones muy específicas muy diferente del resto. Decíamos “los de Bariloche son una casta especial”, eso se decía muchas veces. Hay dos hospitales que visité cada sesenta días o menos. Bariloche y Cipolletti porque se estaba terminando el hospital nuevo, había resistencia a todo, nadie quería ser el director del hospital etc. Empecé a ir cada menos de sesenta días. En el caso de Bariloche el director era Norberto Delfino y me

impactó, hicimos una reunión de consejo de salud, con la cooperadora, con los responsables de los servicios. No puedo precisar el nombre de dos profesionales jóvenes del área de salud mental y me dijeron que nada era posible. Me impactó sobre todo siendo tan jóvenes. Eso fue terrible, porque todos tenían problemas pero nadie me dijo esto es imposible, con esto no se puede avanzar porque no podemos con los pacientes. El hospital de Bariloche recibía diariamente una cantidad de oficios de la justicia muy importante con respecto a los pacientes de salud mental. En el hospital viejo con esas salas que albergaban muchos pacientes vivían ahí, no había dispositivos que la Ley prevé, hasta ese momento. Se definió que uno de los abogados del Ministerio se encargara de los oficios, pero no estábamos dando respuesta. Otra cosa que pasó es que el Caina adolescente de Bariloche había definido una ubicación para la construcción y la población se había levantado y lo habían objetado y se tuvo que hacer en la otra punta. Excluíamos a los que teníamos que incluir.

¿EL CONVIVIR?

Sí, perdón, el Convivir [jóvenes en conflicto con la ley] en el Nahuel Hue. Desde el Estado excluíamos a los que teníamos que incluir, empezamos a pensar distintas alternativas. Pasó la administración de Norberto, llegó Felipe, empezamos a trabajar el tema, empezamos a nombrar otros profesionales en los centros de salud, diez agentes sanitarios con otra mirada. Fortalecer la realidad de equipo de salud. Y empezar a trabajar con los profesionales que trabajaban con los pacientes de salud mental. No fue fácil, había resistencias. Había problemas con una psiquiatra que tenía muchas diferencias con el equipo o el equipo con ella. En algún momento dijimos, no es el lugar, primero porque había pacientes que vivían ahí y no tenían que estar ahí. Empezamos a ver cuál sería el lugar, los que estaban con tratamiento ambulatorio que tuvieran un espacio donde conectarse con otros, hacer actividades. Empezamos a hablar de casas de medio camino, también pensamos en un predio del hospital porque los profesionales no querían ir a otro lado, les costaba ir a los centros de salud. Hasta vimos con los arquitectos del hospital cómo remodelar un lugar que atrás tenía la morgue, etc. Nada, todo era un no porque no se puede y con la experiencia del Convivir lo habían localizado en un lugar tan lejano, cómo hacer para no repetir la historia, y Felipe decía busquemos otro lugar. Algunos que estaban en tratamiento iban a La Llave [centro cultural del municipio] entonces dijimos pensando una cosa así pero que no sea La Llave, un espacio preparado para ellos que pudieran poner impronta en ese lugar. Felipe dijo yo tengo un proyecto que me trajeron... bueno avancemos en ese proyecto. Todos sabíamos que teníamos que hacer algo pero no es que no teníamos claro qué, el tema era dónde, cómo y con quién. El equipo de salud mental no se mostraba predispuesto a encarar un proyecto ni aún el que estábamos encarando dentro del hospital. Bueno, había que resolver estas tres preguntas que no eran fáciles.

¿Y FELIPE DIJO?

Cuando charlamos me dijo tenemos un proyecto, bueno busquemos en esto del dónde, cómo y con quien. Siempre con la mirada en el Bolsón, si ellos pudieron porque nosotros no podemos, hasta una empresa social tenían. Lo que pasa es que los profesionales del Bolsón le ponían mucho compromiso, le ponían empeño. Vos veías a los pacientes en la calle, conversabas con ellos, cada uno tenía sus actividades. Cómo una estructura que desde el punto de vista presupuestario siempre es insuficiente, pero vos también sabés que Bariloche con esa cantidad de pacientes, esa cantidad que se trata en el hospital y demás, obviamente sabes que el presupuesto es otro. En

ese momento los pacientes no eran un problema entre comillas para nosotros sino también para el Ministerio de Familia.

¿EN ALGÚN MOMENTO SE HABLÓ COMO LA CASA DE LOS INIMPUTABLES? ¿EN EL DEPARTAMENTO DE ARRIBA?

En algún momento hubo alguna conversación, porque los chicos en conflictos con la ley estaban en el exhogar Gutiérrez, pero no fue una cosa firme. Bueno hasta que se encontró la casa que era un jardín, que se estaba yendo, etc. y que hubo que hacerle reformas. Nosotros sabíamos que presupuesto había que poner porque no íbamos a encontrar ningún lugar que estuviese en condiciones para ingresar. Yo no fui a las asambleas con los vecinos, sí lo charlamos mucho con Felipe, no recuerdo por qué no fui, seguramente debía estar en por lado. Pero sí de la instancia con los vecinos, lamenté muchísimo no haber estado en ese debate en el centro administrativo. La gente adentro del hospital no estaba convencida excepto Felipe, María Marta jefa DAM. El resto miraba así como diciendo, esto va a ser otra cosa que se cae.

TU GESTIÓN COMO MINISTRA TERMINA CUANDO ARRANCA CAMINO ABIERTO.

Claro y ahí siguió Cristina Uría y yo paso a ser legisladora. Al poco tiempo también en el 2008 se crea Consejo de Niñez 2007 y asumo 2008 como presidenta del Consejo de Niñez además. Eso me hace ir con la misma frecuencia a Bariloche por los temas de niñez y adolescencia y seguimos apoyando con declaraciones de interés, sí.

SI VOS TUVIERAS EXPLICARLE A ALGUIEN QUÉ ES CAMINO ABIERTO, ¿QUÉ LE DIRÍAS?

Yo si bien soy contadora, la vida me llevó a cargos en áreas sociales, IPROSS, áreas de salud, etc. Obvio que tengo inclinación por los temas sociales. A mí me hace cosquillas la diferencia, desde otro lugar, será porque soy católica, no me preguntes por qué. Pero esta diferencia que al loco lo aparto, al discapacitado lo aparto, a este lo escondemos. Esa cosa... y cuando llegué al Ministerio que estaba Lucio Vikauska, yo propongo a Pepe, porque veía que se dedicaban a contestar amparos. Para eso están los abogados y otro técnico que ayude, otra visión. La verdad hicimos una reunión de salud mental que parece que hacía tiempo que no se hacía. Y ahí cada uno dijo su verdad y por suerte dijeron su verdad. Al no pertenecer al sistema no tenía otra opción que escuchar y recorrer hospitales, no me puedo quedar con lo que me cuenta, yo me puedo quedar con lo que me cuentan si trabajo en el registro de la propiedad o en la dirección general de rentas pero no trabajando en un área social. Hubo una reunión también que me acuerdo que fue en Maquinchao de los equipos de salud mental, que fue movilizadora para mí. Porque cada uno decía, sí está bien pero cómo lo atiendo si no tengo esto, como lo atiendo si no está lo otro, y en realidad no estaban pidiendo una terapia intensiva, una ambulancia... estaban pidiendo otras cosas. Unos pedían semillas para el invernadero. Esto me hizo reflexionar mucho, también cuando recorría los hospitales y veía “¿quién es?”, el loquito del pueblo me decían. Está ahí por años porque no tenía otro lugar. Y otra vida si es posible aun cuando tenga un problema de salud mental o que sea discapacitado. Entonces cuando me lo plantearon yo pensé, este tiene que ser el lugar. Diferente, que los contenga, pero lo diferente no por la puerta o por la ventana, sino por la atención. Si vos te dedicás al otro desde tu profesión porque estás preparado para hacerlo obviamente, que la persona si lo hacés bien se tiene que sentir mejor.

¿VOS PERCIBÍAS UN CAMBIO DE MODELO ENTRE ESE PROYECTO Y LO QUE SE ESTABA HACIENDO EN EL HOSPITAL?

Sí porque mucha gente decía hay que cambiar la Ley y yo decía hay que aplicarla. El lugar no es la ventana y la puerta, que lo necesitamos, las puertas, los ladrillos, el lugar era otro modelo de atención. Yo no entendía por qué si poníamos tan bien en palabras por qué no lo podíamos poner en la acción. Diana lo ponía tan bien en palabras por qué no en acción. Cada cosa era una frustración. Confié en Felipe porque él tiene la visión del hospital para afuera, no para adentro. Cambiar el modelo de atención. Casa del Art. 12 había en Roca y en Viedma, esto era otra cosa. Hagamos algo diferente con un desafío grande, puede pasar lo mismo la frustración de los profesionales, de los técnicos. Yo decía ¿por qué? vamos a explicar al otro lado del mundo el modelo de salud mental, lo beneficioso que era la ley y como estábamos en esta provincia, y que mostramos... Yo no dudo que todos los profesionales tiene buena formación, pero no todos están preparados desde lo personal para lo mismo, ni para atender de la misma manera porque cada uno le pone su impronta. Aquella experiencia que yo tuve aquella vez con esas dos profesionales la primera vez en Bariloche fue terrible porque empezamos desde el que nada se puede, seguíamos con los policías adentro del hospital porque además ya los trataban como delincuentes. Las vallas eran nuestras, más allá de las patologías, las fallas estaban en nosotros.

VOS CÓMO VES EL TEMA DEL PRESUPUESTO DESTINADO A LA SALUD MENTAL, EN LA LEY NACIONAL, SE HABLA DEL DIEZ POR CIENTO.

No lo veo viable, el diez por ciento yo no creo porque la demanda es infinita y los recursos son escasos.

VOS SABÉS QUE SE PUEDE EVITAR EN OTROS GASTOS SI UNO VUELCA EL PRESUPUESTO A LA SALUD MENTAL.

Sí pero el presupuesto no tiene que salir solamente de salud, tiene que haber una coordinación de acciones y políticas públicas entre los ministerios. Creo que no se invierte en prevención porque hay muchas cosas que se pueden prevenir. Ejemplo, el proyecto de ley de prevención del suicidio. Como implica presupuesto queda ahí. Fijate la mirada. Es cierto que hay que estar sentada en ese sillón y con un presupuesto tenés que cubrir todo. Hay cosas que son más de acción que de contribución presupuestaria.

¿QUÉ PENSÁS QUE SEA LO ÓPTIMO, REAL, POSIBLE? EN LA PROVINCIA SE HIZO UN ESTUDIO.

Yo creo que habría que duplicar lo que era el tres por ciento de este estudio. Ese fue el problema de la 2440, uno de los problemas. Otro es el de recursos humanos no formados acordes al proyecto. Hay proyectos que podrían haber cambiado la historia de la provincia que por esos dos temas no pudimos dar ese paso. En adicciones cero ejecución. En el presupuesto actual hay 0 ejecución en salud mental, adicciones, etc. Sólo pagan sueldos, nada más. Y hoy el presupuesto para la salud mental del total de salud es uno por ciento y pico pero además si no lo ejecutás peor. Antes de poner el número hay que poner el compromiso político de ejecutarlo. Porque de nada vale que le pongas cinco millones y no se ejecute. Ser tan taxativo en decir diez por ciento también depende de los presupuestos que tengas, va por la responsabilidad.

TE AGRADEZCO MUCHÍSIMO LA ENTREVISTA, TU MIRADA, TU GESTIÓN.

Anexo 10
TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTAS A VECINOS/AS

10a. CARMEN

En la radio van a hacer entrevistas cómo había empezado *Camino Abierto* acá. Le hicimos una nota a Jazmín de Luna que venía a este Jardín [el lugar antes era un jardín] a Jazmín no le importa la gente pobre, tiene su corazón. La invité a Jazmín acá.

¿QUÉ ES CAMINO ABIERTO?

Camino Abierto es una parte de mi cuerpo, de mi vida si no hubiese venido acá hubiese hecho cualquier cosa cuando me quiso agarrar la depresión. Gracias a *Camino Abierto* luché contra la depresión. No la dejé entrar en mí, como la veo en mi prima Adriana la depresión dejaron que entrara. La depresión es la lucha de los mismo, sin nos dejamos caer. A mí me pasaron muchas cosas.

¿QUÉ LUGAR OCUPÓ PARA VOS?

Una puerta que se abrió para vivir de vuelta. Si yo no vengo acá es un pedacito que me falta. Yiyi no sabe que ya salí de vacaciones porque ella quiere que yo esté ahí con ella... el viernes no vine porque estaba haciendo las cosas de mi nieta, cumpleaños, pero yo tengo que cumplir mis horas en el taller, si no, no salgo adelante.

PARA LA GENTE QUE NO TE CONOCE, ¿PODÉS PRESENTARTE?

María del Carmen Ruiz vivo en barrio Ñireco, mi mamá era la más mayor hace cincuenta años. Me conocen los vecino desde los tres años es un lugar muy hermoso, tranquilo, ahora un poquito más...

¿CÓMO FUERON LOS INICIOS DE CAMINO ABIERTO, CÓMO LE LLEGÓ LA INFORMACIÓN A LOS VECINOS?

La información llegó re mal, había una escuela de videntes con ellos estaba bien todo pero, cuando se enteraron que venían chicos de la cárcel, violadores, asesinos. Vamos a cerrar, el cerco más alto, acá somos gente grande. Los vecinos que le iban a asaltar su casa. Ellos no le explicaron cómo era lo que iba a venir. Cómo consiguieron esta casa.

¿QUÉ RECUERDO DE ESA ÉPOCA?

Mal porque yo estaba metida en el medio, yo era la principal de acá del barrio hasta las marchas iba yo, mi mamá me mandaba a las marchas. Todos firmamos para que no vengan, los vecinos firmamos para que no vengan. Una vecina de calle Don Bosco decía no voy a dejar que entren acá yo soy sola, dejo mi casa sola, va a venir gente re mala tenemos chicos chiquitos vos también tenés. Tu mamá tiene que decidir, hace años que está acá. Hubo marchas quemazones de rueda, nos juntamos en el club Nahuel Huapi, se gritaban unos decían sí otros no. Yo firmaba por mi mamá, Yo no conozco a nadie para decir que van a ser malas personas, lo que me llamó la atención un día cuando ya habían venido y había una murga. Los vecinos empezaron a decir uy ya vinieron lo que nosotros no queremos. Yo andaba media enferma de una pierna. A mí me habían prohibido bailar y que hiciera esas cosas. Como escuché música me llamó la atención. Había choripanes, mi nena estaba internada y yo llegué del Hospital y la dejé sola y me vine para *Camino Abierto*, estaba la murga y había baile, yo me escondí porque después de todo lo que firmamos todo esto y vengo a mirar acá me van a decir que soy una... Entonces al tiempo caí yo internada y así es como

vine a *Camino Abierto*, me dieron quince días de reposo, no le di bolilla a los médicos le doy unos días y cuando me siento bien y salgo. Toda vendada me vine a *Camino Abierto* a conocer el lugar, ahí la conocía a M, es un amor ella. Ella me tocó el corazón cuando me invitó. Da la casualidad que cuando me vio me dijo por qué llora, yo le conté, le voy a hacer una invitación yo tengo un centro allá en el barrio Ñireco, yo le digo pero está cerca de mi casa... Sí vivo por ahí cerquita, me vine toda vendada para *Camino Abierto* y dije uh si es donde yo venía a bailar folklore. Me dijo que tenía una fábrica que se llamaba Mostrando la Hilacha qué será que tenemos que ir todo rooteado, me llamó la atención y me vine. Había un taller, ya venía mi prima, yo no sabía que estaba este lugar, encontré a su hija y a una amiga que la conozco de los tres años un pedacito de historia con esa amiga crecimos en el mismo barrio, Teresa. Ya sus hijas son señoritas y nos volvimos a encontrar.

¿QUÉ ERA CAMINO ABIERTO ANTES, UNA ESCUELA?

Sí era para no videntes y había talleres de folklore y antes un jardín que vino mi hijo. En realidad era una casa de familia que venía de Buenos Aires. Después se fueron y con el tiempo había un jardín y salían los niños con tarjetitas para invitar acá al jardín. Salita 4 y 5, y hacían fiestas en el salón fondo.

¿CÓMO DESCRIBIRÍAS CAMINO ABIERTO A UNA PERSONA?

Le explico que es un lugar donde hay mucho amor, cuando uno viene se siente cariñoso, se siente que te dan amor. Ejemplo Mirta una chica nueva, la invité a una salida como siempre metí la pata porque tenía que llenar una planilla agarró tanto cariño que me dio su celular porque sintió que alguien le daba cariños, le daba amor. Ella se agarró a mí porque yo tenía algo acá adentro en *Camino*, será porque o siempre soy la loca que estoy contenta. Cuando estoy triste ya me conocen todos, pero cuando estoy contenta empiezo a gritar ehheh. Yo siento que esta es mi casa, yo viviría todo el día acá no me iría nunca.

¿Y QUÉ ACTIVIDADES HACEN ACÁ?

Yo estoy trabajando en otro lado gracias a *Camino Abierto* que me abrió las puertas estacionamiento medido a cobrar los autos, mi referencia es *Camino Abierto* antes tenía taller de Mostrando la Hilacha, cerámica, música, murga, teatro radio. Yo empecé porque me gusta contar cuentos para nenes, Yo soy una mujer grande pero adentro de mi corazón soy chica yo sé que soy grande pero yo siento eso. La murga me gusta mucho porque me gusta mucho bailar, trae paz al corazón es como si fuera la psicóloga que está hablando Yo también tengo mi psicóloga Romina cuando hablo con ella tengo paz en el corazón, porque a mí me está pasando tantas cosas ahora y de a poquito voy saliendo adelante.

¿CÓMO ES TU FAMILIA?

Tengo un hijo ya que cumplió 32 se llama Rodolfo y tengo una hija de 21 años que se llama Giselle y dos nietas hermosas tres años Maia y dos meses Ámbar Lucía y es colorada.

¿QUIÉNES PUEDEN VENIR AL CENTRO CULTURAL?

Acá puede venir cualquier persona, el que tenga tristeza, el que no tenga donde trabajar acá se le puede abrir una puerta al trabajo acá no se le niega nada a nadie, están abiertas para el que quieran venir.

¿CÓMO SE SOSTIENE ESTE LUGAR?

Tengo entendido que del HZB [Hospital Zonal Bariloche] pero no tiene ayuda así que hay personas que tienen buen corazón y nos dan una mano.

¿QUIÉNES TRABAJAN?

Psicólogos, operadores, la doctora Susana es psicóloga que nos cuidan a nosotros e igual necesitamos más operadores.

¿QUIÉN LLEVA ADELANTE LOS TALLERES?

Los profesores, pasaron muchos porque nos les han querido pagar. Necesitamos acompañantes nos gustaría que nos manden más gente acá a *Camino Abierto*, más operadores cuando vamos al gimnasio y nos tienen que llevar al gimnasio si no *Camino Abierto* queda sólo con los cocineros porque no hay operadores.

DIJISTE COCINEROS, ¿PORQUE LA GENTE COME ACÁ?

Si acá entramos a las nueve de la mañana, desayunamos, hasta las diez después talleres, después los días lunes a las doce vamos al gimnasio luego vienen todos y comemos, está Patricia que nos cocina y chicas nuevas. Después nos organizamos quién lava, quién seca los platos. Tenemos asamblea, donde nos juntamos todos con los operadores, psicólogos, que vemos cómo estamos, si estuvimos bien, se anotan las tareas, si nos respetamos entre compañero, si nos ayudamos, en la asamblea hablamos todo lo que pasa. Después hay otras reuniones.

VOS DIJISTE QUE CUALQUIER PERSONA PUEDE VENIR, NO DIFERENCIASTE SI ES VECINO, FAMILIA, USUARIO U OTROS PACIENTES.

Es para todos, tenemos un compañero del Bolsón también, a veces vienen de Buenos Aires y vienen a parar acá.

HOY COMO ES LA RELACIÓN CAMINO ABIERTO-VECINO.

Espectacular, cuando nos habían entrado a robar ellos llaman a la policía, tuvimos tres robos en un mes. Son re malos los que vienen a entrar. La vida hay que seguir adelante.

LOS VECINOS QUE ESTABAN EN CONTRA ¿QUÉ OPINAN?

Cambiaron un montón una vez me llevaron a Radio Nacional para contar que es *Camino Abierto* ahora me conocen por Carmencita de *Camino Abierto*. Yo no soy corta para hablar, hablé con mis vecinos y les dije que no eran como ellos habían pensado yo estoy ahí por culpa de ustedes yo estoy ahí. Es un taller, es una paz. Los vecinos cambiaron un montón. Cada vez que hay una fiesta ellos vienen. Incluso han escuchado que quieren cerrar y dicen ahora que están bien porque van a cerrar. Eso fue en un tiempo que no había operadores, pero *Camino* sigue.

¿QUÉ ESCUCHÁS QUE DICE LA GENTE QUE PASA POR CAMINO ABIERTO?

Yo los he encontrado en la calle y me preguntan estás en *Camino Abierto* Carmencita y sí sigue.

¿PARA VOS HAY PARTICIPACIÓN DE CAMINO ABIERTO EN LA COMUNIDAD, EN EVENTOS, FIESTAS?

Sí, hacemos teatro, fuimos a Mar del Plata, a Chapadmalal, fuimos con teatro, la radio, en la plaza afuera, haciendo una telenovela, el muchacho, el árbol de lila que fui

la chica linda. La escuela la Llave, con la murga, al Bolsón. Ahora tenemos radio y saben que *Camino Abierto* tenemos radio. Nos invitan.

¿ESCUCHASTE HABLAR DE LA DESMANICOMIALIZACIÓN?

Sí, tengo el librito, no quisiera estar en el zapato de esas personas. Escuchamos que hay hospitales que tienen a la gente atada con chaleco de fuerza, dopado dormido para que no salgan. Le ponen medicamentos, lo bueno es dejarlos en libertad y hacer un lugar como *Camino Abierto* si tienen que darle medicamento que no sea tanto, que le den deporte. Ojalá se abrieran más lugares como *Camino Abierto*, ojalá. Cuando fuimos al Bolsón hubo señores que venían del Borda y nos felicitaron por tener este lugar, me gustaría que tengan un lugar, no *Camino Abierto* porque es único.

¿QUÉ ES LA SALUD?

Estar bien, bien, bien, yo para mí la salud es estar bien de tu cabecita, tenés brazo y piernas puedes trabajar. Y bueno la cabecita de a poco se va a ir dando yo creo que se enferman porque piensan mucho y no les da más llega un momento que explota. Por eso hay chicos que entran la depresión, hay que escuchar música, leer y el cerebro está ahí en la lectura.

Y LAS RELACIONES INTERPERSONALES, ¿QUÉ ES LA CONFIANZA PARA VOS?

Y es confiar uno al otro por algo somos compañeros, si yo dejo mi celular acá sé que nadie me va a tocar.

ACÁ ENCONTRÁS CONFIANZA.

Sí en relación al amor y la amistad sí, me hice amiga de Pablo, es muy amigo mío que antes venía y se iba con su novia no nos daba bolilla ahora se queda acá. A veces discutimos pero es como los chicos estamos todo el día juntos, excelente persona, mi nieta no lo deja. Ponte firme porque la Maia te va a pasar por encima y rozamos.

ENCONTRASTE TRABAJO, AMIGOS, Y TU HIJA.

Mi hija venía cuando recién empezamos, ella hizo molde para practicar, lo hizo mejor que yo, venía a la hilacha hizo una cartera y la vendimos, viene mi nieta y ahora vienen las dos.

¿QUERÉS HABLAR DE ALGO MÁS?

Lo único que me gustaría que haya más operadores lo demás está todo perfecto.

TE AGRADEZCO MUCHÍSIMO.

10b. ARNALDO

[Comienza la entrevista muy emocionado porque *Camino Abierto* estuvo cerrado un tiempo por un problema con el gas y continuaron las actividades en un salón en la terraza del Hospital Zonal Bariloche.] Un día solo en la moto pasé por acá y vi tan extraño que me largué a llorar [llora].

¿POR QUÉ?

Porque yo en el Hospital no me hallo, voy porque tengo que acompañar a la Angie y nada más. A parte yo ya me acostumbré a venir acá y me acostumbré mucho y extraño. Aparte en el Hospital no está bien yo me siento incómodo, cuando paso así por el

Hospital veo mucha gente enferma, me cae mal a mí, muy mal. Solamente lo hago por la Angie, en ir. Acá más me entretengo cuando el profe me dice “estás preparado para ir a deporte” ¡sí! Porque yo tengo todas las cosas a cargo mío. Consiguieron el gimnasio, todo consiguieron.

¿VOS POR QUÉ VENÍS AL CULTURAL?

Yo vengo porque caí con Mimí y después me fui acostumbrando y me quedé y ya me acostumbré con todos los compañeros, tengo alguien con quien conversar. Cuando estaba con Mimí no conversaba y Mimí se me iba por ahí donde su hija, a pasear sino se quedaba a dormir y todo eso. Y me encontraba más solo que acompañado y después también cuando se me quemó mi casa fue un golpe muy grande.

¿QUIÉNES PUEDEN VENIR AL CAMINO ABIERTO?

Siempre los que vinieron antes fue mucha gente, ahora está cayendo mucha gente nueva que yo no me acuerdo todos los nombres.

¿QUÉ TIPOS DE REUNIONES SE HACEN ACÁ?

Se hace la asamblea que se dice quién va a hacer la limpieza, lavar los platos, baldear, quién va a carpintería...

¿QUÉ SERÍA LA RECUPERACIÓN?

Esto es un centro cultural para recuperarse, mucha gente se recuperó. El chico ese que estaba antes que se fue a Roca, está con su familia. Todos los que han venido acá se han recuperado bien. La salud es andar bien en la calle, conversar con cualquiera, caminar, no tomar bebida alcohol porque cae mal.

VOS ENCONTRASTE RELACIONES CONFIABLES ACÁ EN CAMINO ABIERTO

La única buena compañera que encontré es Angie, amigos encontré un montón, que jugamos al fútbol, nos divertimos, si yo tengo tiempo busco otro equipo para jugar con ellos. Ahora estoy buscando los del Frutillar para poder jugar con ellos. Yo juego en ese equipo del Frutillar y yo no voy a jugar ni para ustedes ni para ellos. Porque voy a tirar en contra de ellos y de ustedes. Hablé con el profesor y me dijo espera que falta entrenamiento para jugar con otro equipo.

¿CÓMO ERA TU VIDA ANTES DEL CULTURAL?

Yo vivía en Lago Puelo vendía huevos y vendía de acá en Bariloche para arriba, mucha gente me conoce y me lo pasaba los días que no vendía huevos cargaba las máquinas, bordeadora, motosierra y cortadora de césped. Todo eso se me quedó abajo del fuego. Perdí un auto, se me quemó entero.

¿VOS SOS USUARIO DE SALUD MENTAL O VECINO?

Las dos cosas porque no veo nada [tiene problemas de vista].

¿VOS TE ACORDÁS CUANDO LOS VECINOS SE OPONÍAN QUE SE ABRIERA CAMINO ABIERTO?

Me acuerdo que tiraban la bronca porque pensaban que iba a ser un loquero esto, después se enteraron que no, que venía gente a tratamiento nomás, que venían a buscar su medicación, a almorzar, a hacer deportes, a hacer cerámica. Antes hacíamos briquetas con harina y la salíamos a vender.

¿CUÁL ES EL TALLER QUE MÁS TE GUSTA A VOS?

Ahora se me puso un poco complicado porque me gusta carpintería y antes que nos quedemos sin gas el profesor nos cantó una canción a todos nosotros. La había escrito y nos dijo que nos iba a cantar una canción. Qué alegría para nosotros, muy bueno. Después lo dejé de ver porque tenía que acompañar a Angie porque no le conseguían acompañante. Romina la psicóloga dijo vamos a tener que apurar los trámites porque yo te veo que vos vas bajando de tener la fuerza que tenías. Caminamos mucho por todos lados, a la Angie le gusta mucho salir, tomar unos mates y salir con ella.

¿VOS QUÉ LE DIRÍAS A UNA PERSONA QUE TENGA UN PADECIMIENTO MENTAL?

Yo le diría que acerque a *Camino Abierto* que ahí se va a componer, porque es una parte del tratamiento. Yo a varios le he dicho, me acuerdo el que vendía la revista. Al margen, ¿usted estaba acá? Yo le dije vos tenés *Camino Abierto* andá que te vas a componer. Tenés que poner un granito de arena, como le digo a Angie para que ponga su voluntad ella misma y se levante.

¿A LOS VECINOS QUÉ LE PODÉS DECIR QUE ES CAMINO ABIERTO?

Yo con los vecinos converso les digo que es una parte muy buena, tratamiento muy bueno que nosotros tenemos muchos talleres, que se celebran cumpleaños, se hacen fiestas, lo que no permitimos es bebidas, sólo jugo y eso. Lo que quieren compartir lo llevan. Un vecino me permite dejar la basura y yo converso con él y me pregunta y le digo que vamos de lunes a viernes que pertenece al hospital y hacemos talleres.

MUCHAS GRACIAS ARNALDO.

10c. BEATRIZ

Mi nombre es Beatriz Martínez, vivo a la vuelta, en la calle Martín Fierro 1529 y es la casa de toda la vida de mi familia.

¿QUÉ RECUERDO TENÉS VOS DE LA APERTURA DE CAMINO ABIERTO?

Recuerdo que cuando comenzó la movida de que acá iba a estar *Camino Abierto* la gente del barrio tuvo mucha resistencia porque pensaban que los locos, como decían ellos, iban a estar golpeándole las puertas y la verdad que lo tomaron con un poco de miedo hasta que se les fue explicando por lo menos a mi familia, que consistía en dos tíos de más de ochenta años y mi mamá que también tenía ochenta años y bueno les fui explicando que no era que la gente iba a andar golpeando puertas sino que era un lugar que iba a haber muchas actividades orientadas a la gente de salud mental.

¿Y LO ENTENDIERON? ¿CÓMO LO TOMARON?

Al principio tenían un poco de miedo. La primera que lo entendió bien fue mi mamá y a su vez ella pudo transmitirle a la gente del barrio.

¿Y VOS POR QUÉ LO ENTENDÍAS, POR QUÉ VOS LO DAS POR SENTADO?

Trabajo en salud y sé lo que es un paciente de salud mental y aparte conocía las actividades que hacía en el hospital con los pacientes con patologías psiquiátricas.

¿Y ESTE LUGAR? ¿QUÉ SE DECÍA ENTRE LOS VECINOS QUÉ ERA ESTE LUGAR QUE SE IBA ABRIR?

Lo que pasa es que acá había funcionado hacía muchísimos años un jardín de infantes que era el jardín N° 3 entonces bueno siempre este lugar había estado rodeado de

niños y de actividades de niños que venían desde la mañana hasta la tarde. Por eso cuando se publicó que acá en el barrio iba a funcionar esto hubo mucha resistencia.

¿QUÉ HICIERON LOS VECINOS?

Y muchos vecinos se juntaron empezaron a venir casa por casa y a decir no a la casita de medio camino.

¿HUBO UNA ASAMBLEA? ¿RECORDÁS ALGO?

De lo que yo recuerdo venían casa por casa primero como para juntar firmas y después...

¿QUIÉNES ERAN LOS QUE IBAN CASA POR CASA?

No recuerdo bien los vecinos pero no eran de los más allegados, porque tanto mi casa como la casa de mis tíos lindan con el jardín pero eran vecinos de la cuadra o vecinos que vivían del Ñireco un poco más abajo.

CUANDO DECÍS DEL JARDÍN ¿DECÍS DE ESTE LUGAR DEL CENTRO CULTURAL?

Claro del centro cultural Misiones 33 creo, ¿no?

75.

Buscaban firmas para que esto no se abriera porque la gente tenía temores, desconocimientos de abrir la casita y qué gente iba a rodear el barrio.

¿VOS TE ACORDÁS ALGO DE ESA ASAMBLEA?

Yo recuerdo solamente de una asamblea que se hizo en el club Nahuel Huapi también creo que estaba los directivos del Nahuel Huapi que fueron los que ofrecieron el bar y vecinos que yo los conozco del barrio pero no sé los nombres y bueno todo el tiempo que para que esto no se hiciera, y particularmente yo me opuse porque esto debía abrirse porque para mí no generaba ningún tipo de miedo, debe ser porque trabajo en salud y después empezaron a entender sé que hubo otras reuniones pero evidentemente a mí no me invitaron.

¿Y VOS QUE ESCUCHASTE DE LOS VECINOS CUANDO SE ABRIÓ CAMINO ABIERTO?

No pasó nada la gente después empezó a convencerse de que esto era un lugar cultural y que los pacientes de salud mental que transitan por el barrio no le hacían mal a nadie y al contrario los saludan. Ahora yo veo que los saludan.

¿VOS SABES QUIENES VIENEN AL CULTURAL, VIENEN SOLAMENTE USUARIOS?

Hasta donde yo sé, sí.

NO TENÉS IDEA DE SI ES UN CENTRO ABIERTO A LA COMUNIDAD.

No sí, sí sé que es un centro abierto a la comunidad yo de hecho he participado de algunos eventos que se han hecho acá. Veo la murga que es lo que más los identifica la gente del barrio ahora es con la murga.

¿CONOCES ALGÚN VECINO QUE HAYA VENIDO A LOS TALLERES?

Al principio cuando se hizo los primeros años en los festejos de los aniversarios la gente se acercaba, después no sé.

¿CONOCÉS VECINOS QUE VENGAN A TALLERES?

No, en los primeros años me acuerdo que se dieron clases de corte y confección acá o que se dieron y hubo gente del barrio que sé que vino no me acuerdo el nombre de la señora incluso mi mamá pensó en un momento en venir también.

Y CONCRETAMENTE ¿VOS QUÉ SABES DEL MODELO DE CUIDADOS Y ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN RELACIÓN A ESTE CENTRO? QUE A VOS TE LLAME LA ATENCIÓN O QUE HAYAS ESCUCHADO DE CÓMO SE TRABAJA.

No, lo que yo he visto son varias presentaciones de cosas que se trabajan acá en *Camino Abierto* que de hecho las he visto en el Hospital como teatro, la murga y sé que hay talleres no sé exactamente cuales pero sé que se da una cuestión cultural. Pero nunca vi al barrio más que en los primeros años interesados, ahora es como que la casita es parte del paisaje. Como que uno pasa por acá y sabe que adentro hay actividad pero no creo que la gente se acerque demasiado.

Y VOS BEATRIZ, ¿CONOCÉS ALGUNO DE ESTOS VECINOS QUE EN ESE MOMENTO FUERON PERSONAS MUY ACTIVAS COMO FRANCISCO HARO?

Creo que él tiene un taller y que él ha sido uno de los que ha salía juntar firmas, me parece que es el del taller de la esquina del Don Bosco.

UN POCO PARA PODER RESIGNIFICAR LA IDEA QUE ÉL TENÍA CON LA QUE PUEDE TENER HOY, POR ESO ME INTERESABA SABER DE ÉL, ALEJANDRO TERRA, JAVIER MORENO Y GIANNA.

Creo que esta mujer trabaja en la cooperativa pero no lo conozco, mi mamá los nombraba. Yo entro y salgo de mi casa.

¿A VOS QUIÉN TE PARECE QUE PUEDA SER DE LOS VECINOS QUE LES PUEDA LLEGAR A INTERESAR CÓMO PERCIBE CAMINO ABIERTO, ESTO DEL ANTES Y EL AHORA?

Acá en la cuadra los vecinos somos de saludarnos con la mano.

NO TIENEN MUCHA RELACIÓN.

Es un lugar que se juntan en los velorios. Muere uno y vamos todos a los velorios, porque es un lugar de gente muy antigua, cada vez se van muriendo más. Somos gente estable en todo el barrio y solamente la parte nueva digamos son los departamentos de este lado pero todo lo que es la cuadra de este lado está mi casa, el herrero Walter que siempre ahora viven los hijos. Después vive una maestra de toda la vida, Eliana que vive con su mamá que recién iba caminando para allá que esa señora tiene Alzheimer tiene como ochenta y cinco años y ella no es muy para tomar en cuenta pero la hija si vive ahí, ah, y después esta otra señora que se llama Irene que es la del residencial Miguel Ángel. Carmencita es del barrio. Pedro Zanardo más en el fondo, anterior hay una señora de Risso. Es un barrio longevo. Mis tíos enseguida dijeron que sí a pintar las paredes cuando se hacían las primeras fiestas de *Camino Abierto* los sentábamos en la vereda para que ellos pudieran mirar para este lado. Las fiestas a ellos les gustaban. A mi mamá le gustaba, se ponía el pin de *Camino Abierto*, todavía está colgado en mi casa el pin de *Camino Abierto*.

YO ME ACUERDO DE TU MAMÁ SENTADA EN EL MEDIO DE LA FIESTA.

Yo creo que como se planteó, los pacientes psiquiátricos van a tener un lugar, yo creo que tenía miedo la gente, los veían como eso, qué nos van a hacer. En serio tenían miedo y yo les decía pero tía no te van a hacer nada. Viste que ellos siempre estaban en la ventana y miraban, hasta que después pasó, eran parte del paisaje. Los

que los vecinos no saben que los vecinos mismo son usuarios de salud mental hay mucha gente que puede tener un problema y es tu vecino.

VOS PERTENECES DENTRO DEL HOSPITAL A UN NÚCLEO MÁS DURO, SOS DE CLÍNICA MÉDICA, DURO EN EL SENTIDO DE LOS TÉRMINO, VISTE QUE NOSOTROS HABLAMOS DE USUARIOS DE SALUD MENTAL DE LA PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS Y EL CLÍNICO MENCIONA MÁS LA ENFERMEDAD, LA MEDICACIÓN Y ESE TIPO DE COSAS. ¿NOTÁS QUE HAYA ALGÚN MÉDICO CON ALGUNA PREDISPOSICIÓN A LA SALUD MENTAL O ES UN TEMA QUE EN GENERAL NO INTERESA?

Yo creo que no sé si no interesa, yo creo que particularmente yo sé que la salud mental es parte de la persona y bueno puede estar alterada o no todos tenemos un estómago pero no todos tenemos una gastritis, todos tenemos un cerebro pero no todos tenemos una patología evidente. Pero creo que a la salud mental se la busca nada más que cuando el paciente tiene alguna cosa que moleste y lo mandan al psicólogo o cuando las cosas no se pueden resolver desde la clínica viene un paciente que te consulta diez veces no le encontraste nada en las diez veces, le hiciste todo los estudios, alguien que viene por un dolor de estómago una, dos, tres veces a la guardia, lo terminás internado le hacés tomografía, ecografía y no le encontrás nada y bueno ahí va al psicólogo. Son esas intervenciones en las que por ahí uno busca.

QUÉ NO APARECE DE ENTRADA EN LA PRIMERA ENTREVISTA, QUÉ LE PASA A ESTA PERSONA, SINO CUANDO YA NO SE PUDO, BUENO ALGO LE ESTÁ PASANDO.

Esa es la generalidad, yo por ahí no sé si producto de los años yo creo que el cuerpo se enferma por algo entonces siempre trato de ir un poquito más allá. La gente viene muy angustiada, muy estresada, vienen buscando alguien que los escuche, poner una mano en la espalda o darle una mano al paciente basta para que se pongan a llorar y te cuenten una historia. No todos los clínicos, de hecho el sistema también un poco te jode con esto porque cuando te ponen en la lista de consultorios te ponen pacientes cada quince minutos y yo me quejo porque si le doy quince minutos al paciente o le hago la receta o lo reviso o le hago el certificado de discapacidad... entonces cuando yo atiendo cuarenta minutos a un paciente hasta me han llamado de la dirección para decirme por qué atiendo poca gente. Si atiendo, atiendo bien, al paciente le tengo que preguntar cómo está darle la mano, abrazarlo más de uno porque por ahí está angustiado porque perdió un familiar o perdió el trabajo, todas estas situaciones de angustia por lo general en el gran porcentaje no se tienen en cuenta y no se escucha al paciente. Pero bueno yo me lo puedo permitir, me faltan cinco años para jubilarme y hago la medicina que quiero que es escuchar más y tal vez medicar menos. No porque no lo vaya a necesitar, yo a los pacientes los estudio desde el protocolo desde la guía hago todo lo que la medicina dice que hay que hacer, pero también me puedo tomar la libertad de preguntarle cómo está, qué le pasa, tiene hijos, está bien con sus hijos, o con sus padres. Pero el sistema..., una vez me llamaron para preguntarme por qué yo no daba más turnos cómo puede ser que estuviera en el consultorio con tan pocos pacientes. Cada uno merece un tiempo

¿DESDE TU SERVICIO DERIVAN GENTE A CAMINO ABIERTO?
Que yo sepa no.

¿PERO SABEN QUE ES UN DISPOSITIVO DEL HOSPITAL?

Eso sí, yo a Patricia Franco la tengo como un referente de acá y sé que funcionan acá y veo a la gente que pasa, pero me hago cargo que hace unos años que no me interiorizo que hace hoy acá adentro.

¿PERO HAS ESCUCHADO ALGUIEN QUE ESTÉ EN CONTRA HOY?

Nooo al contrario, nunca más. Yo creo que fue el desconocimiento que llevó al miedo y el miedo a generar todo esto. Porque venían a golpear la puerta y te decían nos reunimos y era una cosa! A mí me invitaron a una sola después no invitaron más.

SE JUNTARON 1.400 FIRMAS Y UN AMPARO.

¿Dónde está eso?

EN EL EXPEDIENTE. ¿QUERÉS APORTAR ALGO MÁS, DECIR ALGO MÁS AL RESPECTO?

No, yo estoy contenta con que ustedes estén acá. En verano alegran el barrio y las pintadas que hicieron y todo eso también embellece el barrio. Para mí fue bárbaro que han puesto esto.

MUCHAS SALIDAS ¿NO? SE HAN INVITADO A GENTE DEL BARRIO A TRAVÉS DE TODOS ESTOS AÑOS, EXCURSIONES CON GENTE DEL BARRIO.

Eso no lo sabía.

MUCHAS GRACIAS.

10d. MÓNICA

[Previo a la entrevista consultó por la figura del operador de salud mental y el proceso de desmanicomialización, recordó mi presentación en el congreso de medicina general. Contó una experiencia de abuelos y conocidos internados en el Borda, en la época del proceso. Dijo estar preocupada por la calidad de vida y la construcción del concepto y tener una sospecha epistemológica si es esa la categoría.]

¿QUÉ ES PARA VOS CAMINO ABIERTO?

Yo vengo del campo pedagógico disciplinalmente, no vengo de la medicina ni de la psicología y tal vez lo pienso primero como ciudadana, luego como docente de un instituto formador y habiendo tenido un primer contacto de acompañamiento el año pasado con los estudiantes

PRESENTACIÓN.

Soy Mónica Inés Delgado, soy docente formadora en el Instituto de Formación Docente de la ciudad de Bariloche hace relativamente poco tiempo, 2013, he trabajado como docente en distintas escuelas públicas de la ciudad. Mi formación de base soy maestra de escuela primaria y llego a esta formación de estudiar de insertarme en el campo de las ciencias de la educación. Bueno el año pasado a partir de una práctica en el taller dos que tiene que ver con el campo institucional en segundo año de la carrera del Profesorado de Educación Especial. Nos acercamos con un grupo de estudiantes a *Camino Abierto* fue de mi interés profesional y dentro de la carrera poder acercarlos a esta institución.

¿CÓMO SABÍAS DE CAMINO ABIERTO?

Yo hice un registro de las instituciones trabajan o tienen relación con la discapacidad y me pareció que *Camino Abierto* por ser una institución enmarcada dentro de la

salud pública del Hospital de Bariloche y conociendo un poco la población que asistía me pareció un espacio interesante y significativo para que los estudiantes pudieran acercarse, practicar, observar, la observación acotada a la intensidad que tiene ese espacio. Me contacté con Patricia en donde están las piletas del Nahuel, Ñireco pero luego los estudiantes estuvieron haciendo las prácticas en el hospital por una situación de infraestructura.

CUANDO ESTUVO CERRADO POR PROBLEMAS DE GAS.

Fue medio desordenada mi presentación... conté mi nombre pero quiero focalizarme.

NO, ME INTERESA EL RECORRIDO DE SABER CÓMO LLEGASTE A CAMINO ABIERTO.

En ese contacto con Patricia yo le comento la propuesta del taller dos, del conocimiento del campo institucional de acercarse a unidades pedagógicas que abordan la discapacidad. Si bien el profesorado tiene una orientación relacionada con la discapacidad intelectual, me parecía importante pensar en la ciudad de Bariloche, en territorio, que otros espacios desde una concepción más amplia. Ella nos aloja en la posibilidad de pensar la inserción, nos brinda un espacio, un cronograma. Iniciamos el contacto y finalmente para agosto iniciamos la inserción ingresan diecinueve estudiantes al espacio en parejas. Esa es una modalidad que fue interesante como explicitar, los estudiantes sintieron y fue una pauta desde la carrera desde mi lugar como docente pensar que ir acompañados por un otro los iba a hacer sentir más cómodos.

¿A TODOS LOS LUGARES VAN EN PAREJAS?

Suelen ir en parejas, tríos o solos. Particularmente en este espacio en pareja y Patricia acordó.

¿HABÍA ALGÚN TIPO DE PREJUICIOS? ¿LOS ESTUDIANTES HABÍAN PLANTEADO ALGO?

Algunos estudiantes preguntaban qué es *Camino Abierto*, yo también intentado dar respuesta con el poco conocimiento que tenía. Contarles las características del espacio, del funcionamiento, de la dinámica. Una de las cosas que hicieron los estudiantes es buscar información en los diarios en Internet de un encuentro para otro y encontraron mucha información en el ámbito del Hospital, de salud mental. Se encontraron muy motivados en participar, era como un desafío. Ya sabían que los siguientes años les iban a deparar las escuelas especiales y pensarse en un ámbito que no es escolar, encontrarse con otra población, con muchas preguntas, con mucha incertidumbre pero con ganas de poder materializarlas. De hecho los estudiantes que fueron a *Camino Abierto* a diferencia tal vez de otros, fueron estudiantes que desde el primer momento no dudaron que ese podía ser un espacio de aprendizaje que potencialmente podían encontrarse con aprendizaje y con cuestiones que tal vez iban a... no quiero usar esa palabra pero... como a definir si la educación especial era lo suyo, si la discapacidad era el lugar. Ellos estaban transitando el segundo año, algunos habían llegado con dudas a la carrera que esto a veces sucede. Y a veces encontrarse con experiencias altamente dinámicas, fuerte, con adultos, adultos mayores, con muchísima complejidad, era un desafío para cada uno. En ese sentido pensando que es *Camino Abierto* a partir de esa experiencia que tuve con los estudiantes. *Camino Abierto* es un espacio institucional que si bien aborda y trabaja con personas relacionadas con la salud mental a mí me quedó desde el principio y lo vibré y lo sentí todo el tiempo, un espacio cultural, un espacio donde se construye con otro, se socializa que sin ser educativo es un espacio pedagógico, hay todo el tiempo situaciones de

enseñanza y aprendizaje, es un espacio de oportunidades para muchas de esas personas. Para mí también fue una experiencia totalmente nueva, formativa, el ingresar.

¿VOS ACOMPAÑABAS ESOS MOMENTOS?

Acompañé en algunos momentos en otros me quedé las dos horas del taller no con el operador sino con el tallerista, relacionado con el proyecto de usinas. *Camino Abierto* tiene esto también que se encuentran diferentes organizaciones institucionales. Encontrarme en un lugar donde hay adultos atravesados con situaciones de vida, con diferentes experiencias de vida, con angustia, dolor. Con experiencias que no han sido positivas, ya te digo desde un lugar de total ignorancia en el campo psicológico y psiquiátrico. Sin embargo encontrar personas que encontraban en ese espacio, un espacio que los albergaba, a mí me gusta mucho esta idea de Hospitalidad de Guerrida ¿no?, qué paradójico en un hospital la hospitalidad y esto no, el sentirse acompañado, sentirse parte. Me parece que *Camino Abierto* es eso, un dispositivo que más allá de lo terapéutico como comentábamos antes, es un dispositivo que trabaja y transita la defensa de los derechos humanos desde un lugar altamente humanitario y de humanidad en esa relación que se construye con el otro, desde la amorosidad, del respeto. Y en distintas imágenes, situaciones con ellos, los concurrentes, operadores talleristas pero también con la inserción de los estudiantes al ver sus caras sus gestos. Cómo encontré justamente este motor que vehiculiza el derecho a garantizar a una persona su bienestar.

DESDE LO QUE VOS SABÉS, ¿QUIÉNES PUEDEN IR A CAMINO ABIERTO, QUÉ PERSONAS PUEDEN IR A CAMINO ABIERTO?

A mí se me ocurre que en realidad uno asocia como un espacio a veces neuropsiquiátrico y para mí no tiene absolutamente nada que ver. Para mí a *Camino Abierto* podría ir cualquier persona, ciudadano que sienta, evidentemente debe haber algún contacto con el Hospital, con salud pública seguramente para poder después ingresar al espacio pero estimo que no, que en realidad, eso por un lado sería, pero estimo que si uno como ciudadano común uno quiere acompañar a alguien que tal vez está en una situación compleja, que no se siente cómodo, que está angustiado, me parece que *Camino Abierto* es un espacio como de encuentro con situaciones que puedan albergar el bienestar.

SI UN VECINO DE LA ZONA QUISIERA TOMAR UN TALLER, PORQUE SON GRATUITOS LOS TALLERES. ¿TE HAS ENCONTRADO CON GENTE DENTRO DE CAMINO ABIERTO QUE NO SON USUARIOS?

Lo que observé es que la mayor parte de la gente que ve es gente que concurre, si hay familiares de personas que concurren a ese espacio. Nosotros ingresamos como profesora, ingresaron estudiantes.

¿TOMABAN LOS TALLERES LOS ESTUDIANTES?

Sí los estudiantes y la profesora tomaban los talleres y cantábamos, hicieron radio. No sé si es diferente cuando uno participa... Me surgen dudas con esa pregunta porque a ver se llama *Camino Abierto* estimo que es un espacio abierto a la comunidad y si es abierto a la comunidad podría ingresar cualquier persona, ciudadano que le interese participar y también acompañar y ser acompañado.

¿LO VES FACTIBLE?

Lo veo factible.

NO TE HAS TOPADO CON NINGÚN VECINO, LA POBLACIÓN QUE HAN OBSERVADO O TOMADO CONTACTO, VOS TENÉS LA CERTEZA QUE ESAS PERSONAS SON USUARIOS DE SALUD MENTAL O PODÍAN NO SER.

Vivo en Bariloche hace muchos años, algunas de las personas que participan en el espacio son personas que ubico en barrios. Ubiqué tres jóvenes en ese espacio, dos jóvenes en situación de vulnerabilidad.

ES INTERESANTE LO QUE VOS DECÍS PORQUE CUANDO YO TE PREGUNTO POR VECINOS... LOS USUARIO DE SON VECINOS TAMBIÉN.

De hecho me encontré con algún vecino de Virgen Misionera, vecinos jóvenes atravesados por otra situación. También vecinos de otros barrios, de otra localidad, de barrios más del centro del este. Lo que tiene *Camino Abierto* es mucha diversidad social y etaria. He ubicado de diferentes barrios y en actividades socioculturales de la ciudad.

VOS DECÍS QUE PUEDE IR DESDE UNA PERSONA MUY HUMILDE COMO DE OTRO BARRIO COMO MELIPAL O EL OESTE.

Y también desde un joven de veinte años y una señora de cuarenta y un hombre o mujer de sesenta pisando los setenta.

LA DIVERSIDAD.

Que tal vez en una dinámica familiar *Camino Abierto* alberga un espacio de contención de actividades para que esa persona no se quede sola o recluida en otro tipo de espacios asistenciales.

DE LO QUE VOS HAS VIVIDO O ESCUCHADO EN BARILOCHE, APROVECHO QUE DECÍS QUE HACE AÑOS QUE VIVÍS ACÁ. ¿VOS TENÉS RECUERDO DE CUANDO SE ABRIÓ ESTE CENTRO CULTURAL SI HUBO RECHAZO O NO DE LOS VECINOS?

No, recuerdo en algún momento haber escuchado en la radio, haber leído, vecinos que estaban preocupados de que se abrieran en Bariloche espacios parecidos en la mirada común a un neuropsiquiátrico. Sin embargo viviendo hace muchos años en Bariloche hay mucha gente en la calle que habla sola, que necesita ayuda y que la sociedad tal vez no tiene las herramientas y que hay una necesidad que generar dispositivos, espacios terapéuticos. Gente en situación de calle, tengo el recuerdo de ser muy chica y tal vez por mi edad me asustaba, me asustaba por el aspecto, por su forma de hablar.

¿A VOS TE PARECE QUE CAMINO ABIERTO ES EL DISPOSITIVO PARA GENTE EN SITUACIÓN DE CALLE O HAY ALGÚN OTRO EN BARILOCHE?

No lo asocio sólo a personas en situación de calle, es justamente lo que decía al principio personas que encuentren algún lugar de bienestar. Personas que no han encontrado lugares donde tal vez sean albergados, sean asistidas.

¿QUÉ TE LLAMÓ LA ATENCIÓN EN LA RELACIÓN DE LA GENTE QUE CONCORRE A CAMINO ABIERTO?

Algo que me llamó la atención, tal vez porque me llama la atención socialmente en este tiempo, es el respeto. El respeto entre ellos, personas mayores, jóvenes, las relaciones etarias entre un joven y una ser más grande y dándole lugar a ese otro joven, la intervención de los operadores y los talleristas.

¿Y EN RELACIÓN A TODO EL PERSONAL CÓMO ES?

Es una institución familiar en alguna instancia, también hay intervenciones de orden, de encuadre importante para sostener a algunas personas donde se les plantea en este momento no, acá no y la persona lo toma. Lo toma, lo recrea.

COMO QUE HAY UN ENCUADRE.

Importante de los operadores de la coordinadora, y mucha presencia, hay planificación. Hay situaciones que están pensadas previamente y se acompaña.

¿HAY UNA PLANIFICACIÓN?

Sí.

DE LA EXPERIENCIA DE LO QUE HAS ESTUDIADO, ¿QUÉ TIPO DE MODELO VES QUE HAY COMO MODELO DE SALUD MENTAL EN CAMINO ABIERTO?

Es un modelo en la complejidad del sujeto, es una perspectiva más social que médica. Me tienen que decir que hay un operador un psiquiatra.

¿POR QUÉ TE TIENEN QUE DECIR?

Porque si yo ingresara al espacio, sin conocer el espacio, tal vez si no estuviera en el ámbito hospitalario como estuve con los estudiantes, podría ser un centro cultural, una biblioteca popular podría ser un espacio como cualquier otro. Cuando a lo mejor empiezo a escuchar a las personas puedo tener algún registro, pero me parece que se establece tipos de vínculos más como un modelo social. Social y crítico porque cada uno de los operadores, la coordinadora tienen un posicionamiento crítico y abierto hacia esos sujetos al respecto.

¿A QUÉ TE REFERÍS CON CRÍTICO?

Estaba pensando lo crítico en el sentido de albergar una práctica que defienda los derechos humanos, los derechos de esos sujetos. Donde se revisan prácticas, donde se hacen preguntas, no hay cuestiones cerradas, categóricas, absolutas. Ahh... Bueno un paciente con tal discapacidad, tal diagnóstico y se cierra, sino que todo el tiempo la posibilidad de albergar la incertidumbre y la duda frente a un diagnóstico y a lo que puede pasar con ese sujeto, a lo que pueda suceder y a lo que se pueda hacer en términos de posibilidad de construir con ese otro. A veces un diagnóstico determina en algún paradigma una forma de actuar, de pensar ese sujeto, por donde va a transitar. Me parece que en *Camino Abierto* hay una suerte de creatividad todo el tiempo de ir construyendo a medida que van surgiendo distintas cuestiones. Tiene que ver con los sujetos que forman parte de ese espacio, los que eligen concurrir a ese espacio pero también con una pauta institucional, desde la coordinación en ese sentido.

¿A VOS EN TU VIDA PERSONAL TE HA APORTADO ALGO TRANSITAR POR CAMINO ABIERTO, TE HA DEJADO ALGUNA MARCA QUE QUIERAS COMENTAR?

Creo que todas las experiencias me dejan algo, me hago preguntas, particularmente la población de *Camino Abierto* que no conocía, una la conoce dispersa en la sociedad... pero toda junta... y de repente si pienso que cuestiones tal vez me permita revisar esa experiencia. Hacerme preguntas de la relación que una tiene... no quiero usar la palabra padecimiento no pero...

¡ES UNA PALABRA QUE SE USA!

Se usa, me parece que tal vez descubrir tiempos de estas personas como formas de vivir y atravesar la enfermedad y cómo poder tomar otra posición. Conocer me permite tener otros gestos en la relación, a mí y los estudiantes nos permitió abrir la cabeza en esta concepción de la discapacidad. Qué es la discapacidad, como una concepción más amplia.

INTERESANTE PODER DISCUTIR EL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD ANTES Y DESPUÉS DE ESTA EXPERIENCIA, ¿NO, COMO UN EJERCICIO?

Sí pienso en los estudiantes y en mi caso que hemos participado, en el posicionamiento, como un mayor respeto hacia esos sujetos. Como te decía cuando era chica observaba gente que me daba miedo es interesante trabajar con esos temores como que es una forma de volver y de entrar a un dispositivo que trabaja con la salud mental con un montón de preguntas. Cómo serían esas observaciones, observaciones participantes. Bueno a veces como docentes le decimos a los estudiantes en estas situaciones vos no podes, esto quiero comentarlo, me llamó la atención de este dispositivo. En alguna institución nos plantearon dentro del encuadre institucional que los estudiantes no podían intervenir en alguna situación, que tenía que quedarse observando desde afuera, sentado con muy poca participación, una observación no participante. *Camino Abierto* nos vino a dar vuelta todo esto sobre este encuadre institucional, ingresamos a un espacio donde nos tuvimos que remangar, empezamos a cantar, ser parte. Ser parte evidentemente en una observación totalmente participante el estudiante llevó el cuaderno y lo dejó de lado. Y anotó cuándo se fue, en el pasillo cuándo salió del espacio, se sentó a anotar lo que había pasado ahí adentro. Ese fue un registro como muy curioso.

¿Y NO HUBO FRENOS EN, ACÁ NO, ESTO NO?

Y no porque de parte de la institución, de la coordinación está planteado desde ese sentido. Una experiencia muy valiosa, muy curiosa y este año la vamos a recuperar en el campo.

¿USTEDES TUVIERON EN EL HOSPITAL MÁS ALLÁ DE CAMINO ABIERTO OTRA INTERVENCIÓN O PARTICIPACIÓN?

No, en algún momento la carrera estableció un contacto con el área de cuidados paliativos. Justamente ahí usinas culturales también participaba en algunos de los espacios y la idea era que un pequeño grupo de estudiantes tomara contacto pero finalmente no se concretó. En *Camino Abierto* fue un número importante de estudiantes diecinueve estudiantes de educación especial. Pero *Camino Abierto* tiene un antecedente con estudiantes de educación primaria. Yo que vengo de la educación primaria me parece una experiencia altamente significativa, no conozco el tratamiento que se le da en la carrera, pero que un estudiante que se está formando como docente pueda conocer dentro de las instituciones, las organizaciones institucionales de Bariloche, que *Camino Abierto* se ofrezca como posibilidad de conocimiento. Me parece altamente significativo en términos de aprendizaje para los estudiantes, para esos futuros docentes, como correrlos del paradigma normalizador que muchas veces atraviesa prácticas circulares aún en la escuela primaria.

¿TENÉS REGISTRO DE ESCUELA SECUNDARIA QUE HAYA PARTICIPADO?

No, en el instituto sólo tres carreras, hay inicial, primaria y especial, no hay secundaria. Va a tener.

ESCRITOS DE USUARIOS/AS DEL TALLER DE LITERATURA

Américo (22 años). *Camino Abierto*: Es un lugar adonde me gusta venir todos los días porque me divierto, a cada rato y porque en mi casa me aburro. Yo soy histórico, estoy desde que se abrió. Carpintería, dibujo, cerámica, literatura, son los talleres que hago porque hay muchos talleres.

Blanca (59 años). *Camino Abierto*: Es como un lugar, una escuela que ayuda mucho a la gente y a los pacientes del hospital. Es comunitario. Al mediodía hay almuerzo y es un alivio para la gente que no tiene plata para comer. Para nosotros... hay talleres de cerámica, yoga, literatura. También se comparte el desayuno. Hace unos meses que vengo a *Camino Abierto* para mí significa un apoyo, por la comida que nos comparten, por los talleres, la amistad que tenemos con los compañeros. Mi deseo es que esto siga, no se corte nunca, Porque nos sentimos muy cómodos, muy bien.

Emilio (58 años). *Camino Abierto*: Es un centro comunitario donde se conoce múltiples actividades de distintos talleres culturales. Allí se conocen varios artistas de música, funciona maquinando. Es importante porque estamos reunidos. Es imprescindible que se conecte el gas y que vuelva a funcionar en el barrio Ñireco.

Deseo que para el año que viene tengamos paz, tranquilidad y armonía y que nuestra actividad sea próspera y feliz para volver con más energía.

Construir un mundo mejor: es observar las cosas a la distancia de ver mirar a la vida cómo se transforma en algo positivo.

Utopía: mi deseo es poder curarme de los malos deseos. Me gustaría que todo se arregle en el mundo.

Amor: es tener en cuenta la amistad profunda sin esperar a cambio nada material y verdadero.

Empoderamiento: Es la imaginación de ser libre en la educación y en la esperanza de tener ánimo y estar despierto cada mañana que comienza.

Literatura: Sirve para expresar el sentimiento de vida. Para pensar mejor, educación de alimentación, para declarar la situación de la acción del tiempo. Es un sentimiento sagrado.

Libertad: Es poder realizar lo que uno piensa y termina en lo que el otro piensa. Sería bueno que no existan límites o sea fronteras y que salga el sol para todos.

Gastón (32 años). *Camino Abierto*: Es un centro cultural y comunitario, tratamiento donde nos dan medicamentos, también conocimos a personas y aparte los talleres que es un grupo de contención. Somos pacientes y los talleres son parte del tratamiento, tenemos música, yoga, teatro, literatura, carpintería, deportes. Camino me brinda contención, compartimos las comidas, salidas para que nos vaya bien en la vida y que no nos falte nada.

Amor: es un sentimiento que a veces no se puede explicar. Es como un lugar muy lejano pero a veces ese sentimiento que no se puede confesar, se puede demostrar.

José (43 años). Libertad: Es ser libre, es ser social y muchas cosas más, puedo ir a bailar, puedo hacer lo que se me canta, la libertad es algo hermoso que solo dios me puede dar. Me acuerdo de aquellos tiempo que estaban los militares uno no podía salir a la calle porque era muy feo estar con esa gente.

Lily (61 años). Deseo: A mí me gustaría para el año que viene tener taller de literatura para poder seguir expresándonos y que el profesor siga con nosotros. Para el año que viene propongo llevarme bien con mi familia como hasta ahora y que mi hija comprenda mi dificultad visual ya que hay cosas que ya no puedo hacer por más que lo intente. Y me gustaría seguir llevándome bien con mis compañeros como hasta ahora, sin peleas, sin discusiones, como siempre. Respetarnos y querernos.

Lucas (27 años). *Camino Abierto*: Hola soy Lucas voy a *Camino Abierto* a acompañar a mi mamá a hacer tratamiento y de paso participo en los talleres así como en la murga, música, educación física, cerámica etc. Igual que los compañeros más allá de ser paciente he entablado una total amistad por ahí con algunos compañeros después del cultural nos reunimos en alguna casa a tomar unos mates. *Camino Abierto* queda en el Ñireco pero por falta de gas nos trasladamos al Hospital que nos dio un espacio hasta cuando Camuzzi digan que podamos volver.

Marina (28 años). Mi lugar en el mundo: Mi lugar hoy es *Camino Abierto* porque es muy lindo y me permite expresarme, cantar, bailar, también mi lugar es mi familia, mis sobrinas que hacen sentir amor, cariño, orgullo. Mi lugar en el mundo es Bariloche mirar la playa, caminar, mirar el paisaje.

Norberto (48 años). *Camino Abierto*: Un lugar que me recibe porque en todos lados y en todas partes me han cerrado las puertas.

Pablo (38 años). Soy Pablo de 38 años paciente de salud mental de *Camino Abierto* un centro recreativo y terapéutico. Hay talleres como literatura que hoy estoy orgulloso de presentar mis trabajos hechos en el taller, como el del día de la mujer, lo especiales que son etc. La violencia de género: otra parte del maltrato a una madre que nos da la vida y muchas cosas más, que tienen que leerla muy atentamente con mucha paciencia y comprensión porque no somos grandes escritores pero lo intentamos con mucho amor. Gracias por todo lo leído. *Camino Abierto* es amistad, es compartir, es soñar, es sentir que sos libre que podes tener proyectos que podemos sentir que somos diferentes al resto, somos lo que somos.

La sociedad: La sociedad está cambiada, el rico tiene oportunidad. En la sociedad como algo bueno con más oportunidad de tener cosas, como propiedades, mejor atención de comerciantes, entidades bancarias y sus préstamos, etc. En la sociedad el pobre tiene que ganar su pan día a día, no consigue casa propia, piden préstamos y no le dan. Cuando van a comprar lo atienden mal, otros por muy pobres los discriminan ¿Este debe ser chorro? por su vestimenta. Yo soy de clase media, mi lugar en el mundo sería ser prudente con otros y ser amable con los que menos tienen y los ricos no quieren hablar porque se sienten importantes y piensan en ellos pero me tengo que dar cuenta que todos somos iguales.

Día de la mujer: Las mujeres son lo más importante en nuestra vida porque nacemos de ella. ¡Tenemos que respetar! ¿Cómo? dejarles espacio, no ahogar o asfixiar, entender cuando una relación fue, por eso hay tanta violencia de género. Hombre, dejen de maltratar a las mujeres por engaños o porque se dejó de querer. Señoras y señoritas son tan especiales gracias por ser tan especiales. Son como un pétalo de rosa delicada, como un corazón lleno de amor de madre hacia sus hijos y yo como hombre e hijo gracias a ustedes somos lo que somos. “Si pudiéramos elegir las elegimos a ustedes mil veces.”

Romina (38 años). Hace años que vengo a Camino Abierto desde que se inició y se hacen diferentes talleres. Hay contención psicológica y psiquiátrica y apoyo de los compañeros. En estos momentos no podemos estar por falta de gas y usamos el hospital zonal Bariloche y nos pasamos de frío. No podemos trabajar bien con los talleres, y no tenemos intimidad. *Camino Abierto* es nuestro lugar propio, como nuestra casa (es nuestra casa y la extraño), acá en el Hospital me siento ajena, falta de espacio no hay privacidad, en fin. Camino me brindó contención, paciencia, amor, compañerismo. Pedir ayuda cuando es necesario tanto a los operadores como los psicólogos y psiquiatras. *Camino* hizo que yo no tenga más internaciones, estoy feliz por eso. Me enseñó a confiar a creer en las personas tal vez que hoy siga con mi pareja ya van a ser cinco años juntos. Lamento que mi familia no lo acepte. *Camino* me enseñó a luchar por lo que creo y siento. Pelear por mi vida con defectos y virtudes. Enfrentar los obstáculos y seguir adelante juntos, tirar para el mismo lado. Soy Romina decidí escribir este escrito para que los lectores vean y comprendan todo lo que he vivido desde que se inició Camino Abierto hasta ahora la actualidad y todo el proceso que he tenido a lo largo de este tiempo. Mis mejorías y mis crisis. En el taller de escritura trabajamos y me ayuda a expresar mis sentimientos que en casa no puedo hacerlo y volverme a conectar conmigo misma y aclarar mis ideas y emociones. Saludo atte.

Rosa (55 años). Empoderamiento: El empoderamiento es tener autoridad ante algo que tenemos delante, tenemos el poder de manifestarnos a través de lo escrito, de los talleres que tenemos. Carpintería transformar una madera en un dibujo o en algo útil como perchas, posa pavas y demás. Manejarnos activamente en lo que hacemos, es el poder que tenemos a través de la ley que nos apoya para que cada día seamos mejor y poner en práctica todos los artículos que hay en la ley.

Willi (40 años). *Camino Abierto*: Cuando empecé camino abierto hice muchas cosas como literatura, murga, carpintería, música, teatro, yoga. Conocí muchos amigos y además de eso conocí un amigo más de deportes de fútbol y además de eso también son mis amigos Carmen y de todos del grupo de *Camino*.

Amor: Rosa es una amiga cuando hablamos o cuando nos tocamos pero yo no le hablo a ella pero sí cuando nos besamos o abrazamos. Ella tiene su encanto cuando está en la estufa cuando tiene frío, pero cuando lee sus poesías me pone contento. Cuando lee por teatro o cuando vamos a literatura ella se pone feliz. Pero ella es diferente.

Otoño: El otoño me encanta, miro las flores, las plantas y las hojas. Cuando miro los pájaros veo que caminan sobre las plantas y las hojas, veo también los troncos secos, muertos y que la gente lo desarma y lo hace leña. A mí lo que me molesta es que los árboles están muertos.