

En *Experiencias Triestinas*. SAN LUIS (Argentina): NEU.

PRÓLOGO.

Abelaira, Paula y ORMART , ELIZABETH BEATRIZ.

Cita:

Abelaira, Paula y ORMART , ELIZABETH BEATRIZ (2020). *PRÓLOGO*. En *Experiencias Triestinas*. SAN LUIS (Argentina): NEU.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/elizabeth.ormart/141>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/p70c/oAh>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. *Acta Académica* fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.



 **neu**
nueva editorial universitaria

EXPERIENCIAS TRIESTINAS

PAULA ABELAIRA (comp.)

EXPERIENCIAS TRIESTINAS

Universidad Nacional de San Luis

Rector: Dr. Félix Daniel Nieto Quintas

Vicerrector: Dr. José Roberto Saad

Secretario de Coordinación y Planificación Institucional:

CPN Víctor Moriñigo

Nueva Editorial Universitaria

Avda. Ejército de los Andes 950 - Subsuelo Rectorado

Tel. (+54) 0266-4424027 Int. 5110

www.neu.unsl.edu.ar

E mail: neu@unsl.edu.ar

Prohibida la reproducción total o parcial de este material sin permiso
expreso de NEU



RED DE EDITORIALES
DE UNIVERSIDADES
NACIONALES



neu
nueva editorial universitaria



Universidad
Nacional de
San Luis

UNIDAD DE ECOBIOETICA DE LA UNSL

Incluida en la Red Iberoamericana de Ecobioética de la
Red Internacional de la Cátedra de la UNESCO en Bioética (Haifa)

Compiladora
PAULA ABELAIRA

EXPERIENCIAS TRIESTINAS

AUTORES

Paula Micaela Abelaira
Josefina Trápani
Maha Natalia Chabán
Mariana Paula Cirigliano
Agustina Tagliamonte
Mariana Casal
Nicolás Fernández Garbin
Sergio Arleo



Experiencias triestinas / Paula Micaela Abelaira... [et al.];
compilado por Paula Micaela Abelaira - 1a ed. - San Luis:
Nueva Editorial Universitaria - UNSL, 2020.

Libro digital, iBook

Archivo Digital: descarga
ISBN 978-987-733-225-4

1. Psicología. I. Abelaira, Paula Micaela, comp.
CDD 155

Nueva Editorial Universitaria

Coordinadora:

Lic. Jaquelina Nanclares

Director Administrativo

Sr. Omar Quinteros

Administración

Esp. Daniel Becerra

Roberto Quiroga

Dpto de Imprenta:

Sr. Sandro Gil

Dpto. de Diseño:

Tec. Enrique Silvage

Diseño y Armado de la presente edición:

Belén Piola

1^{ra} Edición: Abril de 2020

ISBN 978-987-733-225-4

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723

© 2020 Nueva Editorial Universitaria

Avda. Ejército de los Andes 950 - 5700 San Luis

ÍNDICE

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Prólogo | 11 |
| Introducción | 15 |
| Entrevista a Franco Rotelli. <i>Historia y proceso de un cambio</i> | 21 |
| Entrevista a Carlo F. Rotelli. <i>Atención integral en salud</i> | 35 |
| Entrevista a Roberto Mezzina. <i>Gestión y práctica: Cómo pensar los servicios</i> | 51 |
| 1. El encierro de la locura. Breve Historización. <i>Paula Abelaira- Maha Chabán - Josefina Trápani</i> | 71 |
| 2. Una red de servicios: la atención a cielo abierto. <i>Josefina Trápani</i> | 87 |
| 3. Centros de Salud Mental: del hospital al territorio. <i>Mariana Cirigliano</i> | 105 |
| 4. Microáreas: Otras cartografías posibles. <i>Agustina Tagliamonte</i> | 121 |
| 5. Hacer-transformando salud en libertad. <i>Mariana Casal</i> | 141 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 6. ¿Casos Sociales? en salud mental. Vulnerabilidad e inmigración: menores extranjeros no acompañados (MSNA). <i>Nicolás Fernández Garbin</i> | 157 |
| 7. 2+2=4 Breve lectura de la experiencia del grupo de pares en Trieste. <i>Sergio Arleo</i> | 175 |
| 8. La Declaración Universal sobre Bioética y DDHH en la experiencia Trieste. Puntos de referencia en la LEY 26.657. <i>Paula Abelaira</i> | 189 |
| Autores | 205 |

*A Tito,
por enseñarme el valor de la curiosidad, la justicia y el
cuidado.
Por mostrarme que el otro no es enemigo y que el mundo está
roto, pero puede curarse.*

*A Nico,
por ser mi gran compañero de todas las aventuras.*

AGRADECIMIENTOS

A Tommaso Bonavigo por su acompañamiento y su generosidad tanto en el CSM de Domio, como en La Università di Trieste.

A Roberto Colapietro, por las largas discusiones, por entusiasmarse con nuestra curiosidad y contradicciones, por su tiempo e intensidad, la cual demuestra que la transmisión a las nuevas generaciones no le da igual.

A Elizabeth por el prólogo y el apoyo.

A Roberto Mezzina, a Alessandro Norbedo, a Carlo Rotelli y Franco Rotelli por compartir conmigo su tiempo y experiencia para que pueda comprender mejor la historia y actualidad de Trieste.

A Juliana, Maica, Josefina, Maha, Nadia, Eleonora, Cintia, Mariana, Maia, Sergio, Agustina, Jordi, Paola y Taki compañeros y compañeras con los y las que compartí esta experiencia, por hacer de Trieste un lugar no tan lejos de casa.

Por un mundo más justo,
por los que lo buscamos.

PRÓLOGO

Siglos de exorcismos quitando las huellas del demonio y purificando las almas; siglos de torturas entre lobotomías y shocks eléctricos; siglos de encierros, humillaciones y vejaciones bajo el estandarte de la fe, la ciencia o la salud mental. Estas son formas en las que ¿la sociedad se protege a si misma o son manifestaciones de sadismo y segregación propias de las clasificaciones que *Foucault*, que en su *Historia de la locura* claramente describió?

En la plataforma de Netflix encontramos escenificada esta batalla en la película *Nise: O Coração da Loucura*. (Berliner, Brasil, 2015) Nise, una novel psiquiatra brasileira, se opone horrorizada a los métodos en uso en la época (1946), que consistían en extirpaciones cerebrales y choques eléctricos, que reducían a los pacientes a seres pasivos y tristes. La psiquiatra, única mujer entre sus pares, descubre nuevos métodos de manera gradual, dejándose llevar por su capacidad de observación. Al tiempo que va permitiendo que otras personas sensibles se acerquen a ella y a sus pacientes, conformando un

equipo humano y profesional que se compromete con las difíciles tareas de luchar contra el paradigma imperante. Un equipo que se refuerza mutuamente y que, literalmente, se enamora de los pacientes, hasta descubrir en ellos y en sus obras, significados ocultos y poderosos que nadie sospechaba que existían, ni siquiera la doctora misma y, mucho menos, los pacientes.

Trabajo interdisciplinario, fortalecimiento de los vínculos humanos, valoración del ser humano en tanto tal, respeto por la diversidad, parecen ser las vías que Nise encontró en su clínica brasileña y que las *Experiencias Triestinas* nos relatan.

Este libro sostiene la tensión entre la biopolítica y la subjetividad, lo público y lo privado, el avance científico y las creencias. En cada capítulo se aborda la historia de la desmanicomialización para extraer una enseñanza, una reflexión, una apuesta al sujeto en proceso de curación.

Las *experiencias triestinas* nos invitan a pensar la salud mental como proceso colectivo de construcción social, nos permiten visibilizar los efectos subjetivos de las políticas públicas en el campo de la salud mental, nos llevan a valorar los recursos simbólicos tanto de las comunidades como de las personas, nos invitan a construir saberes colectivos y situados,

saberes multidisciplinares que exceden las disciplinas académicas.

A medida que avanzamos en la lectura de las *Experiencias triestinas* encontramos diversas formas de transitar los des-encuentros entre salud y enfermedad, entre posibilidad e imposibilidad, entre producción y pasividad. Se trata de superar las clasificaciones, los binarismos y encontrar tránsitos irregulares de los espacios y los tiempos subjetivos y comunitarios. Se trata de una apuesta ética en cada caso, encada sujeto, en cada momento del tratamiento.

En una hermosa conferencia sobre Ética y psiquiatría Alan Badiou nos dice que: "La enfermedad es una situación. La posición ética no renunciará jamás a buscar en esa situación una posibilidad hasta entonces inadvertida. Aunque esa posibilidad sea ínfima. Lo ético es movilizar, para activar esa posibilidad minúscula, todos los medios intelectuales y técnicos disponibles. Solo hay ética si el psiquiatra, día tras día, confrontado a las apariencias de lo imposible, no deja de ser un creador de posibilidades."

Creo que este libro confirma la hipótesis de Badiou, las *experiencias triestinas* en plural, nos hablan de las múltiples formas de crear dispositivos para cada sujeto, para cada comunidad, en cada momento. Y

Experiencias triestinas

crear posibilidades es la apuesta ética irrenunciable para todos aquellos que trabajamos en el campo de la salud mental.

Elizabeth Beatriz Ormart

Enero 2020
Ramos Mejía, Provincia de Buenos Aires

A la intervención del presidente de la Asociación Brasileira de Psiquiatría, quien sostenía que el cambio del manicomio, implicaba la reforma de toda la sociedad y que él como ciudadano podía estar de acuerdo, pero como psiquiatra creía que debía ocuparse sólo de curar al enfermo, Basaglia responde secamente: "no es verdad que el psiquiatra tiene dos posibilidades, una como ciudadano y otra como psiquiatra. Tiene una sola: como hombre".

María Grazia Giannichedda.

*Las conferencias en Brasil en el recorrido de
Franco Basaglia.*

En: La condena de ser loco y pobre.

Topía Editorial. 2013

INTRODUCCIÓN

El presente libro fue escrito entre el año 2018 y 2020. Si bien su idea tomó forma en la primera noche que apareció como ocurrencia, necesitó dos años, circular por muchas ciudades y cambios de vida para finalmente corporizarse.

Cada capítulo fue escrito por un o una colega que describe y reflexiona sobre alguno de los tantos dispositivos que funcionan en el Sistema de Salud Mental de Trieste. El dispositivo fue elegido por la especial participación e interés de cada uno allí. Las personas que lo escribimos realizamos esta experiencia con mucho esfuerzo, de manera auto-sustentada, y orientados por nuestras convicciones.

¿Qué decimos en este libro entonces? Intentamos rescatar lo que nos resulta interesante de una revolución que funcionó y un modelo que funciona, para leer con nuestra lente y pensarlo acorde a nuestras necesidades. Toda esa energía para llegar allí, para aprender, para conocer cómo en otros lugares resuelven los ¿mismos? problemas nos trajo de vuelta a casa con las ganas renovadas y la idea de qué de todo lo aprehendido puede ser de utilidad aquí.

Para adentrarnos en esta lógica, en esta manera de entender los procesos de salud-enfermedad, es importante establecer de antemano algunas claves de lectura. Esto es, marcar de qué manera la historia, la

geografía y la idiosincrasia hicieron posible lo que aconteció en Trieste, y a su vez señalar algunos modos discursivos que marcan la posición desde la cual llevan adelante su práctica en la actualidad. Es evidente que hoy en día son indisociables.

Trieste es una ciudad con una historia en constante movimiento. Fue parte del imperio Romano, del imperio Austrohúngaro, fue fascista –con el único campo de exterminio nazi de toda Italia- e interés de partisanos. Fue un poco de Gran Bretaña y de Estados Unidos, y otro poco de Yugoslavia... aunque se empeñaron en llamarla "tierra neutral". Refugio de escritores, pintores y espías, se encuentra hoy limitando mayormente con Eslovenia, pero también con un pedacito de Croacia y requeriríamos viajar tan solo unas dos horas para llegar a Austria.

Estos cambios, flujo de personas, ideologías y culturas hace también a sus características actuales: una ciudad de frontera, con migración constante, con al menos tres idiomas que se escuchan asiduamente (italiano, esloveno y friulano) y un dialecto: triestino. Y, menos frecuentemente pero con presencia, lenguas de otros países de los Balcanes, francés y portugués gracias a los africanos y, en menor medida pero también presente, algo de español.

Así, en este contexto multifacético pero ecléctico, es fundamental pensar la historia del manicomio de Trieste y sus momentos de "crecimiento" signados por estas contingencias históricas y por la extrañeza que antes, como hoy, provoca *el extranjero, lo extranjero*.

Esta ciudad puerto disputada por tantos, que mira al mar como esperando la llegada de algo nuevo, también le da la espalda a la montaña, y es allí donde justamente se sitúa el inmenso Parco di San Giovanni, el hospital psiquiátrico. Alejado y a medida que el terreno va tomando altura, procuró dejar atrás a quienes no quiso ver.

Entiendo que la apuesta de la revolución psiquiátrica no es justamente “bajar a los locos a la ciudad”. Tampoco llevar a los buenos y poco ruidosos ciudadanos “normales” a la montaña a perderle el miedo a los locos. La revolución psiquiátrica triestina nos enseñó que el terreno es uno. Diverso e irregular, pero donde todos los espacios son habitables y donde todos y todas pueden estar.

Por otro lado, pero creo que en sintonía, en el transcurrir de estas páginas verán que las y los autores hemos necesitado aclarar las dificultades de traducción- y hasta a veces su imposibilidad- de algunas denominaciones que se utilizan con frecuencia en el sistema de salud de Trieste. Denominaciones que hacen a un campo semántico particular y a una forma de concebir las prácticas. Algunas de estas denominaciones son: *percorso de salute*, la cual podríamos traducir como “recorrido de salud”. Es habitual escuchar esta expresión cuando se habla de usuarios que han atravesado distintos dispositivos ya sea de atención médica y psicológica como de inserción social y laboral, aunque allí no se presenten de manera tan diferenciada. De hecho la palabra usuario, *utente*, al igual que en tantas partes del mundo se posiciona con fuerza marcando una

actitud activa (absolutamente distinta del “paciente”) de alguien que hace uso de los servicios disponibles en el marco del ejercicio de sus derechos. En este sentido de hacer uso de los servicios que ofrece el Estado interesa señalar un concepto que, en lo personal me tomó bastante tiempo comprender pese a su simpleza: el *Budget di salute*. Algo que podríamos traducir como presupuesto de salud. Y efectivamente no es más que eso: un presupuesto destinado para la atención de cada usuario/a. Cada equipo sabe que cuenta con un monto de dinero para invertir en lo que cada persona necesite de acuerdo a sus circunstancias.

Por último, y no por ello menos importantes, dos terminologías que, considero, marcan posición.

A *cura.Curare* en italiano significa curar, pero también cuidar. Y su uso refiere tanto a los tratamientos médicos como a los cuidados familiares. Bastante distinto de la expresión que intentan desterrar, pero algunos insisten, de *presa in carico*, tomar a cargo.

La otra palabra es *accoglienza*, que según su utilización puede significar alojar, recibir, puede tratarse de una bienvenida, de acoger, de ser hospitalario. Encontramos así que la “*accoglienza*” de los Centros de Salud Mental (CSM) son un sector donde siempre hay alguien tanto para recibir llamados que despejen dudas respecto de la atención, o de usuarios que están en alguna situación por la cual necesitan hablar con alguien o informar algo, sea o no una urgencia. Pero también para quienes llegan al CSM, quienes ingresan por primera vez o se

encuentran allí. Una especie de guardia multifacética que recibe, que aloja, que acoge.

Es que creo que, a veces lograda a veces no, ésta es la intención de los servicios: curar cuidando, alojando y siendo hospitalario.

Para finalizar, algo que en diversas exposiciones me he ocupado de aclarar es que bajo ningún punto de vista el material que aquí presentamos intenta ser una visión euro-centrista, del modelo "ideal" para copiar. Notarán a lo largo de los escritos que planteamos tanto aquello que nos interesa rescatar como así también algunas diferencias y contraposturas. Entendemos esta experiencia como tal: una contingencia, un cruce entre un proceso y un devenir histórico social y político de un dispositivo en una ciudad, con la historia subjetiva, social, laboral y política de cada uno/a de los y las que escribimos aquí. Nada más, nada menos.

Paula M. Abelaira

Abril 2020
Ciudad de Buenos Aires

HISTORIA Y PROCESO DE UN CAMBIO

Entrevista a Franco Rotelli

Presentación del entrevistado

Franco Rotelli ha sido uno de los protagonistas de la Reforma Psiquiátrica en Italia y uno de los principales colaboradores de Franco Basaglia, primero en el Hospital Psiquiátrico de Parma y después hasta 1979 en el Hospital Psiquiátrico de Trieste. La experiencia de transformación de este hospital, que se ha vuelto famosa en todo el mundo, fue un factor decisivo para la elaboración de la ley Italiana 180 de 1978. En ella se establecía el cierre definitivo de los hospitales psiquiátricos italianos en pos de crear servicios territoriales.

Desde el 79, luego de la transferencia a Roma de Franco Basaglia, y hasta 1995 Rotelli ha sido el director del Hospital Psiquiátrico de Trieste y, luego de su cierre, Director de los Servicios de Salud mental de la Provincia. En el año 2000, y durante 10 años, se desempeñará como Director General de la Azienda Sanitaria di Trieste. En el 2013 es electo Consejero Regional y Presidente de la Commissione Sanità e Politiche Sociali della Regione Friuli Venezia Giulia hasta el 2018. En el año 2010 funda la Conferencia Permanente por la Salud Mental en el Mundo, presidida actualmente por Giovanna Del Giudice.

¿Cómo comienza su historia en el movimiento de la psiquiatría democrática?

El movimiento de la psiquiatría democrática como tal, como movimiento organizado nace –seguro vos lo sepas mejor que yo- creo que nace en el 74-75. A mitad de los años 70. Pero, la psiquiatría democrática como organización en realidad toma ya un trabajo, una actividad que ya muchos desarrollaban sin una “etiqueta” o instrumento de organización. Entonces, se trata de entender si hablamos de psiquiatría democrática como una idea, como un movimiento o como una organización. Si hablamos de la organización nace justamente a mitad de los años ‘80 y muere muy rápidamente, en pocos años en definitiva como organización significativa. Como movimiento en vez nace mucho antes y avanza durante muchos años. La idea de una psiquiatría democrática, en otras palabras, precede y sigue el nacimiento y la muerte de la organización.

Ahora, el movimiento fue naciendo muy de a poco en varios lugares, seguramente a partir de la experiencia de Gorizia, a fines de los años 60. Cuando se difunde un poco mejor lo que se estaba haciendo en Gorizia, que era lo que estaban haciendo Basaglia y un grupo de personas. Después de esto en adelante, se puede decir que nace un movimiento que se puede llamar psiquiatría democrática que junta e identifica personas que ya, en otros lugares, no solo en Gorizia sino también Perugia, Arezzo, Castiglione delle Stiviere, etc., etc. Habían comenzado a hacer algunas cosas con una visión concreta de la problemática. Este movimiento

entonces nace en los primeros años de los 60, haciéndose particularmente fuerte en los 70, difundiéndose rápidamente y teniendo, justamente con la ley 180 e inmediatamente después, el máximo de su expresión. Creo entonces que la palabra psiquiatría democrática es una palabra antigua, es una palabra que diríamos que hoy no se usa más. Existe un pequeño movimiento pero son cuatro personas, la verdad es que no se usa más. Pero está aún su sentido, esto es el cambio profundo que implicaba democratizar a psiquiatría, desinstitucionalizar la psiquiatría, transformarla críticamente, la crítica al poder psiquiátrico, continúa aún el problema como praxis y como teorización. Entonces es todavía un campo ya sea como práctica, o ya sea como pensamiento.

En lo que me respecta, me coloco dentro de este movimiento desde la primera actividad que he hecho en Castiglione delle Stiviere, que es un hospital psiquiátrico judicial, a partir de la segunda mitad de 1969. Exactamente 50 años atrás.

¿Cuál era la situación en los Hospitales Psiquiátricos Judiciales de Italia?

La experiencia del hospital judicial fue la misma durante los siguientes 40 años, porque la legislación italiana en materia de hospitales judiciales se cambió hace pocos años atrás. Hasta hace poco tiempo la legislación era la misma, entonces el hospital judicial que encontré yo a fines de los 60 era el mismo que ha encontrado cualquiera que trabajara allí en 2010. La ley italiana sobre el recorrido penal no se ha

cambiado, continúa previendo que quien es considerado, al momento en que comete un delito, totalmente incapaz de entender a causa de una enfermedad mental no va a la cárcel sino a una medida de seguridad. Esta medida de seguridad que en otro tiempo era el OPG¹, hoy se llama Residencia para la ejecución de la medida de seguridad, que se lo conoce con la sigla de la REMS². REMS que la nueva legislación prevé en el lugar del OPG. Tiene el mismo procedimiento, el mismo código penal, pero el resultado no es el OPG, sino justamente una residencia para la medida de seguridad que, en base a la ley de poquísimos años atrás, es una residencia sanitaria. Mientras que el hospital judicial era una estructura del ministerio de justicia, la REMS es una estructura sanitaria dependiente de la región y del sistema del servicio de sanitario regional. El OPG al depender del ministerio de justicia, dependía del mismo ministerio que gestiona las cárceles. Entonces la lógica y el modo de funcionar del OPG era explicado totalmente por el reglamento del instituto penitenciario, esto es la cárcel. Mientras las REMS con la ley nueva son lugares sanitarios y no de custodia.

¿Y cómo fue su propia experiencia en el Hospital Judicial?

El hospital que yo encontré era justamente una prisión dedicada personas que habían cometido un delito y se consideraban mal de la mente, y se parecían a cualquier otro manicomio de la época.

¹ NT. Ospedale Psichiatrico Giudiziario: Hospital Psiquiátrico Judicial

² NT. Residenza per l'esecuzione della misura di sicurezza

Fue posible cambiar muchas cosas a partir de entender de manera distinta la cultura y naturaleza de los internados. Las personas internadas en un OPG, eran personas que al momento en que cometieron un delito tenían un importante trastorno mental, con un importante estado de sufrimiento psíquico. Lo que sucedía es que habitualmente a través del mismo delito, el cual era generalmente homicidio un delito grave, pero que encontraba de algún modo una solución en lo afectivo. Porque las personas que estaban en el OPG por un homicidio, eran personas que habían matado a su mujer, o a su marido, a su hijo, a su madre, o a su hermano, o a su padre. Entonces era una situación afectiva de gran tensión, de gran dolor, de una gran crisis, pero con el hecho mismo alivianaba el nudo. Una vez que maté a mi madre, no tengo otra madre para matar (Risas). Además estas personas tenían una gran capacidad de diálogo, de madurez, de pensamiento muy elevado. Eran personas que habían estado muy mal, pero que sucesivamente dejaban de estarlo. Y había personas con quienes se podía discutir, razonar, podían organizar su vida. Entonces con ellos, a partir de una situación puramente manicomial, he logrado poner en discusión con ellos las reglas del funcionamiento del servicio en el cual estábamos, y concordamos bajo su responsabilidad una gran apertura, grandes libertades. Con la ayuda del juez del magistrado de seguridad logramos, en el plazo de un año, cambiar reglas que ya no eran más reglas de vigilancia, de la prisión, por reglas mucho más liberales porque ellos habían aceptado y entendido la importancia de responsabilizarse, de no escaparse, de no hacer nada. Entonces se logró consentir un elevado grado de libertad. Creamos una suerte de comunidad

terapéutica muy viva, atenta, muy interesante, donde las personas podían vincularse entre ellos y modificar juntos las reglas de la vida del instituto. Luego con la ayuda del juez fuimos logrando ciertos permisos cotidianos por los cuales las personas podían salir durante el día y volver a la noche. Aceptaban estas reglas con mucha atención. Después de un año y medio de trabajo casi todas las personas se iban a la mañana y volvían a la noche. Había cambiado totalmente su tipo de vida y su realidad. Dos años después me voy a trabajar con Franco Basaglia cuando asume como director del Hospital Psiquiátrico de Parma. Yo estaba cerca y conocía su experiencia previa. Quise ir a trabajar con él y fui por un año porque al año siguiente nos vinimos a Trieste. En el '72, y a partir de allí me quedé acá.

¿Y cuál fue la situación que encontraron acá en Trieste?

Trieste tenía este GRAN hospital psiquiátrico que tenía cerca de mil doscientos internados. Siendo Trieste una ciudad chica el número de internados era muy alto. Trieste es una ciudad de frontera que había sufrido la segunda guerra mundial y que, pasada la segunda guerra mundial, la península de Istria pasa a Yugoslavia y 300 mil italianos se escapan de Istria para venir a Italia. Han escapado de pequeñísimos pueblos en situaciones complejas a partir de las cuales las personas más débiles terminaban en el manicomio. Entonces en el manicomio hemos encontrado una población muy elevada precisamente con muchos de estos prófugos provenientes del Istria.

El manicomio era como todos los otros: pabellones cerrados, alambres, barras en las ventanas. Las reglas de la ley italiana de 1904, era una ley había instituido el hospital psiquiátrico, y que como en todo el mundo establecía que las personas internadas no tenían derechos civiles, debían ser vigiladas, no podían salir, con una internación obligatoria, por lo cual la gente pasaba la vida dentro de estos lugares cerrados como todos los conocemos en el mundo.

-Era necesario empezar por cambiar la ley entonces... ¿Cómo se gestiona políticamente la ley 180?

A partir de esta experiencia particular, primero de Gorizia luego de Trieste, se ha logrado mostrar con un gran trabajo en los medios, en la televisión, los diarios, el modo de vida del manicomio y la intención de cambiarlo. Se han hecho grandes campañas informativas para sensibilizar a la población italiana sobre cómo eran las condiciones de vida dentro del manicomio, de las cuales no estaba anoticiada la población en general porque eran instituciones cerradas. Nunca nadie había hecho una campaña contando que sucedía ahí. Eran lugares lejanos a los ojos, lejanos atención en general. A través de documentales televisivos, de amigos fotógrafos, de periodistas hemos logrado mostrar las condiciones inaceptables de la vida de las personas en el manicomio, y sensibilizar a la población a superar el manicomio mismo. Contemporáneamente, la experiencia práctica de transformación real en Trieste pero también en Perugia, en Arezzo, en Parma y en otras ciudades, volvía creíble el hecho de que se podía superar esta realidad institucional de los manicomios.

También el cerrar, propiamente eliminar el manicomio, fue un acto de ruptura muy fuerte que adviene en unas ciertas circunstancias muy particulares. Un referéndum para eliminar la vieja ley psiquiátrica, la necesidad del parlamento para introducir una nueva ley y evitar el referéndum popular –que era algo que ninguno deseaba-, una sensibilidad en aquel momento del gobierno de centro izquierda, etc. En aquel momento la política del gobierno de Trieste era una política de apoyo a Basaglia, ellos lo habían llamado a él para que venga. Con lo cual la Democracia Cristiana apoyaba este cambio de “humanización”, y hemos logrado pasar de la humanización de este lugar a la discusión sobre él. Y la ley ha podido consagrar la superación global del manicomio. Mientras que en los años precedentes se hablaba de humanizar esta realidad, al final se decidió que era una realidad que debía ser eliminada.

-¿Cómo ha sido su aplicación? Imagino que no se dio de la misma manera en toda Italia.

La Ley salió en 1978 y no decía que quien estaba en el manicomio tenía que salir. Decía que ninguno podría de nuevo ser internado en un manicomio. Pero la efectiva externación de los que ya estaban en el manicomio dura 30 años. Entonces solamente en los 2000 efectivamente muchos manicomios fueron cerrados. Así que para cerrar en serio lo manicomios, en el sentido de vaciarlos, se necesitó más de veinte años. Pero pocos años después de la ley ya se habían terminado los ingresos. De hecho los nuevos ingresos estaban prohibidos en función de la constitución de los servicios del territorio y del hospital general. Los nuevos pacientes iban al hospital general o al centro

territorial, y no más a un hospital psiquiátrico. Estos nuevos servicios que sustituían el manicomio, en muchas ciudades italianas se tardó mucho en constituirlos. Había un movimiento muy fuerte que pedía el retorno al manicomio, abolir la ley. Pero se lograba tener, en base a la experiencia justamente de Trieste, de Arezzo de otras ciudades, demostrar que era posible crear estos servicios alternativos y, que, donde no eran creadas la culpa era de los administradores locales, no era que la ley estaba equivocada. Era la aplicación de la ley que no estaba adecuadamente hecha. Gradualmente las asociaciones de familiares que estaban contra la ley descubrieron que la ley era justa y que se necesitaba crear los servicios, y empezaron a luchar para que se hagan los servicios, en vez de hacerlo para que vuelva el manicomio.

¿Y cómo se hizo para cambiar este paradigma, este modo de pensamiento manicomial? No solo con las familias sino también con los trabajadores de la salud y con la sociedad en general.

Hubo tres elementos. El primero es una gran y continua campaña de información sobre las malas respuestas de la psiquiatría. El escándalo del manicomio fue un escándalo muy fuerte. La gente una vez de frente a la realidad del manicomio y viendo lo que sucedía dijo "no, esto no es aceptable". El segundo elemento era la práctica de transformación, es decir una ciudad en la cual la gente veía la transformación en acto y veía que los pacientes efectivamente salían del manicomio, pero también lo hacían los operadores, médicos y

enfermeros. Y veían que efectivamente nacían los servicios en la comunidad y que la gente no estaba abandonada, que era seguida. La experiencia de las ciudades donde esto sucedía volvía creíble la ley. El tercer elemento ha sido, creo yo, el hecho que en esos años las personas que iban al manicomio eran un número muy elevado pero se creía limitado. Sucesivamente yo creo que se ha difundido la información, el conocimiento de que los trastornos mentales, el malestar de la gente, no incluía solamente a una pequeña minoría de personas. Poco a poco se empezó a ver que muy pocas familias no tenían algún miembro con algún problema de salud mental: un hijo, un nieto un primo, un amigo, un pariente, un tío, un abuelo, una hermana. Es difícil encontrar una familia donde no haya alguno con un problema de salud mental por el que deba tratarse. Entonces, poco a poco, desde el momento en que esto no estaba más escondido, que se entendía que era algo que tocaba a todos, y que no tenía sentido encerrar a las personas, que las enfermedades mentales -o llamémoslo como queramos-, estaban mucho más difundidas de lo que se decía, de lo que se pensaba, y que la solución no podía ser el manicomio. Debía ser afrontado de otro modo porque era un fenómeno mucho más vasto. Uno de los libros de Basaglia es la *Maggioranza debiante*³ donde indicaba que lo *inadaptado* no es algo como una pequeña minoría, que el problema era alto y que toda la colectividad está llena de grandes problemas que no pueden ser escondidos y mandarlos fuera. Es así que la gente decide afrontar la enfermedad a la vida.

³ NT. La mayoría Desviada. Franco Basaglia & Franca Basaglia Ongaro. Publicado por primera vez en 1971

-¿Y con los profesionales? Porque usted habla en algunos textos de las "corporaciones de los profesionales"...

Si, cierto. Esa era la dificultad mayor. Las mayores dificultades se encontraron siempre en las resistencias de los psiquiatras. Han resistido por muchos años con una fuerte crítica a la ley, pero al final han entendido que hasta para ellos era más apropiado trabajar en un servicio territorial, trabajar fuera y no en el medio de custodios y con pacientes internados, incluso porque estas medidas de custodia hacían a la vida cotidiana también de los profesionales. Poco a poco entonces los psiquiatras han comenzado a defender la ley para que su trabajo sea también fuera del manicomio, fuera de la custodia, fuera de la violencia, y en el respeto a los derechos de las personas. Y entendieron este como el único modo de ejercitar la profesión.

¿Cuáles eran los principales cuestionamientos o preguntas que recibían en aquel momento de transformación?

Las preguntas eran siempre las mismas: Los locos son peligrosos. ¿Ustedes piensan que no son peligrosos? ¿Qué harán de frente a un loco peligroso? ¿Qué hay que hacer? Si la familia no lo quiere al loco, ¿dónde lo metemos?

Y estas preguntas tenían que ser respondidas concretamente, porque no podíamos dar una respuesta ideológica al miedo por la peligrosidad. Debes demostrar en concreto que una persona que tiene una enfermedad mental no es alguien peligroso.

Y el loco no es peligroso en la medida en que el contexto lo ayuda, y no es un contexto hostil. La práctica ha demostrado todo esto, había 100 mil personas en los hospitales psiquiátricos italianos señaladas como peligrosas para terceros, con una etiqueta jurídica. Los psiquiátricos no están más y no hay 100 mil personas dando vueltas cometiendo delitos. Muy despacio este concepto de la "peligrosidad del enfermo mental", fue desapareciendo con la realidad, con la práctica.

-Incluso imagino que para el propio usuario habrá sido un cambio muy fuerte pasar de ser "el peligroso" a ser un ciudadano...

Cierto, sí sí.

-¿Y cómo se transmite esta modalidad de trabajo, pero sobre todo esta modalidad de pensamiento respecto a la labor a realizar a las nuevas generaciones o incluso a otros países? ¿Cuál es el trabajo hoy para esta transmisión?

Hemos hecho mucho esta labor con varios países donde también estaban trabajando por cambiar las cosas, quizás menos que aquí, pero las han cambiado. El número de personas internadas en tantos países se ha reducido enormemente. En algunos lugares mal, en términos de abandono, como en ciertos estados de Estados Unidos donde los hospitales psiquiátricos se cerraron simplemente porque costaban mucho. En otros lugares, como Inglaterra, también se cerraron pero se crearon otro tipo de servicios. En otros países se ha hecho mitad y

mitad. En parte las cosas se han cambiado para mejor en muchos lugares. En Brasil había hospitales con 5 mil camas, y no están más. Incluso en Argentina, en Buenos Aires, el Borda tenía un número elevadísimo de internados y ahora son muchos menos. Se han reducido mucho las internaciones en muchos países, pero continúa siendo muy lento, es insuficiente la respuesta. En un giro por el mundo veremos que hay mucho abandono o servicios malos. En muchos países no hay servicios, en otros los servicios son malísimos, hay otros donde los servicios son buenos pero pocos y no alcanzan. El cambio de la psiquiatría es muy largo, difícil, lento y acompaña mucho la visión autoritaria o democrática de un país. Es un problema político, cultural, social y técnico. Es difícil unir afrontamiento técnico serio del problema con un sentido político y con un sentido cultural. Un poco porque el hecho de que todas estas cosas se pongan en movimiento contemporáneamente, es decir: una nueva política, una relación técnica diferente, y una nueva cultura, sucede en ciertos períodos y en otros períodos... menos.

-¿Cómo ve Trieste Hoy?

Es difícil responder esta pregunta. Diría que de todos modos está, lamentablemente, todavía un escalón arriba, importante, positivo. Digo lamentablemente porque preferiría que no estuviera. Trieste está delante de casi todas las ciudades del mundo, y vuelvo a decir lamentablemente porque me gustaría que en todo el mundo se vaya un escalón adelante.

Por otro lado, ciertamente, hay un momento de dificultad, porque la situación política italiana es muy,

muy mala. La situación cultural hoy aquí en Italia no es buena, y es difícil sostener una organización de servicios orientada al cambio constante. Hoy estamos en una cierta fase de inmovilidad, que ciertamente no le hace bien a los servicios. Pero esta fase de inmovilidad es, al menos, compensada por una serie de índices políticos. Es decir, en suma, la gente no va más al manicomio judicial, los suicidios no son comunes, no se interna más gente en el manicomio. De hecho las hospitalizaciones en el hospital general son brevísimas y las puertas siguen abiertas. Esto plantea que las personas estén cada vez mejor, obviamente. Pero ciertamente tengo la impresión que se podría reducir la intervención farmacológica, de hecho creo que se debería reducir más. Hay personas en las que el uso de fármacos continúa siendo muy discutible. Además, se tiene la impresión de que hay una dispersión de la energía, una fragmentación de las iniciativas que después pesan sobre las motivaciones de los operadores. Así que tenemos problemas importantes, pero no obstante, y digo lamentablemente, estamos más adelante que el resto del mundo.

5 de Enero de 2019.
Via Imbriani, Trieste, Italia.

Entrevista y Traducción: Paula Abelaira

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

Entrevista a Carlo F. Rotelli

Presentación del entrevistado

Carlo F. Rotelli es Jefe Médico responsable de la estructura de "Atención ambulatoria y domiciliaria", en el Distrito 2. Sus principales responsabilidades están en relación a la gestión de Casos de particular complejidad, Asistencia clínico sanitaria en domicilio (fin de la vida, enfermedades terminales, enfermedades crónico-degenerativas severas y avanzadas, nutrición artificial, respiración mecánica), Gestión de programas asistenciales de continuidad luego de la externación, Organización del servicio de enfermeros domiciliarios y ambulatorios.

-El sistema de salud (general) de Trieste, tiene sus orígenes en la reforma psiquiátrica, ¿cómo han sido estos primeros pasos?

Los distritos nacen en el 95' como ley, pero como puesta en práctica toman vida 5 o 10 años después. De hecho, los distritos hasta hace pocos años han estado creciendo en términos de competencias y responsabilidad. Últimamente la cosa está un poco detenida y han perdido un poco su importancia, pero han crecido sostenidamente al menos hasta 2010. Es decir que han invertido al menos 10 años en convertirse en lo que son hoy en términos de capacidad operativa. La reforma psiquiátrica, el concepto que introducen en Trieste, es el hecho de trabajar en pequeñas dimensiones porque no es concebible atender a las personas durante un período largo, sin tener una relación con la persona. Podemos curar una enfermedad en un breve período como se hace en los hospitales, sin darle particular atención a la relación que logramos instaurar con el paciente. Si yo soy un cirujano y debo operarte de apendicitis, no tiene mucha importancia que vos y yo tengamos un vínculo humano estrecho, lo importante es que te recuperes de la apendicitis y vuelvas a tu vida lo antes posible con la hospitalización más breve que se pueda y el menor número de complicaciones. Mientras, si yo atiendo a un señor con diabetes, y debo convencerlo de corregir sus hábitos y su dieta, tengo que tener una relación con esta persona. Una relación que me pueda llevar incluso, a conocer el lugar donde vive, el nivel de higiene que está en condiciones de mantener. Porque sin higiene muchas enfermedades empeoran, como la diabetes por ejemplo. Entonces, esta relación es una relación larga y usualmente llega a ser casi personal. Es la misma

relación que debe existir entre médico y paciente en psiquiatría, porque sin una relación no es posible tener un vínculo terapéutico. Por lo tanto, la inspiración en la psiquiatría es sobre todo en la dimensión del acercamiento a los destinatarios de nuestras intervenciones. Las microáreas son "micro" un poco porque no podemos permitirnos lo macro, y un poco porque si fueran macro-áreas, si fueran demasiado grandes uno no podría conocer la realidad del barrio del que se ocupa, acabaría sobrepasado en el número de personas que te llegan y con ello la cantidad de problemas. Comenzaríamos entonces, a ocuparnos de problemas y no de personas. Este es el elemento de confluencia con la psiquiatría.

-Ha nombrado muchos elementos, me gustaría ir preguntándole de a poco por cada uno. Por ejemplo, ¿cómo ha sido afrontada por los profesionales de la salud la transformación del sistema hospitalo-céntrico?

Obviamente todos los que hacen salud en Trieste en el territorio, casi todos, vienen de la experiencia hospitalaria. El hospital es el entrenamiento técnico del cual es mejor -si uno no lo hizo, no pasa nada, pero sería mejor- que todos pasen por allí para estar muy preparados desde el punto de vista técnico. Pero, ser competente no quiere decir ser bueno en el territorio. Para ser bueno en el territorio se necesita ser competente y se necesita desarrollar cualidades de tipo relacionales. Y, tener "cualidades relacionales" no significa solo salir a ganarse la confianza de las personas que asistimos, sino también tener buena relación con el resto de los operadores con los cuales trabajamos, con quienes es necesario olvidar niveles

jerárquicos. No está quien ordena y quién obedece, existe una colaboración. Yo colaboro con los enfermeros, con los psicólogos, con los médicos especialistas, con quien quieras. Y debemos encontrar acuerdos, porque si debemos atender los problemas de una persona que está complicada, tenemos que trabajar en grupo, en equipo. Si no logramos hacerlo, muy probablemente no logremos los resultados que queremos. Y para conseguirlo tenemos que entrar en sintonía. Ahora, las cualidades o dotes relacionales parece algo fácil de decir pero, en realidad, cuando te encontrás ahí, las razones para no estar de acuerdo, las ocasiones para discutir y para no trabajar juntos son muchas. Entonces, esta capacidad requiere que, a pesar de eso, todos sepan acercarse al punto de vista del otro y, al final, el punto de vista del otro te modifica. No siempre lo que dice el otro es una mentira, a veces se necesita pararse a pensar y recordar. Lograr trabajar en grupo, en mi experiencia, que no quiere decir que para todo el mundo es así, en mi experiencia es una de las cosas más difíciles.

-¿Y cómo se trabaja desde la dirección con los trabajadores para lograr esto? Sobre todo en aquel momento de transformación, porque hoy en día todos saben que la "mentalidad" de Trieste es esta, y que se trabaja de esta manera. Pero en ese momento, donde las personas que estaban tenían otra cabeza, otra formación, modalidad... ¿cómo se hizo para convencer a todos los trabajadores y trabajadoras a pensar las intervenciones en este sentido?

Se ha hecho una promesa a todos, se les ha dicho: ok, al inicio trabajar en grupo te costará más cansancio, pero después cuando el mecanismo esté funcionando te encontrarás aliviado de tantísimas responsabilidades y dificultades. Muchos no nos creían al inicio, solo algunos pocos se dejaron convencer viendo poco a poco que donde existía un trabajo en equipo las cosas funcionaban. Y entonces también otros se fueron convenciendo que era la mejor manera de trabajar. Ojo que alguno también ha sido obligado a hacerlo así, diciendo – gradualmente, no de un día para el otro-, vos sos el responsable de lo que le sucede a quien asistís. Si alguna cosa va mal el responsable sos vos. Entonces, tenés que hacer todo lo que sea necesario para que cada cosa vaya a su lugar, lo cual no significa solamente curar bien a la persona, sino también hacerle llegar todo lo que ella necesita y que vos sabés que está disponible en Trieste: ¿la ayuda del servicio social?, bien, entonces la ayuda del servicio social. ¿La ayuda del vecino? Ok, la ayuda del vecino. Si descuidás los aspectos de la vida cotidiana de tu asistido y por eso el recorrido de salud falla, entonces sos el responsable. Se ha introducido poco a poco, no de manera violenta, pero de a poquito, el concepto de que no ocuparse de la calidad de vida de la persona, del tipo de vida, de los recursos que tiene, de su capacidad de salir de casa, etc. es una negligencia. Se ha ido difundiendo la cultura de que es necesario ocuparse de la persona integralmente. Otra cosa de la que es muy difícil convencer a los otros es cuando los pacientes te rechazan, te dicen que no quieren tu ayuda, que no se quieren curar,

que no quieren lo que les ofrecés. Existen. Son tantas las personas que prefieren dejarse estar. Entonces, esta se vuelve una oportunidad para algunos para dejarlo pasar: cerrar el caso y retirarse. Para otros es tomar el desafío y superar el rechazo de la persona. Entonces yo continuamente me encuentro con personas que me dicen "ah mirá que cerré tal caso porque dijo que no quería saber nada con nosotros" y es ahí cuando tengo que decir no, no, hagamos un último intento. Y después están los que a toda costa quieren de cualquier manera traer "resultados" aún cuando fueron rechazados repetidamente. Mi tarea se vuelve entonces, que acepte este rechazo. De todos modos, en general contribuyo diciendo: hacemos un último intento, en ambos casos.

-¿Cómo está organizada la labor de los operadores y con qué otras figuras que colaboran?

A ver, lo operadores de la salud son de la *Azienda Sanitaria*, son la clásica figura sanitaria que profesionalmente tienen la tarea de trabajar con las personas. Para mí, la colaboración de los enfermeros, está descontada. Si no la obtengo puedo protestar. Mientras la colaboración del vecino de casa, la colaboración de quien vive en el barrio, la del voluntario, son cosas menos obvias. Un medio para esto, es el servicio social que en esta ciudad está separado respecto de la *Azienda Sanitaria*. El servicio social es de la municipalidad, de la comuna, mientras nosotros somos de salud. En algunos lugares de Italia están ambos en la *Azienda Sanitaria*, tanto el servicio social como salud. En cambio en Trieste no, en

Trieste son instituciones diferentes, y tenemos que mantener una relación asidua pero con cierto nivel de distancia si queremos un buen vínculo. Ahora, cómo se obtiene la colaboración del barrio. Vos frecuentaste una microárea, y viste que uno mete una base en el barrio y comienza a ofrecerse, con quien vive allí, para comenzar a estar "dentro". Cuando conocés alguno que necesita ayuda, le ofrecés tu ayuda; cuando conocés a alguno que no necesita ayuda y que tal vez tiene tiempo para dedicar, entonces le proponés utilizar ese tiempo para ayudar a algún otro. Cualquiera en la microarea puede ser destinatario o recurso. Si soy un anciano y generalmente tiendo a aburrirme, tiendo a estar solo, y tiendo entonces a desarrollar costumbres negativas como la sedentariedad, el aislamiento social, la propensión a la depresión, a cerrarme en la relación con los otros. Esto disminuye la calidad de mi vida. Justamente es la microárea la que le ha ofrecido a muchos la ocasión para salir de casa, de la oscuridad, retomar el sentido de la propia existencia yendo a la casa de otras personas, sintiéndose útil. No hace falta ser especialmente competente en algo. Para algunos es suficiente un poco de compañía, preparar una comida, ir a comprar unos medicamentos, y ya el sentido de su jornada se modifica. En la conveniencia recíproca, si lo podemos llamar así, en el ayudarse recíprocamente, es el medio y la ocasión. La *Azienda Sanitaria* con la Microárea busca recalificar la comunidad. Comunidad que en otra época existía sin necesidad de la *Azienda Sanitaria*, en otro tiempo existía el hablar con tus vecinos con total tranquilidad. Hoy se es desconfiado del vecino de casa. No se quiere tener relación porque quizás, qué cosa, qué pretensiones tendrá un día. Entonces,

recalificar esta relación y recrear las ocasiones para que se dé, es el modo en que la comunidad puede cuidarse a sí misma y llegue emanciparse del servicio de salud. No es fácil convencer a las personas, menos de este modo, así como no es fácil convencer a los operadores que comiencen a trabajar en equipo, no es fácil convencer al ciudadano a reunirse y a hacer comunidad como se hacía en otra época... ¿por qué?, porque no están acostumbrados.

-¿Cuál es la relación entre la microárea y el distrito?

La microárea es un pedazo del distrito, una emanación. Quien trabaja en la microárea trabaja para el distrito, pero su lugar de trabajo es donde está la microárea.

-¿Y cuál es el funcionamiento del Distrito en un nivel macro? ¿Cómo se organiza?

El Distrito se organiza en la suma de varios servicios, de los cuales te nombro algunos rápidamente porque no quiero hacer que mueras de aburrimiento, son los servicios de enfermería, donde solo conmigo hay 35 enfermeros más o menos, que realizan la administración de medicaciones, inyecciones, ayudan a las personas que tienen que, por ejemplo, aprender a usar la insulina, les enseñan a hacerlo, etc. Trabajan tanto en el ambulatorio como en los domicilios.

Luego, están los fisioterapeutas que realizan la rehabilitación o fisioterapia, suministran las sillas de rueda, la cama hospitalaria, todo lo que es necesario. Después, hay (pocos) psicólogos que se ocupan de

las familias, de los ancianos, de los niños...depende...pero son un número bastante limitado¹. También están los médicos especialistas, lo cual incluye por ejemplo la diabetología, y toda una serie de competencias de este tipo al interior del distrito. Cada una de estas competencias trabajaría por su cuenta si no fueran parte de un todo único. Cada uno piensa que, en relación a una cierta persona, puede llegar y decir "yo no tengo que hablar con los enfermeros y el psicólogo, yo soy el fisioterapeuta, ejercito la rodilla y me voy". Y el psicólogo dice, "yo no tengo que hablar con el fisioterapeuta, yo voy escucho los problemas que me cuentan y busco de ofrecer entrevistas, tests, interconsulta con el psiquiatra, una solución". Y cada uno tendería a trabajar individualmente con la misma persona. En cambio si buscamos una relación podemos también decir: pero esta persona está particularmente encerrada en sí misma y tiene una actitud depresiva para afrontar la vida porque no camina o porque camina mal y entonces no puede subir la escalera de su casa. La pregunta sería, porqué el psicólogo y el fisioterapeuta no hablan para afrontar un problema que es una conjunción de lo psicológico y lo físico. Estoy triste porque no camino, y no camino porque estoy triste. Se crea un círculo vicioso. Juntos podrían valorizar la capacidad de la persona y, probablemente, resolver una buena parte de la situación mucho más rápido, mucho mejor, y con la satisfacción de todos, incluyendo a los dos: psicólogo y fisioterapeuta. El distrito nace para "obligarlos", si sirve obligarlos, a trabajar juntos en

¹ NT. Cabe destacar que la atención en salud mental que implica un seguimiento mayor se deriva a los Centros de Salud Mental

un proyecto a la persona². Y es para esto que nace el Distrito. Si no, no serviría, si no estaría la cajita del psicólogo, la cajita del médico, la cajita del enfermero.

-¿Y en qué año nacieron los Distritos?

En el '95 nacen por ley, y en Trieste comienzan verdaderamente los primeros años del 2000. Previamente, habían sido construidos muy de a poco.

-¿Cómo se entienden según usted, hoy, los conceptos de salud y enfermedad en esta ciudad?

Ehh, no tengo una respuesta universal a esta pregunta. Cuando me enfrento a cada existencia con sus problemas intento ingeniármelas para comenzar a intuir cuál podría ser un mejor entendimiento del problema, no es una cuestión que se pueda generalizar. Ninguno parte con un programa sobre una persona o familia sabiendo que actuando de determinada manera las cosas seguro mejoran. Porque nosotros no actuamos en un sistema lineal

²NT. Progetto alla persona. La atención en todos sus niveles es entendida de manera global y no fragmentaria. Se entiende que el problema de salud que tenga una persona afecta a varias esferas de su vida. Es por ello que se utiliza la palabra "proyecto" en un intento de atenderla problemática de manera más integral. La ley 328/00, prevé que la atención a personas con discapacidad debe ser integrada. Cada una de las intervenciones que sean necesarias deben ser dirigidas en un mismo sentido particular e individualizado en las exigencias del caso. A su vez, el art. 3 de la Ley 104/92 establece que los proyectos individuales tienen que poder ser creados como un recorrido personalizado respondiendo de manera compleja a las necesidades y aspiraciones del beneficiario.

cuando nos estamos ocupando de alguien. Actuamos en realidad en un "ecosistema". Nuestra existencia es en ecosistema, y en un ecosistema cuando modificas una variable, en cadena todo el resto tiende a alterarse hasta adaptarse en un nuevo equilibrio. Esto es lo que te explican en quinto grado del ecosistema. Pero, cuando nosotros vamos a actuar tenemos un margen de previsión, de resultados muy limitado, no sabemos qué tipo de respuesta tendremos en realidad. Pero es evidente que si una persona no toma correctamente los fármacos para el corazón, mejor no estará, y si los toma con regularidad al menos hay una esperanza de que suceda un mejoramiento. Y si no hay mejoramiento entonces tenemos la certeza de poder volver al cardiólogo para que reevalúe porque ya sabemos que los fármacos no están funcionando. Cualquiera sea el resultado, generalmente, GENERALMENTE será, de todos modos, un paso hacia adelante si logramos hacer aquello que nos hemos propuesto. El punto es un paso adelante pero ¿hacia dónde? Solamente estando ahí, podremos entenderlo. Así que si vos me preguntás donde inicia la enfermedad y donde termina la salud, la respuesta es que no tengo una respuesta, que sería arrogante tenerla. Incluso porque si queremos propiamente explorar el concepto de enfermedad y limitarlo a establecer una línea dónde de un lado está la salud y del otro la enfermedad, sinceramente esta línea no la he encontrado jamás. Más bien creo que sea un matiz, un gradiente, un pasaje gradual de una a la otra. Hablamos de cronicidad, ¿de acuerdo? Y estar en el medio es ya un resultado.

- En otras ocasiones, lo he escuchado decir que a veces el mismo hospital es el que produce discapacidad, y que esto es porque el hospital es una institución costosa en muchos sentidos ¿podría explicar este concepto?

El hospital es un lugar costoso en su plano económico, esto es del dinero, ya que cada día de internación cuesta mucha plata a la comunidad. El hospital es pagado con dinero público. En Italia el régimen privado es muy pobre. Luego, es costoso desde el punto de vista humano, porque provoca una serie de complicaciones a la salud, más que nada en los ancianos. Por esto es que los viejos se enferman estando en el hospital. Van al hospital por que están enfermos y probablemente salen recuperados de la enfermedad que los ha golpeado, pero salen enfermos de alguna otra cosa. Pueden desarrollar una pérdida de la capacidad cognitiva durante la hospitalización, pueden desarrollar lesiones o llagas por estar acostados, puede debilitarse su organismo y entonces ya no estar en condiciones de caminar, de ser autosuficientes; pueden portar a su casa gérmenes resistentes a los antibióticos. Y así sucesivamente. Son enfermedades, que basta buscar en Wikipedia, que se llaman nosocomiales. Esto es que aparecen por el hecho de estar internado en un hospital. Luego, están las enfermedades que se llaman iatrogénicas, estas son las provocadas por las decisiones médicas. Son el efecto colateral de la cura que queremos lograr. Si alguno quisiera un ejemplo basta pensar en la quimioterapia que, ciertamente, busca enlentecer o hacer desaparecer una enfermedad como el cáncer, pero que provoca: pérdida del cabello, diarrea, vómitos, incapacidad

para alimentarse, solo si queremos citar lo más famoso. Entonces es "el precio a pagar", si podemos llamarlo así, para intentar recuperarnos de una enfermedad más grande. Así que el hospital es un lugar donde, en principio, es mejor no terminar. Sé que suena una afirmación estúpida porque ninguno quiere terminar en el hospital. Pero recordemos que no terminar en el hospital es el resultado de cada día cuidar de nuestra salud. Y es mejor no terminar en el hospital, no solo porque no es agradable, porque se está mejor en casa, sino también porque en el hospital uno se enferma. Debemos curar a las personas impidiendo lo máximo posible la internación. Y, entonces, si uno sufre del corazón, debemos cada día –entre comillas cada día- verificar que las cosas no estén empeorando. Y debemos convencer a las personas de cuidarse correctamente en su casa, con nuestra ayuda, pero autónomamente. Este es el descubrimiento de la medicina territorial. Que no es la negación del hospital, no es la adversaria del hospital. Al contrario, al hospital van aquellos que han tenido un accidente de tránsito, o quienes se han fracturado una pierna al caer, quien ha tenido un infarto. Pero es estúpido que vayan aquellos que tienen diabetes, porque la diabetes se puede atender sin necesidad del hospital. Basta curarlo³ bien cada día tomando la medicación, realizándose los exámenes, y comiendo correctamente y con regularidad.

³NT. La palabra *curare* en italiano incluye cuidar, tratar, curar, arreglar, atender, sanar. Es interesante señalar como usualmente se utiliza esta palabra, tanto para el tratamiento médico y su recuperación como para los cuidados familiares.

- Y para esto se necesita que la persona aprenda a hacerlo...

¡Sí! Para esto necesitamos que la persona no solo aprenda, necesitamos que colabore, y necesitamos a veces que cambie algo que es muy difícil de cambiar, sus hábitos. Sabés que en la diabetes, por ejemplo, las infecciones en los pies son muy frecuentes. Si una persona con diabetes vive en una casa inmunda y camina descalzo en la suciedad constantemente tendrán infecciones, tomará antibióticos, visitará al médico. ¿Por qué? Porque no tiene limpio el piso de su casa. Porque no lo hace desde hace muchos años, porque es quizás un hombre solo, que vive sin su esposa, que ha perdido -como tantos hombres mayores solos- la noción de la higiene personal y doméstica. Ahora, ¿quién se tiene que ocupar de limpiar el piso? ¿La asistente social? No. ¿El médico? No. ¿El enfermero? No. Ninguno tiene el deber de limpiarle el piso, pero ese piso está provocando internaciones, infecciones, antibióticos, visitas. Está agravando la salud y la capacidad de esa persona de caminar. ¿Por qué? Porque el piso está sucio. Ahora podemos empezar diciendo que el médico, o cualquier otro, tiene el deber de proveerle de alguna manera que ese piso deje de estar sucio. ¿Cómo? No lo sé. Porque yo no voy a limpiárselo, esto está claro. Es su piso y debe ocuparse la persona, pero yo tengo el deber de exigirle que encuentre una solución, obviamente ayudándolo como pueda.

Entonces, vos ves que a veces los problemas no están en cuestiones sanitarias, pero sí en cuestiones relativas a la vida privada de la persona, en cuestiones relativas a sus hábitos.

-¿Que se está haciendo ahora o se ha hecho en Trieste para mejorar este sentido comunitario del que hablabas?

Muy poco, en el sentido que, el "sentido comunitario" no está muy valorizado, y da una base de calidad de vida importantísima. Si vas en algunos pequeños pueblos de la Italia –sobre todo del centro norte- existe todavía un fuerte sentido de comunidad en quienes allí habitan. Y el pueblo es lindo, el limpio, es ordenado, se lo tiene bien. Cuando una persona necesita ayuda van enseguida a ayudarte, etc. Porque la comunidad entra en todos los ámbitos donde ni el Estado ni las instituciones entran. Las instituciones son: si te enfermás te curo; si perdiste tu casa te ayudo a buscar una; si perdiste el trabajo te doy una pequeña cantidad de dinero para que te mantengas, etc. Fin de la conversación. Pero quizás no es la pequeña suma de dinero lo que me sirve... a veces, lo que me sirve es recuperar mi existencia. Para esto existe como solución solo la propia comunidad de referencia, que puede ser la familia, el barrio, el pueblo, el grupo religioso, o alcohólicos anónimos. Puede ser la que vos quieras, cada uno tiene su comunidad de referencia. Si la comunidad de referencia corresponde a la comunidad en un conjunto, tendrás evidentemente a tu disponibilidad todos los recursos posibles de imaginar. Este sentido de comunidad es muy fuerte en el sur de Italia, incluso en las grandes ciudades, donde todos están al corriente de la vida de todos al interior del barrio. Mientras típicamente en las grandes ciudades de la Italia del norte, como Trieste, este sentido de comunidad va perdiéndose. Yo creo que la *Azienda Sanitaria* –por extraño que sea- está haciendo muchas cosas por reconstruir el sentido comunitario.

Porque, estate atenta, es el interés material de la *Azienda Sanitaria* que sea una comunidad fuerte. Cuando más fuerte es la comunidad, más la comunidad se basta a sí misma en la vida cotidiana, y menor será lo que deba ocuparse la *Azienda* para garantizar la salud. Entonces, es propiamente un interés material, no solo ético.

Una visión de este estilo, entiendo, no es compartida por todos. Tantas instituciones no están en la primera línea para construir un sentido de comunidad, porque no le ven la importancia, o quizás porque no tiene la fuerza para lograrlo. La comuna de Trieste, en mi opinión, no ha hecho los suficientes esfuerzos en el tiempo para reconstruir las comunidades en los barrios, especialmente en aquellos más dispares. Pero esta es una impresión de ciudadano.

20 de Diciembre 2018
Café San Marco, Trieste, Italia.

Entrevista y Traducción: Paula Abelaira

GESTIÓN Y PRÁCTICA: ¿CÓMO PENSAR LOS SERVICIOS?

Entrevista a Roberto Mezzina

Presentación del entrevistado

Comenzó trabajando en la Ciudad de Trieste en 1978 como médico voluntario en el CSM de Barcola, llegando a ser director de este Centro de Salud Mental.

Actualmente es Director del Departamento de Salud Mental de Trieste¹ y Director del Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud por la Investigación y la Formación en la Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste.

¹ Nota de la compiladora: Al momento de la entrevista, el Dr. Mezzina se encontraba ejerciendo sus funciones de Director de Salud Mental, las cuales concluye a finales del año 2019 debido a su jubilación.

-Para comenzar, quisiera preguntarle cómo comienza su propia historia de trabajo en Trieste

Yo llego inmediatamente después de la ley 180, a fines de 1978, aunque ya antes había estado en Trieste, en un período donde se estaba cerrando el hospital psiquiátrico. Me traslado a Trieste, primero como voluntario (becario se decía) y después, bastante rápido, gané un concurso como médico psiquiatra. Esta decisión estaba basada en mi motivación, yo venía de Puglia -una región del sur de Italia- donde la situación psiquiátrica era particularmente pesada y difícil por la presencia de uno de los más grandes manicomios de Europa. Era un manicomio con incluso una sección de discapacidad, que albergaba más de 4000 personas. Era privado, gestionado por una cadena religiosa de manicomios. *Don Uva* se llamaba. Era un *molock* dentro de la situación pugliesa. Tenía pequeños servicios que se estaban desarrollando inmediatamente después de la ley 180, por obligación, porque debían hacerlo, y no porque existiera un movimiento precedente. Fui contactado por otra persona que colaboraba ya en Trieste. Una asistente social pugliesa, también de Bari, de mi ciudad. Ana, y gracias a ella me pongo en contacto con la dirección. Primero con Basaglia en el '77 y después con Rotelli en el '78. Entonces he empezado rápidamente a trabajar en el hospital psiquiátrico: primero en el CSM de Barcola, luego en un grupo apartamento -dependiente de este centro- donde habían 15 enfermos. Después trabajé, pocos meses pero muy significativos, en el hospital psiquiátrico

contribuyendo como responsable del proyecto de cerrar el último servicio importante que quedaba: un servicio de enfermería con personas dementes, con grandes psicosis regresivas, personas incontinentes, abandonadas...entonces hemos hecho un gran trabajo en ello, luego me dediqué a la militancia, luego volví, y después siempre he trabajado en Trieste.

-¿Qué función tiene, en un sentido político, la salud mental en Trieste y en la región?

Digamos que Trieste ha sido como otras ciudades italianas, porque era un movimiento que parte de un razonamiento sobre la psiquiatría crítica, sobre la situación de los manicomios italianos. Era parte de una iniciativa de vanguardia que se estaba haciendo en toda Italia. La de Gorizia fue la primera. Inmediatamente después, casi contemporánea, Perugia ha tenido una actividad de este género. Gorizia con Franco Basaglia, después con Slavic. Todos ellos: Pirella, Casagrande, todo el grupo que se había constituido contemporáneamente en el año 60 en Perugia. En el año 70 este movimiento se refuerza junto con otras ciudades que participaban, incluso del sur de Italia. Catania con dos manicomios, después otros como Ferrara... un poco por todos lados. ¡Arezzo! muy importante. Yo digamos que era consciente del hecho de que, de todos modos, el aspecto de transformación política estaba ligado a la superación de esta institución. Se llamaba "lucha antimanicomial" en Italia, como se ha llamado también en Brasil. El movimiento de lucha contra el manicomio era un movimiento de crítica a las

instituciones y, naturalmente, iba en la misma dirección de aquellos que eran movimientos de estudiantes y de operadores de la salud que querían la reforma sanitaria. Esto era la constitución de un servicio sanitario nacional que caminaba en paralelo con un aspecto de participación muy importante de control por parte de la comunidad. Cuando nace la ley de 1978, N° 833, de Instituciones del Servicio Sanitario Nacional, fueron constituidas las primeras Unidades Sanitarias Locales. Ya se tenía un debate de muchos años, de cómo debía ser, qué dimensiones debían tener estas Unidades Sanitarias Locales. Algunos pensaban que debían ser muy pequeñas, donde se pudiera estar verdaderamente en contacto con las pequeñas comunidades. No obstante, la arquitectura que asumieron era muy grande. Hoy la región entera es una sola hacienda, muy diversa de aquella idea inicial de una medicina participativa, de la participación de las fuerzas sociales, sindicales, productivas, de los operadores. En fin, de los trabajadores para la constitución de una salud pública, que diera entonces un derecho a la atención, garantizado para todos, universal, con facilidad de acceso. En esta lógica la salud mental ha jugado su rol, en el sentido en que ha estimulado, por un lado la crítica a las instituciones hospitalarias -el manicomio era una especie de hospital, no un hospital en sí, sino un lugar de contención y exclusión- pero, de todos modos, se ha hecho parte de una crítica a una medicina solo concentrada en el hospital, una medicina que debía en cambio mirar las condiciones de vida de las personas, las condiciones materiales, las producciones de las enfermedades

dentro del contexto social y, por lo tanto, a hacer prevención. El primer proyecto que en esos años nace, en el estudio de la reforma que estaba viniendo, se llamaba Proyecto PMM –*Prevenzione malattia mentale*- un proyecto para la prevención de las enfermedades mentales. Se buscaba, mientras se superaba el manicomio, intervenir en el territorio de un nuevo modo. Este era el aspecto “político” más grande. Una afirmación de derechos de las personas que no los tenían. El enfermo, y el enfermo psiquiátrico sobre todo, internado en el manicomio con el derecho mínimo a la libertad y con todos los derechos de ciudadanía que luego se detenían. La ley declaró la igualdad de los derechos de estos enfermos con los de cualquier otro ciudadano. Se empieza a hablar del derecho a la cura en condiciones de voluntariedad cuando era dominante la visión coercitiva y de reclusión de los manicomios. Pero, para decir la verdad, iban ya 10 años que había salido una ley, en el ‘68, la ley Mariotti, que anticipaba el concepto de tratamiento voluntario en el hospital psiquiátrico. Psiquiatría que no existía en los hechos: si una persona era internada, era por definición una persona peligrosa o de “público escándalo”. Ésta era la ley que existía desde principios del 1900(1904). Ley que existía en Italia y en Europa. Una ley liberticida que atacaba la libertad de las personas, manifestaba un poder violento de la psiquiatría. Era una ley ya vieja en su nacimiento a principios de 1900... así que en los años ‘60 ya era algo anacrónico. Había personas que no recibían ningún tratamiento, era sólo estar en estos grandes contenedores que iban en aumento, por lo cual en

Italia la crisis manicomial, se toca propiamente a inicios de los años 70. En los años `70 había 100 mil personas en los manicomios italianos. Un número altísimo que fue creciendo después de la guerra, llegando a una situación insostenible. Ya desde hacía muchos años se hablaba de intervenir, de hacer algo, pero Basaglia y su grupo fueron los primeros que lo llevaron a cabo.

-Muchos terminaban en el manicomio por la guerra....

Sí, sucedía también esto, y las condiciones de la posguerra. En Trieste muchas personas terminaban en el manicomio por toda la cuestión del éxodo del Istria. La ocupación de Yugoslavia había determinado una situación donde los italianos escapaban de Istria trayendo todo, a veces la familia entera, llegando a Italia como prófugos, pidiendo asilo se diría hoy. Todos hablaban la lengua italiana, eran italianos que vivían en Istria y Dalmacia, las cuales luego se volvieron parte de Yugoslavia. Entonces, todo esto creó una situación de gran sufrimiento para estas personas, tanto social como personal y, en muchos casos traumática, donde podían tener problemas psiquiátricos y terminaban en los manicomios. Había muchas personas en esta situación y era complicado porque no había ni con quien trabajar: no había una familia sino yéndose a buscarla más allá de la frontera. Una frontera muy fuerte, un pedazo de la cortina de hierro que cortaba Europa entre el Este y el Oeste, aunque Yugoslavia tuviera un perfil más bajo, menos alineado con Rusia.

-En lo que refiere a gestión, ¿cómo es hoy el diálogo entre la salud mental y la salud general?

Bueno, justamente esta evolución de la idea de que el trabajo en psiquiatría no estuviera desconectado de una transformación de la medicina en un todo, como un complejo, ha sido siempre una directriz importante. Mientras se completaba la reforma psiquiátrica nacían los primeros distritos sanitarios, en verdad socio-sanitarios, en toda Italia. En esta región el aspecto social estaba por fuera y era delegado al municipio, el cual se realiza de esta manera aún ahora. Pero digamos que la idea era una integración en el bienestar sanitario (*welfare sanità*) que debía realizarse al nivel de la comunidad. Entonces, mientras la ley de un lado decía que las condiciones agudas psiquiátricas debían ser atendidas en el hospital general y en algunos servicios de internación, como *Diagnosi e cura*, pero por breves períodos solamente relativos a la situación aguda y luego ser seguidos por el centro de salud mental; al mismo tiempo la integración no podía ser pensada sólo de esa manera. Basaglia había denunciado enseguida el riesgo de que pasaran a una homologación dentro del concepto de enfermedad mental, como un concepto manicomial a un concepto de la sanidad hospitalaria, el enfermo se volvería otro tipo de enfermo al lado de cualquier otra enfermedad y esto no parecía suficiente. Era un proceso escaso, obviamente había que poner en discusión la liberación y la codificación de las necesidades que estaban detrás de los problemas psiquiátricos. Entonces, la evolución de los distritos socio-sanitarios ha contribuido a colocar en una dimensión de

territorio y de comunidad esta integración entre la salud mental y la salud general.

Pero quiero decir esto, el riesgo está siempre. Hay hoy una psiquiatría que pone el chaleco de fuerza, si es que aún no lo tenían, donde el manicomio está en los hospitales generales, pensando en gestionar la salud mental a partir del hospital. Esto sucede en la región de la Lombardía, muy cercanos a nosotros, una región muy rica de Italia donde se piensa en darle un estatuto científico a la psiquiatría, abstrayendo la acción terapéutica a la condición de dignidad de la persona. Aquello que se hizo en Trieste fue absolutamente lo contrario. Esto es, restituir el problema de la enfermedad a la complejidad de la vida de las personas y de sus condiciones sociales.

-Usted asume como director en el 2014. ¿Cómo veía a Trieste antes de ser Director y en qué sentido estuvo orientada su gestión en aquel entonces?

Sí, pero ya había estado en el 2012. Siempre formé parte de esta experiencia por lo que, naturalmente, la he vivido en mi carrera, en varios niveles de los roles que tuve. Pero ya desde el año 2000 estuve muy activamente abocado a la dirección, en el sentido en que fui vicedirector con Peppe dell'Acqua, por lo que me he sentido parte de una dimensión más amplia que aquella de trabajar como psiquiatra dentro del Centro de Salud Mental. Incluso como director de un CSM. Para mí ha quedado como una lección absolutamente fundamental. No debemos olvidar que una gestión abstracta aplicada de la

psiquiatría, no funciona. Debemos conocer, qué cosa es el 'enfermo mental', qué cosa es el 'paciente', el 'usuario' de los servicios, qué cosa es la persona con la experiencia, diríamos hoy, el 'ciudadano sufriente' por sobre lo psiquiátrico. Esta es la evolución de los términos que te muestran muy bien lo que ha sido en términos de cambios. Pero se necesita ser aún más radical con el rol que tenés. Siempre pensé en continuar profundizando la experiencia de Trieste. Cuando inicié y luego cuando llevé a cabo el rol de Director, primero por un período más acotado y luego con un contrato más amplio, se dio esto de pensar qué cosas serían necesarias para completar una oferta de servicios sabiendo que hoy, poco a poco, el protagonismo que tienen las personas se volvió más fuerte, más importante. Mientras que, cuando comencé a trabajar, se trataba de sacar casi de los pelos a las personas de la situación en la que estaban, y, a veces, había correspondencia, había una actividad, un activismo de la persona. Hoy las personas que están en Salud Mental están absolutamente presentes, activas, quieren participar, quieren decir lo suyo, quieren ser los actores protagonistas en este asunto. Entonces, mientras antes se hablaba sólo de "tener a cargo", por ejemplo, el servicio se hace cargo de todos los problemas de la persona, a partir de aquellos problemas psicopatológicos, pero para arribar a los problemas sociales y más amplios. Hoy se habla de "camino de cura/cuidado". Es el sujeto que hace el recorrido y nosotros debemos, como sistema de servicios, no abdicar al concepto de "responsabilidad", sino llevarlo hacia una versión que

toma en cuenta esta reciprocidad, con la otra persona.

Hoy es un recorrido que yo debo garantizar, hecho de oportunidades, de elecciones, posiblemente de servicios no unívocos, que no sean cárceles, que le permitan a las personas personalizarlas, individualizarlas. El soporte que decíamos son las intervenciones terapéuticas de las que forman parte, participantes lo máximo posible. Este creo que es el descubrimiento.

Y yo estos años he trabajado, casi 5 años hasta ahora, en dirección a poder completar lo que, según nosotros, faltaba. La experiencia como el Recovery House², por ejemplo, un lugar para las personas, sobre todo jóvenes, donde la persona está puesta en el centro, donde se ha re-discutido el poder de los operadores, equilibrándolas, poniendo a la persona en una situación verdaderamente de protagonismo. Tener hoy una situación en la cual nos hemos hecho cargo del cierre de los Hospitales Judiciales, con la REMS³, haciéndolas con las puertas abiertas, de manera que sea un recomienzo de las personas, no un lugar de reclusión. También hemos trabajado para que las estructuras residenciales, aún presentes en el Parque de San Giovanni se cerraran, y las personas

²NT. Programa de residencia 24hs para personas que requieren de una atención más prolongada. Allí conviven unos pocos usuarios sostenidos por operadores de la casa, grupo de familiares, operadores sociales del sector privado, y operadores del DSM. Tiene un fuerte trabajo del vínculo entre pares y la estadía finaliza con la construcción de un proyecto personalizado y sostenido por el *Budget di Salute Mentale*.

³NT. Residenze per l'esecuzione di misure di sicurezza.(Residencia para la ejecución de medidas de seguridad)

sean reubicadas en la ciudad, en su territorio. Cosa que por algunos años ha estado detenida, porque los locos no son una prioridad, mientras, por el contrario, me parece muy importante que hayamos hecho esto. Entonces hoy tenemos un sistema, hemos desarrollado, por ejemplo, la oportunidad de ser atendido en la propia casa, más de aquello que se hacía, gracias a la gente de salud mental, gracias al trabajo de un servicio de "crisis", el famoso STID⁴. Quiero decir, esto junto a otras cosas, con la introducción del Peer Support⁵, que implica la formación previa, después el seguimiento en las cooperativas sociales, las asociaciones de Peer Support pagas, con operadores, personas jóvenes con experiencia, todo esto creo que ha ido en dirección de completar esta ventaja de elección de ofertas del modo más amplio posible. Tenemos un instrumento hoy, importantísimo, que es aquel del proyecto personalizado del BUDGET de Salud, que no debe ser una simple destinación de recursos externos y, por lo tanto, un modo a través del cual ese servicio delegue a otros, externos, a otros sujetos que son el primer estrato social, el tercer sector, el trabajo que debe realizar, pero que colabora con, co-proyecta, co-produce, (del inglés *coproduction*) produce junto a los servicios los cuales las personas precisan, convocándolos a quedigan lo suyo, siendo incluso protagonistas de la definición misma del proyecto.

Todo esto es muy prometedor. Es difícilísimo, difícil hacer funcionar toda esta orquesta. La tarea del

⁴NT. Supporto e Trattamento intensivo domiciliare. (Asistencia y tratamiento intensivo domiciliario)

⁵NT. Grupo de acompañamiento entre pares.

director es hacer de director de orquesta, no debe tocar un instrumento, debe permitir que toquen los otros y producir una música que sea aceptable. Creo que vamos por buen camino, aunque haya muchas cosas por mejorar.

- ¿Cuál de todas estas cosas que dijo, cuál de todos estos elementos cree que garantizan el funcionamiento de esta modalidad de trabajo en el tiempo?

Nosotros siempre pensamos que el elemento de los valores, de los principios sobre los cuales se basa este abordaje, que es una forma de ver, no es sólo un modo de organizar los servicios, es una manera de ver que pone al respeto por la persona, la persona con sus valores, en el centro, que sea la llave. Si esta mirada es compartida, las soluciones las encontrás. Podés crearlas, inventarlas, puede haber una creatividad en el hacer. Pero si querés hacer que emerja la persona de la enfermedad en la cual está inmersa, debés permitir que desarrolle sus capacidades, sus talentos. Y debés trabajar para esto. Para hacer esto tenés que creer en las personas y en sus capacidades. Ahora, si estás convencido que la enfermedad es cualquier cosa que cambiando el cerebro ya está, se sustituye la persona y basta...yo esto no lo creí nunca, incluso si las personas están en condiciones de sufrimiento, enorme, grandísimo, la persona está siempre. El redescubrimiento de las personas es la llave. Por lo tanto, trabajar sobre estos valores, es importante. Si descubris a las personas, y la usas como llave para hacer un servicio,

para modular un servicio, pensarlos en el punto en que no podés hacer otra cosa que respetarles su libertad, fundamental en todos los campos, garantizarle y trabajar en un sistema a puertas abiertas que respete los derechos de estas personas, derechos humanos se dice hoy en un sentido a 360 grados, esta es la llave para hacer funcionar bien los servicios pero es una llave también en el aspecto terapéutico. Porque lo que no se entiende, es que no se trata sólo de hacer un trabajo humanamente aceptable, que mejore las condiciones de vida y de cuidado/cura, sino que ésta es una llave que permite curar mejor. Permite hacer de tal modo que las personas emerjan desde la enfermedad en un modo más verdadero. Con mayor participación, porque tienen el respeto del servicio, el respeto de los otros. Entienden también que los otros están trabajando para permitir que esta persona exprese lo que quiere realizar con aquello que desea.

-Usted es una persona con un largo recorrido en investigación. ¿Qué función o rol tiene la investigación en la práctica clínica y sobre todo en el sostén de esta modalidad de trabajo?

Digamos que todo esto ha "perseguido" a las prácticas. No fue el elemento determinante en la experiencia italiana. Estar en investigación en salud mental hoy quiere decir algo diferente de aquella que era la modalidad a través de la cual la medicina investiga. No se trata solamente de estudiar células o conexiones nerviosas, que es realmente importante, o mediadores químicos, sino que en Salud Mental se

trata no sólo de abordar el cuerpo sino de abordar la complejidad de un ser humano dentro de un ambiente. Esto se ha vuelto muy difícil, porque la mente como se ha enseñado mucho, como Bateson u otros, en definitiva, el conjunto del Ser en el ambiente, no son conceptos aislables. En fin, la realidad es producida, co-producida por quien la vive. A su vez quien vive esta realidad también es influenciado. El cerebro sabemos que con su neuroplasticidad cambia las condiciones biológicas sobre la cual se procesan los hechos de la psique, de los eventos mentales, por lo que todo esto está conectado. Esta es la visión de complejidad que tiene hoy un fuerte reconocimiento en la investigación de aspectos como: determinantes sociales, de salud. No sanitarios. ¿Qué cosa crea la salud de las personas? Muchos aspectos de la vida: la casa donde vive, el trabajo que realiza, las relaciones interpersonales, obviamente tu educación y formación, tu sueldo, etc. Tienen una relación importantísima con toda esta complejidad. Hoy sabemos que estas cosas tienen un impacto muy concreto sobre la mente de las personas. Por lo que realizar investigación se convierte en algo muy complejo. El campo que tenemos ahora está, por suerte, menos simplificado que aquel que había en el hospital psiquiátrico. O el campo de la medicina que mira la enfermedad, ¿no?, y en salud mental debemos mirar la enfermedad pero también al sujeto, y su subjetividad está en el contexto en el cual el sujeto vive. Poner en fila estos tres grandes pilares para realizar una investigación que se arraigue en el mundo real (*In the real world*) no es simple. Hemos hecho algún intento pequeño,

no hemos ido tan lejos aún. Pero creo que ésta es la dirección justa. Algunas investigaciones han requerido un aspecto de investigación cualitativa, con entrevistas a las personas, que han estado entre las cosas más lindas que me tocó hacer. Entrevistas sobre los temas de la Recovery, de la revolución que hicimos acá en Trieste, junto al trabajo de los grupos internacionales con los que colaboramos, se produjeron artículos interesantes, se publicó un libro. Estas cosas dieron un status activo a la persona entrevistada, siendo también un investigador de su propia vida.

Nos han dado el trazado a través del cual poder leer su historia, que no son solamente mecanismos de interpretación de la psiquiatría, cómo se pensaba, cómo ha pensado también el psicoanálisis, cómo lo ha pensado la fenomenología, en definitiva es un acto interpretativo de quien lee la historia. Hacer hablar directamente a las personas y reconstruir un sentido, atravesado por la modalidad en que ellos veían su propio recorrido dentro de la enfermedad, y de recuperar una dimensión de calidad de vida y posiblemente también de satisfacción. Esta es una manera de investigar que creo que contribuye a identificar qué cosa quieren las personas y entonces orientar los aspectos de los servicios. Haremos un gran convenio, espero, al cierre de mi gestión, de poder aunar el mundo de la vida y el mundo de la ciencia. Que son permanentes interfaces en contraste, en donde la ciencia querría dominar el mundo de la vida, querría interpretarlo, simplificarlo, querría reproducirlo a través de la invariancia, de las leyes que permiten leerlo. El mundo de la vida se

nivela a la absoluta diferencia, de diversidad y multiplicidad, en muchas fases. Esta es una tensión importante. Debemos reconocer que en psiquiatría no podemos mirar sólo a la epidemiología, las investigaciones sobre fármacos, debemos observar todo aquello que se hace más allá, los aspectos "extra-clínicos", etc. Esta interacción es más potente si llegamos a estudiarla bien.

-¡Qué interesante! Recién hablaba de la colaboración internacional: ¿Cómo ve la atención territorial en el mundo y cómo se trabaja desde Trieste para la difusión de este modo de trabajo? ¿Cómo ve, además, que vengan tantos pasantes para aprender esto?

Yo creo que, digamos, hay una tendencia que seguramente sea "epocal", de colocar a la salud mental dentro de la comunidad. Justamente es una de las cosas que decía. Hay un acercamiento a estudiar a las personas en el ambiente donde viven. El enfermo de Kraepelin era un enfermo extraído de su situación y estudiado en el manicomio. Muchos síntomas después se descubrieron con el famoso concepto de institucionalismo, de institucionalización, de muchos aspectos que eran producidos en este ambiente artificial. No se puede hacer otra cosa que volver a la comunidad para intervenir, para hacer salud, por lo que creo que ésta es una tendencia inevitable. No habrá una ciencia más fuerte, una ciencia que se ocupe del hombre que pueda hacer algo mejor que esto. Creo que es esa la dirección, los servicios en la comunidad para todo. Pero, la

tendencia de estar afuera de este campo de complejidad, de utilizar el poder de la medicina, para hablar aún solamente de la enfermedad mental, es una tentación que en particular los psiquiatras tienen. Pero los psicólogos, ¿vos sos psicóloga, no? Tienen una tendencia quizá apenas un poco menor a la nuestra, de aquella de aplicar teorías abstractas sobre las personas. De los modelos interpretativos pre-constituidos. Es muy difícil trabajar sin referencias concretas. Pero si uno acepta el campo de la no certeza, esta es la dirección justa. Los manicomios daban algunas certezas basadas sobre premisas falsas: el enfermo era peligroso, necesitaba ser aislado de la sociedad, se necesitaba curarlo en un ambiente donde él pudiese estar alejado de las contradicciones del vivir que había atravesado y de sus relaciones. Esto, al contrario, ha sido un error dramático que ha provocado daños enormes, como la pérdida de los derechos humanos de las personas. Quiero decir, esta lucha es aún muy fuerte, pero el pensamiento manicomial hoy se traviste de un manto científico que dice "nosotros hacemos un hospital especializado en psiquiatría", este es el nuevo modo de decirlo. Se habla más del manicomio como contenedor, diferenciado del control social, de la exclusión, pero la mentalidad es similar. Es decir, tener a la persona por un tiempo quizás menor, no prestarle atención a la complejidad, curarla *in situ* y mandarla a donde estaba es un modo absolutamente insuficiente, y creo que esto, lamentablemente no es fácil de superar. La OMS de la cual somos colaboradores como Centro Colaborador, que nos mira siempre con bastante interés, no ha tomado una

posición fuertemente connotada en los últimos años. Si bien hay algunos documentos como el Plan de Acción Global sobre la Salud Mental que me parece absolutamente bello respecto a la complejidad, al reconocimiento sobre los derechos humanos, aquellos sobre el Empowerment, discurso que hay sobre el ciclo de vida, pero no llegan a decir que se precisa hacer una psiquiatría de servicios de Salud Mental sin un componente hospitalario, que venido el caso, no es de repente un servicio del hospital general, es un manicomio. Es un Hospital, ustedes dicen "monovalente", especializado, que se ocupa sobre psiquiatría, que quiere decir que contiene a las personas en su interior. Por lo que, la lucha es muy estrecha si se auspicia un balanceo, se habla mucho de este *Balance Scale Model*, con un aspecto del territorio y con el aspecto hospitalario, pero esto yo no lo creo, esto ha creado muchas falsas interpretaciones, muy desviadas, incomprensiones, "re-entendimientos". Al final el hospital se vuelve dominante. Si está este componente, el territorio permanece subalterno al hospital. Por lo que es muy importante. Acá en Trieste, así y todo se alcanzó a poder a realizar esto. El territorio es el lugar de la cura, con sus servicios, CSM, etc.; y el hospital es un lugar para atravesar lo más rápido posible, donde esté en contacto con el mundo de la medicina porque esto también es útil. Este aspecto es una caída de paradigma. Pero la lucha es muy larga. Porque el médico también, en la mayoría de los casos, piensa que el hospital es su lugar. El psiquiatra, en cuanto médico piensa lo mismo, dado que él toca el primer instrumento, da el La a todo este mundo,

lamentablemente esto es lo que adviene. ¡Argentina es un ejemplo!, Brasil es interesante porque hay un "brazo de hierro", un crecimiento de CAPS aparte de los hospitales, pero son la mitad, cómo decirlo, estamos aún dentro de una gran contradicción alrededor del mundo, incluso es así aquí en Europa.

-Para finalizar, ¿Cómo ve Trieste hoy y qué cosas deben trabajarse aún?

Pienso que Trieste hizo mucho. Pero es una especie de contradicción. Por un lado necesitamos hacer crecer la "fineza" de los instrumentos de intervención sobre las personas, ¡con! las personas. Por lo que tenemos la necesidad, no de técnicas, sino de una Salud Mental sensible, que sea capaz de hablar con esta subjetividad, también nueva, las mujeres, los jóvenes, las situaciones donde toda experiencia humana sea un material útil para la salud mental. Por otro lado es verdad que se demanda una transformación del campo socio sanitario. No podemos estancarnos en esto. Comprender mejor qué debemos hacer como psiquiatría, pero también de dialogar mejor con los demás. Esto todavía adviene y no adviene. Un poco por culpa nuestra, un poco porque los otros mundos no tienen la necesidad de ocuparse así a 360 grados de las personas, y pueden reservarse un espacio porque las personas son medianamente más fuertes que los sujetos de los cuales nos ocupamos nosotros. Y del otro porque no tienen este concepto de tomar a cargo globalmente, se les dificulta, les da fatiga, incluso en el Distrito Sanitario. Pero donde encontremos la

Experiencias triestinas

correspondencia en el abordaje es que advendrá el milagro. Se cree un servicio "generalista" de un lado, capaz de pensar a la Salud Mental de manera atenta. Estas dos cosas son las que necesitamos.

11 de Enero 2019
Dirección de Salud Mental, Trieste, Italia.

Entrevista y Traducción: Paula Abelaira

1. EL ENCIERRO DE LA LOCURA. BREVE HISTORIZACIÓN

Paula Abelaira / Maha Chabán / Josefina Trápani

Introducción

La historia de la Salud Mental ha estado, desde sus inicios, marcada y fundada en diversas instituciones que se han ocupado del "tratamiento" de aquellos que padecían algún mal, trastorno, enfermedad, o sufrimiento mental -según cómo fue entendido a lo largo de los años-. La psiquiatría, en su nacimiento (siglo XVIII) se encuentra con "los locos" naturalmente encerrados (Galende, 1990, p.126). Es decir que el encierro como tratamiento, surge mucho antes de la psiquiatría como saber que se ocupó de identificar, categorizar y constituir dispositivos y formas de tratar a estos sujetos.

Foucault, y otros tantos autores, remarcan cómo el manicomio nace no con el objetivo de "curar" o "resocializar", sino con una función de control sobre todo aquello fuera de la razón, desviado de la norma, desadaptado de la sociedad. El encierro, aparejado al castigo, aparece como respuesta y como la forma (o solución) privilegiada de tratamiento de este resto, marginal, que dejaba la nueva constitución social. Sin olvidar el rol fundamental que cumplía el Estado en el aval de dicha forma de control.

Actualmente, y en las antípodas de esta concepción, para muchos de nosotros, los esfuerzos van en dirección a eliminar el encierro, a cerrar los manicomios. Ahora bien, es necesario precisar qué es el cierre de los manicomios. A qué nos referimos cuando hablamos de "Desmanicomializar" y si, como frecuentemente se escucha, es esto un sinónimo de "Desinstitucionalizar" -al loco o al enfermo mental-.

Historia de la locura y sus encierros

*Una casa de alienados es un instrumento de curación;
entre las manos de un médico hábil es el agente
más potente contra las enfermedades mentales.*

Esquirol (1838)

Concepciones de la locura

En el libro *Breve historia de la locura*, Porter y Rodríguez (2003) categorizan las conceptualizaciones de la locura a base, fundamentalmente, de la etiología atribuida en las distintas épocas. Marcan así un primer tiempo en el que la etiología era concebida como demoníaca. Es decir, su causa radicaba en la posesión de demonios, dioses o divinidades. La locura era un castigo, una manipulación, una venganza de las entidades no-humanas sobre los humanos. Aquí, las personas eran víctimas inocentes de fuerzas y motivaciones ajenas sobre las que no se tenía control alguno. Con el advenimiento del cristianismo, la locura fue conceptualizada como sinónimo de pecado, defecto moral, o como asunto que el ser humano se provocaba a sí mismo cuando caía en alguna forma de degeneración religiosa o por falta de "virtudes".

Para la Edad Media, se consideró la locura como producto de los pactos con el diablo y como efecto de la confirmación de la brujería, la cual ubicaba al loco como alguien controlado por las fuerzas del mal. Sus "tratamientos" iban desde diferentes tormentos pasando por los más variados exorcismos (de acuerdo al tipo de demonio intruso) hasta la quema en la hoguera. Hasta aquí predominaban las visiones sobrenaturales como etiología de la locura.

Para el Siglo XVI comienzan a cuestionarse estas causas sobrenaturales y empieza a perfilarse la idea de que las locuras son de origen físico y no del alma. Entre el Siglo XVI y el XVII ocurren grandes adelantos en las ciencias médicas que dan inicio a teorías de que la locura es causada por: desbalances humorales, enfermedades del cuerpo (principalmente hereditarias) y hasta algunos, como Burton en Inglaterra (Siglo XVI), comenzaron a explorar, por primera vez, factores psicoambientales como causa de desarrollo de la locura.

Durante la Edad Media y el Renacimiento se comienza a establecer la idea de que el ser humano es fundamentalmente racional. Gracias a Descartes, entre muchos otros, se comienza a perfilar la locura como un problema no necesariamente originado en el cuerpo sino posiblemente en la mente, particularmente cuando ésta es dominada por la irracionalidad. Esto da base, eventualmente, a la etiología psicológica de la locura, aunque se mantendrá la posibilidad de que se manifieste en el cuerpo o a través de sus sistemas y órganos. Esta explicación se afirmará más frecuentemente para el Siglo XIX y definitivamente será muy dominante en el Siglo XX.

Tratamiento de la locura

En paralelo con estas formas de concebir la locura, se desarrollaron distintos "tratamientos". Si seguimos a Foucault, podemos ubicar un primer período, el renacentista o del gran embarco de los locos. El primer movimiento "oficial" de manejo europeo (llevado a algunos países en Occidente también) sobre la locura fue, durante la Edad Media, excluirlos de las ciudades, fuera de los muros, más allá de los espacios seguros para el resto del mundo.

El segundo período, el Clásico o del Gran Encierro, se caracteriza por la creación de los manicomios, asilos y los hospitales generales, en los que existe una dirección hacia el centro; o sea, hacia "adentro". En este período, el loco debe ser institucionalizado en lugares dentro de la ciudad, no para recibir ayuda terapéutica sino para evitar su presencia y deambulismo por las calles. Siempre bajo el control del Estado. (Porter y Rodríguez, 2003). Estos lugares parecían ser un mismo destino para pobres, desocupados, criminales e "insensatos", sin especificarse jamás cuál era su estatuto (Foucault, 2015).

Un tercer período, el Moderno, traerá la ilusión de la liberación de la locura de la mano de Pinel y su discípulo Esquirol. Aunque parezca paradójico la construcción de los manicomios fue alentada por algunos médicos que creían luchar contra los males que afectaban al loco: abandono, torturas, hambruna, etc. Se caracteriza por un cambio "positivo" en la actitud del médico y el Estado hacia el loco.

Bajo una pluralidad de intervenciones y con instituciones que encerraban de por vida a locos,

leprosos, criminales, epilépticos, discapacitados y varios más, es que aparecen los primeros alienistas. La tarea de Pinel en Francia (más bien como político) y luego con Esquirol como verdadero padre de la psiquiatría (Galende, 2008), así como de otros alienistas Ingleses e Italianos, consistió en la idea de que los alienados debían ser tratados como **hombres enfermos**. Idearon entonces una terapéutica, el Tratamiento Moral:

basada en una estrecha relación médico-paciente la cual partía de la posibilidad de entablar un diálogo con el resto de la razón subsistente en todo enajenado, reconducir su voluntad a partir de ciertas rutinas diarias que se creía harían innecesario el uso de la fuerza, y, desde luego, establecer un severo régimen de aislamiento al que se consideraba capaz de curar por sí mismo. El tratamiento moral sirvió para legitimar a esta naciente psiquiatría como el conocimiento experto en los trastornos mentales, y descalificar las prácticas médicas y no médicas que habían estado dirigidas a la locura durante siglos. La invención del manicomio supuso una ruptura con la tradición de asilo y custodia que mezclaba razones caritativas, médicas y de defensa social para hacer de esta institución un espacio esencialmente terapéutico dirigido por médicos y donde el confinamiento se constituyó en el factor clave de la curación, pues al aislar al enfermo del mundo exterior quedaba alejado de las personas, los hechos o las pasiones que podrían haber originado su locura (Sacristán, 2009, p.167).

Entre los primeros cambios tuvieron un papel estelar las intenciones de reparación y justicia: mejora de alimentación, higiene, vestimenta y tratamiento humanizado. Más tarde con Conolly (1794-1866), en Inglaterra, se proscribió el uso del chaleco de fuerza y ataduras de toda clase. Un tercer momento estuvo marcado por el principio de la vida común: se proponían ocupaciones y entretenimiento (Falcone, 2010).

Instituciones y su función: entre el amor y la crueldad

Non voglio con questo dire che la malattia non esiste, ma che noi produciamo una sintomatologia - il modo di esprimersi della malattia- a seconda del modo col quale pensiamo di gestirla, perché la malattia si costruisce e si esprime sempre a immagine delle misure che si adottano per affrontarla. Il medico diventa gestore dei sintomi e crea un'ideologia su cui poi il manicomio si edifica e si sostiene. Solo così egli può dominare e reprimere le contraddizioni che la malattia esprime¹.

Franco Basaglia.

Ideologia e pratica in tema di salute mentale. 1975

¹No quiero con esto decir que la enfermedad no existe, sino que nosotros producimos una sintomatología -el modo de expresarse de la enfermedad- según el modo en que pensamos tratarla, porque la enfermedad se construye y se expresa a imagen de las medidas que se adoptan para afrontarla. El médico se vuelve gestor de los síntomas y crea una ideología sobre la cual luego el manicomio se edifica y se sostiene. Solo así él puede dominar y reprimir las contradicciones que la enfermedad expresa.[La traducción es nuestra]

Emiliano Galende (2008) en la conferencia "Desmanicomialización Institucional y Subjetiva" plantea que:

Una institución es una organización que básicamente condiciona ciertas formas de relaciones humanas, de pertenencias, construye identidades y sobre todo -por las interacciones recíprocas de quienes forman la institución- se construyen sistemas normativos, códigos de significación, se construyen -de alguna manera- valores que funcionan como reguladores del comportamiento concreto de las personas y permiten anticipar y prever el comportamiento del conjunto.(...) toda comunidad humana es una institución. (p.397).

Siguiendo esta definición, podemos decir que todas las instituciones son productoras de subjetividad. Porque el efecto de las mismas -en un movimiento recíproco de ida y vuelta entre su constitución e institución- es disponer formas de relación e interacción, que marcan una regulación entre sus miembros, y con las que cada sujeto encontrará una manera singular de ligarse.

Ahora bien, no todas las instituciones funcionan igual, como lo marca el autor, algunas producen subjetividad porque generan "capacidades creativas, autonomía, capacidad de pensamiento, desarrollos intelectuales como en cualquier agrupamiento humano. Y otras que son crueles, otras que son nefastas porque tienden al aplastamiento de aquello que constituye verdades del sujeto como sujeto social

y a construir una subjetividad artificial". (Galende, 2008, p.398). Ya Sigmund Freud, en *El Malestar en la cultura*, estableció la relación con los otros hombres, con la sociedad y sus instituciones como una de las tres fuentes de sufrimiento humano. Se plantea allí cómo es que las instituciones que el hombre mismo ha creado, al contrario de lo que podría pensarse, no habrían de representar protección y bienestar. (Freud, 1929) A lo largo de este escrito Freud establece cómo la cultura y sus instituciones regulan de alguna manera las tendencias pulsionales de los hombres, particularmente las agresivas, en pos de un lazo posible. Plantea además la idea de que el malestar en la cultura es estructural, cuestionando la idea de lo natural. Al pensar en un orden natural de las cosas, se cae en la consecuencia de considerar el malestar como fijo e inmodificable, idea que promueve la segregación y la eliminación de los restos que no encajan con el ideal (Álvarez A., 2006, p. 32).

Dijimos hasta aquí que las instituciones condicionan las relaciones humanas, convirtiéndose en productoras de subjetividad. Entenderemos el tipo de subjetividad epocal en relación al tipo de instituciones que la sociedad ofrezca. Así nos topamos con que algunas instituciones son positivas ya que estimulan los vínculos, el pensamiento y la creatividad, mientras que otras los limitan rivalizando y jerarquizando los vínculos de una manera rígida y a veces atroz. Llegamos con Freud entonces a entender que las instituciones son una fuente de malestar, pero a su vez son un regulador pulsional.

Es decir que al instalar un ideal, define de alguna manera ciertas normas o reglas que prohíben y a la vez habilitan, marcan una lógica clasificatoria de exclusión/inclusión del ser humano para su consecución. Al quedar marcado qué queda por fuera y qué queda por dentro, nombra y sanciona la existencia del ser como tal, dándole una entidad y una especificidad. Incluso aquello que no está incluido, lo que queda por fuera de cierta categoría, adquiere un estatuto en alguna otra.

Pero, ¿de qué tipo de institución hablamos cuando nos referimos al manicomio? Como habíamos planteado anteriormente, esta será heredera de aquella nueva forma de encierro que aparece en el siglo XVII, que teniendo sus orígenes en el control social y no en un discurso médico, se sostendrá sin embargo en la estructura misma de esta ciencia y sus distintas disciplinas. El manicomio surge entonces como un establecimiento semijurídico con fines no médicos. Posteriormente es que vendrá el saber psiquiátrico a insertarse allí ejerciendo bajo excusas de cientificidad una relación de poder y de control sobre el fenómeno de la locura. Será entonces el manicomio una institución creada para regular algo de aquello que queda por fuera, lo *inhumano* de “La Humanidad”. Acompañado del saber psiquiátrico sirve ahora para crear parámetros de inclusión, exclusión y segregación.

El manicomio se constituye como una institución total, “un lugar de residencia y trabajo donde un gran

número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (Goffman, 2001, p. 13.). Es así que las instituciones totales reemplazan todos los ámbitos de la vida de una persona por los de la institución. (Galende, 2008). Plantean subjetividades artificiales, donde los lugares propuestos son fijos y por coerción, no habilitando un campo, con bordes, donde los sujetos puedan enriquecerse y complejizarse.

La desinstitucionalización del manicomio no es el cierre de sus puertas: la experiencia de Trieste.

La situación del manicomio de Trieste no era diversa de otras realidades en cuanto a su modalidad de funcionamiento, pero sí en las coordenadas que se dieron para su cierre. Si bien el contexto social y político propiciaba los cambios que Basaglia y otros profesionales venían planteando en otras localidades de Italia, estos sabían que era una oportunidad para no desperdiciar. La transformación debía ser radical y para ello había que contar con el compromiso político del conjunto social en su totalidad, no podía pensarse como un problema a resolver solamente por trabajadores de la salud. Para ello se pusieron en marcha múltiples formas de sensibilización de la sociedad: notas y fotografías en los principales diarios respecto de la situación de las personas internadas, documentales televisivos, eventos culturales y

militancia en las calles. Había que cambiar la idea reinante sobre el manicomio y sobre las personas que estaban allí, pero por sobre todo había que reaprender a trabajar. La *testa manicomiale* era la imperante, y para que el manicomio no se reprodujera en pequeños servicios fuera del hospital era necesario cambiar la forma de concebir la propia práctica.

De esta manera para los triestinos, el desmantelamiento del manicomio supuso una serie de cambios estructurales:

La eliminación de los medios de contención; restablecer la relación del individuo con su propio cuerpo; restablecer el derecho y la capacidad a utilizar la palabra; eliminar la ergoterapia; abrir las puertas; producir relaciones, espacios y objetos de interlocución; restituir los derechos civiles eliminando la coacción, la tutela jurídica y el status de peligrosidad; reactivar un fondo de ayuda económica para poder acceder a intercambios sociales (Rotelli, 2014, p. 36).

Lo que caracterizó la reforma psiquiátrica italiana, y en particular en la historia de Trieste, fue la advertencia constante de que la desinstitucionalización no significaba des-hospitalización. Se trataba en primer lugar de *desinstitucionalizar el paradigma* “un trabajo práctico de transformación que desarticula la solución institucional existente para desmontar y (remontar) el problema” (Rotelli, 2014, p. 33).

La desinstitucionalización buscaba la reconstrucción de la complejidad del objeto de la psiquiatría. Se produjo un desplazamiento que supuso dejar de considerar al enfermo mental como un objeto para convertirse en un sujeto de derechos, y por lo tanto se pasa de pensar a la enfermedad como problema, hacia un enfoque centrado en la persona en su totalidad. El énfasis ya no estaría puesto en el proceso de curación de la enfermedad bajo una lógica problema-solución, que busca "la normalización del loco", a través de la internación (Rotelli, 2014).

Con estos cambios la palabra curar renueva su sentido, ya no apuntando a la anulación directa del padecimiento. Se trataría más bien de ocuparse aquí y ahora de generar transformaciones en los modos de vivir y sentir el sufrimiento de la persona. Se trata de un sistema de salud que puso el énfasis en el "proyecto de invención de la salud de la persona y de reproducción social del paciente" (Rotelli, 2014, p. 34).

Un manicomio sin muros, sigue siendo un manicomio.

Se comienza a esbozar en este escrito la idea de que desinstitucionalizar no significa la desaparición o destrucción de las instituciones. Como vimos, estas son reguladoras y posibilitadoras del lazo social, dándole un marco y soporte a las relaciones humanas, siendo de esta manera productoras de subjetividad. Sin ellas el sujeto queda desanudado

del corpus social. Pero a su vez hay instituciones, las totales, que producen ellas mismas este efecto, y cabe estar advertidos de esta contradicción. Desinstitucionalizar, como bien lo demostraron los triestinos, no implica des-hospitalizar. No se trata **solo** del derrumbe físico de su estructura. Si solamente cerramos un manicomio lo que obtendremos son personas en situación de calle, ya que han pasado tantos años en la institución que han cortado toda comunicación con el "afuera", sin casa, ni familia, ni trabajo, ni grupos de sostén. En situaciones un poco mejores quizás encontremos familias que deberán recibir a aquel familiar que les es extraño y que hace tantos años ya que no viven con él, sin apoyo ni herramientas para su inclusión. Obtendremos también trabajadores desempleados, por la desaparición de sus puestos de trabajo.

Los muros del manicomio que nos proponemos derribar son físicos, pero antes simbólicos. ¿Qué queremos decir con esto? Que el desarme del discurso manicomial también supone instituciones que acompañen, que acojan con amabilidad, respeto y atención a los sujetos que por distintas razones y en determinados momentos, se encuentran desalojados de la sociedad y de sus familias.

Si algo hemos comprobado en la ciudad de Trieste es que el cierre del manicomio no es bajo ninguna circunstancia una retirada del Estado, por el contrario, es su presencia como garante. Es la función estatal la que, al mismo tiempo que le

reconoce derechos (a lazos afectivos, a un trabajo, a una casa), lo reconoce como sujeto. Porque hablar de un *sujeto de derechos* equivale a decir que se encuentra anudado a una red simbólica, a una legalidad, que como tal regula y posibilita el lazo con los otros que se encuentran dentro de esa misma red. La participación estatal entonces se vuelve fundamental: superar el manicomio, cerrándolo si, pero proponiendo alternativas respetuosas de los derechos humanos que puedan garantizar tratamiento, acompañamiento y sostén.

Proponemos hablar de desmanicomialización, en el sentido que le da E. Galende cuando plantea que

(...) se trata de transformar la "institución" desde un sistema de reglas y relaciones que apresan la palabra y fijan los roles, hacia una especie de discurso colectivo, o lenguaje de la institución, en la que la circulación de la palabra garantiza efectos significantes y por ello terapéuticos (Galende, 2008, p. 279).

Es decir, se trata de des-instituir ciertas lógicas de funcionamiento, discursos, y modalidades de relación propias de una institución total, e instituir nuevas ofertas al sujeto en un campo en el que pueda desplegarse y desarrollar su vida, con cierto anclaje, con alguna apoyatura.

Lo que habrá que desarmar entonces es la institución total y el discurso manicomial, ya que si creemos que simplemente con el cierre del manicomio solucionamos el problema, no será raro

que este se repita en casas de medio camino, en servicios hospitalarios y servicios de salud mental. La propuesta es superar de una vez y para siempre las instituciones totales. Destituir al manicomio de sus muros, de nuestras prácticas y nuestra palabra.

Bibliografía

- Álvarez, A. R. (2006). *La teoría de los discursos en Jacques Lacan: la formalización del lazo social*. Bs. As.: Letra Viva.
- Foucault, M. (2015). *Historia de la locura en la época clásica, I*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.
- Freud, S. (1927-31) El malestar en la cultura *Obras Completas. Tomo 1*. Traducción por Luis López Ballesteros. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva. Tercera Edición.
- Rotelli, F. (2014). *Vivir sin manicomios. La experiencia de trieste*. Bs. As.: Topía.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Bs. As.: Paidós.
- Galende E. (2008) Desmanicomialización Institucional y subjetiva *Psicoanálisis. Vol. XXX - Nº 2/3* . pp. 395-427
- Sacristán C. (2009) La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco Nº 45*
- Falcone, R. (2010). Breve historia de las Instituciones psiquiátricas en Argentina. Del Hospital cerrado al Hospital abierto

El encierro de la locura. Breve historización

Esquirol, J. E. D. (1847 (1838)). Tratado completo de las enajenaciones mentales, consideradas bajo su aspecto médico, higiénico y médico-legal, Madrid, Imprenta del Colegio de Sordomudos

Porter, R., y Rodríguez, J. C. (2003). *Breve historia de la locura*. Fondo de cultura económica. México

Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Bs. As.: Amorrortu.

2. UNA RED DE SERVICIOS: LA ATENCIÓN A CIELO ABIERTO

Josefina Trápani

Introducción

El cierre de los manicomios y de las instituciones psiquiátricas cerradas no implica *per se* un cambio de paradigma en la atención en salud mental, sino que supone la creación de nuevos dispositivos para su atención. Para ello es imprescindible el desarme del discurso manicomial, que sostiene al usuario como *objeto* de las diferentes disciplinas que se ocupan de su salud, compartimentándolo y dejando de lado su historia, sus necesidades, sus derechos, su subjetividad.

Para esto, Trieste ha planteado un modelo de atención de la salud mental basado en una red de servicios, emplazada en el interior de la ciudad. Esta manera de configuración de la atención no es sin efectos en la subjetividad de sus usuarios y de los ciudadanos en general.

Me parece importante abordar esta temática, tanto para reflexionar acerca de cuáles son estos efectos, como para pensar qué estrategias son posibles en el contexto de nuestro país, en miras al desarrollo de dispositivos que reemplacen la lógica asilar.

El cierre del manicomio en Trieste

Trieste es una ciudad que se encuentra ubicada al noreste de Italia, en la región de Friuli-Venezia-Giulia, a orillas del Mar Adriático y lindando con Eslovenia. La ciudad tiene una gran influencia yugoslava, habiendo estado dominada por Austria y el imperio austrohúngaro por alrededor de tres siglos. Fue en su momento uno de los principales puertos de la región, habiéndole posibilitado un importante crecimiento demográfico y económico. Esto imprime en Trieste la particularidad de ser una ciudad que, a pesar de ser chica (204.234 habitantes aproximadamente), alberga una gran diversidad cultural y étnica, así como de haber sido sede de importantes sucesos en los distintos momentos de su historia, forjando una identidad e impronta regional muy fuerte, que hizo de esta ciudad un terreno apto para que sucediera una de las rupturas más importantes en la historia de la psiquiatría.

El hospital psiquiátrico de Trieste, San Giovanni, fue fundado en el año 1908, y para el año 1971, momento en que Basaglia asume su dirección, se encontraban internadas 1182 personas. La experiencia de comunidad terapéutica de Franco Basaglia en Gorizia y, a partir de ella, las denuncias de lo que sucedía dentro de las instituciones psiquiátricas, había marcado el camino a seguir para este médico Veneciano, que, una vez en Trieste, se propone ir más allá de la comunidad terapéutica, apuntando al cierre del hospital psiquiátrico.

Para ese momento, su experiencia en Gorizia había sido conocida a nivel mundial, por lo que contaba además con la ayuda del trabajo de profesionales, artistas y voluntarios que se habían visto convocados por sus ideas, que denunciaba el maltrato, la violencia y las condiciones indignas en la que vivían aquellos que se encontraban en el manicomio.

La transformación de San Giovanni fue tanto desde lo ideológico como desde lo arquitectónico. La superación de un paradigma y de una institución centrada en la enfermedad mental y donde convivían, paradójicamente, las funciones “de cuidados y custodia, protección y reclusión” (Dell’ Acqua y D’ Autilia, 2017, p.33), implicaba necesariamente desarmar la trama institucional hasta ese momento operante.

Para ello, devuelve la palabra a los internos, proponiendo una relación simétrica y anulando las jerarquías; instala asambleas hospitalarias y comienza con un proceso de transformación desde dentro. Poner entre paréntesis la enfermedad, permitía por primera vez escuchar cuáles eran los sufrimientos de los pacientes, sus historias, sus “reales necesidades”.

Se abrieron las puertas de los pabellones, para instalar dentro de San Giovanni una división por zonas (cinco), donde se desarrollaba la vida de los pacientes en “comunidades abiertas”. Ya no más distribuidos por “comportamiento” o diagnóstico, sino respetando la zona de la ciudad de dónde venían

(Dell' Acqua y D' Autilia, 2017, p. 34). Es decir, se organiza el interior de San Giovanni de manera isomórfica con la ciudad, a fin de comenzar a pensar en una atención territorial.

Por otro lado, el hospital también comienza a abrir sus puertas a la sociedad. Se realizan eventos culturales, y los pacientes comienzan a realizar salidas a la ciudad cada vez más frecuentemente. Al mismo tiempo, criticando la "ergoterapia", se instala la premisa del derecho al trabajo remunerado. Aparecen entonces las primeras cooperativas de trabajo, y se comienzan a formar los primeros grupos de convivencia.

El proceso de cierre del manicomio, con las transformaciones que sucedían en su interior, se acompañó de decisiones políticas estratégicas. El hospital dejó de admitir más internaciones, mientras se gestionaban las externaciones de los pacientes, ya fuera con sus familiares o con la conformación de grupos de convivencia. Simultáneamente a todos estos movimientos, comenzaron a crearse los Centros de Salud Mental, tanto para recibir y acoger las demandas psiquiátricas, como para acompañar a aquellos que habían comenzado una nueva vida por fuera del hospital.

Las denuncias al manicomio y el carácter revolucionario de lo que acontecía dentro de San Giovanni, fueron instalando en Trieste, no sin resistencias, un progresivo cambio cultural que permitió que la sociedad pudiera primero aceptar, y luego acoger a estos "marginados" que ahora se hacían oír y reconocer no como objetos, sino como ciudadanos, sujetos de derechos.

La red de servicios

La apertura del hospital psiquiátrico, la caída simbólica de sus muros, produjo que esta institución pasara a formar parte de la estructura de la ciudad. El movimiento que se produce es en dos sentidos. Por un lado, la paulatina transformación de San Giovanni fue haciendo de este "ex ospedale psichiatrico" un espacio cultural dentro de la ciudad de Trieste, propiedad de sus ciudadanos. De esta forma, las instalaciones, sus pabellones, sus parques y jardines, fueron siendo apropiados por distintos actores, llegando actualmente a ser sede de numerosas oficinas y servicios del Departamento de Salud Mental, así como también de algunas cátedras de la Universidad de Trieste. Además, fueron instalándose cooperativas sociales, cafeterías, radios, gimnasios, etc. Asimismo, la constitución del "Parco di San Giovanni" como un espacio cultural y de la ciudad, ha hecho de este conjunto arquitectónico un lugar que aloja fiestas, shows musicales y festivales, que posibilitan el encuentro e intercambio y que continúan con el espíritu revolucionario que fue germen de todos estos cambios.

Al mismo tiempo, así como San Giovanni abrió sus puertas a la comunidad, por el otro lado, la atención en salud mental pasó de estar centralizada y circunscripta en el hospital psiquiátrico, a conformarse como una red de servicios que se desarrolla en toda la extensión de la ciudad.

La idea central de este nuevo funcionamiento parte de la base de que la organización en Salud Mental se transforma, no reformando el manicomio sino

superándolo, y formando una red de servicios territoriales con funciones que abarcan el tratamiento, hospitalidad, protección y asistencia. (Dell'Acqua y D'Autilia, 2017, p. 34)

Hoy en día el Departamento de Salud Mental (DSM) se encuentra inserto en la Azienda Sanitaria Universitaria Integrata Di Trieste (ASUITs). Lo que significa que se trabaja conjuntamente en la atención sanitaria de los habitantes de la ciudad.

La célula básica del DSM son los **Centros de Salud Mental (CSM)**. En la actualidad 4, divididos por zonas y cantidad de habitantes (60.000 hab. por cada CSM aproximadamente). Con atención las 24 horas los 7 días de la semana, funciona:

- En primera instancia como receptor de las demandas espontáneas en salud mental, ofreciendo tratamiento psiquiátrico y psicológico,
- Como hospital de día, ofreciendo un espacio de encuentro tanto a usuarios como a ciudadanos, con el objetivo de establecer vínculos comunitarios,
- Como "refugio de noche". Cada centro de salud mental cuenta con 6 camas destinadas a usuarios que se encuentran en crisis o que simplemente buscan ser alojados en el CSM por alguna problemática particular, que puede ser tanto a nivel familiar, como laboral o social,
- Realizando visitas domiciliarias, tanto para entrevistas en el contexto de vida del sujeto como para entregar la medicación,
- Acompañando a los usuarios en diversas tareas de la vida cotidiana, si así lo solicitan.

Esta "célula básica" se posiciona como el centro, en donde confluye y desde donde se articula la intervención con los diversos dispositivos para la atención de la demanda en salud mental. Además, el DSM cuenta con otros servicios dentro de los cuales se va anudando esta red:

Un "**Servizio psichiatrico di Diagnosi e Cura**" (Servicio Psiquiátrico de Diagnóstico y Tratamiento), que funciona en el Ospedale Maggiore (Hospital Mayor, general) a modo de guardia psiquiátrica, con 8 camas para internaciones en crisis. Una vez que el paciente es alojado aquí, se toma contacto con el CSM de referencia para decidir la dirección a seguir. Se espera que la crisis sea resuelta y el usuario pueda retornar a su casa, con un seguimiento de parte del CSM. Si la crisis no se resuelve, se le ofrece una internación en el centro para continuar allí su tratamiento. Además, este servicio incorporó recientemente un equipo de "Supporto e Trattamento Intensivo Domiciliario", para intervenir en casos donde se evalúa que lo mejor es que el paciente retorne a su hogar, proponiendo un tratamiento donde los profesionales van a domicilio diariamente, a veces más de una vez al día, a modo de una "internación domiciliaria".

El "**Centro Diurno Diffuso**" (Centro de día descentralizado). Siguiendo con la premisa de "puertas abiertas", en Trieste se entiende que el centro de día, lo que para nosotros sería un hospital de día, no puede estar en el interior de los servicios de atención, sino insertos en la comunidad. Así es que el DSM estableció acuerdos con distintas

instituciones, organizaciones, gimnasios, talleres, etc., que puedan ofrecer sus servicios y actividades a los usuarios.

El **"SAR", Servicio de Habilitación y Residencia**. Es el equipo que se encarga de coordinar las actividades de habilitación, rehabilitación, formativas y de integración social. Proyecta, coordina y monitorea la actividad rehabilitativa residencial, actividades del centro diurno y programas de formación e inserción al trabajo.

Una Ciudad Loca

*"Si la sociedad hubiera cambiado verdaderamente,
su lógica interna, el problema de la enfermedad
mental ¿cambiaría o no?"
(Basaglia, 2013, p. 45)*

A partir de toda la reforma y el movimiento de antipsiquiatría en Trieste, esta ciudad ahora es conocida por muchos como "la ciudad de los locos". Es interesante, porque *de los* denota apropiación. Es un pasaje, donde aquellos que antes estaban excluidos de la posibilidad de lazo con el otro, de usar los espacios de la ciudad, que habían sido constreñidos a vivir su vida en el encierro de una especie de "mini ciudad" en el interior de la suya, comenzaron a tener un lugar en la ciudad "real".

Basaglia se preguntaba por el papel del conjunto social en el proceso de desinstitucionalización

italiana. ¿Qué pasaba cuando un sujeto era dado de alta? Si era la misma sociedad la que, en sus modos de funcionamiento había excluido al "anormal", a aquel que no producía, que no encajaba, como un desecho, lo más probable era que este volviera por la misma calle al manicomio.

El recorrido histórico que veníamos haciendo muestra cómo el hospital comienza a formar parte de la ciudad, mientras que la ciudad abre también sus puertas, y se modifica en su interior, en su organización y modos de intercambio, para recibirlos. Proceso que se da gracias al doble movimiento de apertura del hospital psiquiátrico y de la instalación de dispositivos en el interior de la ciudad que comienzan a funcionar para atender a la salud mental en el territorio, es decir en el mismo lugar en donde las personas desarrollan su vida.

Ahora bien, ¿todo esto qué significa? ¿Cómo lo vemos en el día a día? Para explicarlo brevemente, digamos que un usuario ingresa a esta red e inicia un recorrido de salud porque en determinado momento de su vida necesita la asistencia de este sistema. El CSM, al tener a su cargo los usuarios de una zona delimitada de la ciudad, realiza la asistencia pertinente según el caso y luego articula con los distintos dispositivos, organizaciones, cooperativas, para realizar un acompañamiento a la persona en su proyecto. Es decir, se aborda a la persona como un *todo*, lo que incluye no sólo lo psiquiátrico o psicológico, sino también lo social, familiar, etc. Entonces, una vez que la crisis o el momento agudo psiquiátrico cede, el equipo acompaña al usuario, por

ejemplo, en el proceso de conseguir un trabajo o pasantía, una solución habitacional, etc. Al mismo tiempo, incentivan a la persona a incluirse en diversos talleres, o espacios culturales o recreativos en la ciudad (centro de día descentralizado), si es necesario con acompañantes para que puedan sostener estos proyectos.

La red de servicios se constituye como una institución, en los términos que planteábamos en el capítulo anterior. El corpus social, con las distintas organizaciones que la componen, y la institución sanitaria estatal como esta red de servicios interconectados, funcionan conjuntamente como una institución que anuda al sujeto, le da un anclaje sobre el cual sostenerse. Hablamos de una red de servicios, donde cada uno de ellos se articulan entre sí, teniendo al sujeto en su totalidad como centro de la intervención, y procurando que la problemática sea abordada en su lugar de pertenencia, activando los diversos recursos que ese territorio puede ofrecer. Estos recursos van desde dispositivos pertenecientes a la Azienda, pasando por espacios cívicos que abren sus puertas, hasta la puesta en marcha del sistema social y los lazos afectivo que la persona ha construido y que toman parte activa en su recorrido de salud.

Pensemos en el paradigma anterior a este que estamos discutiendo. Bajo esa concepción una persona que estaba (vivía) en un hospital psiquiátrico, no significaba nada para la sociedad, más que la certeza de que quien no estaba ahí dentro era "normal". Entonces, el loco, agitado y peligroso,

una vez que ingresaba perdía todas sus posesiones, los lazos con su familia y con sus amigos, hasta que terminaba perdiendo su historia, y con ella una manera de nombrarse ante los otros. Todo esto sumado a que, sabemos, por estructura muchos de estos sujetos tienen ya dificultades justamente con el armado de su historia y la posibilidad de lazos con los otros. El manicomio venía a efectivizar cada vez más esto.

Lo interesante de esta nueva manera de pensar la salud mental es, sin dudas, el enfoque en la persona como sujeto de derechos, desplazando la mirada de la enfermedad. Devuelve al "enfermo" el estatuto de persona. Podríamos decir que este discurso permite re-posicionar al loco en la dimensión de sujeto, ya no más objeto de la psiquiatría, del Estado, o resto de la sociedad. Sino como sujeto producto de sus relaciones y sobredeterminado por ese Otro social que lo constituye.

El cambio a este nuevo paradigma produce que la persona, nombrada a partir de una enfermedad - *objeto* de estudio y vigilancia- que la definía y determinaba de cierta forma su destino, ahora, siendo avalada y habilitada por el Otro social y estatal, como sujeto, asuma otro lugar.

La inserción de los profesionales y operadores de la salud mental en el barrio, con instituciones donde pueden alojar a los sujetos, y la inclusión de los usuarios en el mundo laboral y en el funcionamiento vecinal, produce necesariamente estos efectos de los que hablamos. Ofrecer a una persona con problemáticas en salud mental una identidad laboral,

o una casa donde habitar, produce efectos terapéuticos. Porque la persona que está en el manicomio y sólo sale a comprar cigarrillos, no es la misma que toma el colectivo para ir a su trabajo cada mañana, sale a hacer las compras para cocinar, o a tomar un café en la peatonal más concurrida de la ciudad. Es terapéutico, no solo porque ese sujeto se encuentra con más posibilidades, sino también en tanto proporciona al mismo tiempo una manera de presentarse y hacerse reconocer por el otro.

Sucede que algunos sujetos necesitan a veces más compañía o seguimiento de las instituciones formales para desplazarse en el vivir cotidiano. Entonces, la red funciona como una especie de prótesis. Es decir, proporciona al sujeto puntos de apoyo a partir de los cuales moverse. La red funciona como red de contención, como una malla, instalada en el tejido social. Al estilo de las redes que instalan los acróbatas, permite moverse, realizar piruetas, sabiendo que debajo existe algo que, en caso de caer, sujeta.

Ahora bien, como sabemos que las instituciones tienen también una veta de control social, es importante advertir que siempre se encuentra latente el riesgo de entrapar al sujeto. No es difícil delegar a otros las problemáticas, como tampoco lo es asumir un rol de "protección" que crea saber qué es lo mejor para quien necesita ayuda. El riesgo es el de ingresar en este recorrido de salud sin poder asumir realmente un papel protagónico en las

decisiones acerca de su tratamiento, donde para cada necesidad haya algún tipo de solución o respuesta que en vez de apuntalarlo y darle herramientas con las cuales instalar intercambios con el otro, lo deje en un lugar de "dependencia" de estos servicios. Por eso creo que lo interesante de esta red es el hecho de la posibilidad de **alojar** al sujeto, sin apresarlo, y ofrecer lugares no estáticos, que podrán o no ser tomados, pero que sean distintos al del "marginado".

¿Qué alternativas al manicomio en la Argentina?

Nuestro sistema de Salud Pública está planteado de tal manera que la idea central es que el sujeto, al momento de requerir atención en salud, quede absorbido en servicios o dispositivos instalados en territorio, centros de atención primaria de la salud, evitando que llegue a la parte más centralizada, aislada, especializada: evitando la internación. Esto con el fin de que el sujeto no pierda sus lazos y su identidad.

Al respecto, Emilio Galende (2008) sostiene:

*Una política en salud mental que se proponga reformar la situación representada por la institución asilar, debe construir una alternativa global, debe pasar de una disciplina de lo mental, cuyo rostro institucional es el hospital psiquiátrico, a un dispositivo nuevo cuyo núcleo es la **participación de la comunidad**. (p.212)*

Es decir, que en nuestro país también se propone como alternativas al manicomio, servicios en territorio y el desarrollo de la participación ciudadana como un recurso más en este proceso.

Considero que actualmente la salud mental en nuestro país enfrenta dos grandes desafíos. Por un lado, lograr la transformación de los hospitales psiquiátricos. Por el otro lado, y de la mano con el primero, responder a las demandas cada vez más urgentes de quienes llegan a las consultas, desamparados y con problemáticas íntimamente ligadas al contexto socio-económico en el que se encuentra nuestro país.

La pregunta que se nos plantea es cómo hacer para asistir y alojar estas demandas. Lo estructural de nuestra sociedad es producir un "resto", que son quienes llegan en general a nuestras consultas. Hasta ahora, y en la mayoría de las experiencias que he tenido trabajando en el sistema de salud pública, las respuestas son generalmente ambulatorias. Esta modalidad, muy común sobre todo en los hospitales, genera a veces "nuevos crónicos". No ya los crónicos del manicomio, sino estos sujetos que "rebotan" de servicio en servicio sin encontrar un lugar de anclaje. Son esas historias clínicas enormes, conocidas por todos, y con tantos diagnósticos como consultas tuvieron a lo largo de su historia, y en donde en lo que seguramente todos coincidieron fue "Paciente que no adhiere a tratamiento".

Es cierto que a veces en un tratamiento ambulatorio, con pacientes que tienen la posibilidad, se genera un vínculo con el profesional y con la institución que posibilita que el sistema se instituya como un lugar de referencia para ese sujeto, y esta es muchas veces la lógica y dirección de tratamiento en los consultorios. Pero queda aún la pregunta acerca de esos otros, que no logran sostener un lazo, ni con su familia, ni con los otros cercanos, ni con las instituciones.

Lo que vengo planteando hasta ahora es la necesidad de servicios que se erijan y funcionen como un lugar que le proporcione a los sujetos ciertos anudamientos, que restituya la confianza de tener un lugar para el Otro. Esto, como vimos, tiene efectos en tanto también marca coordenadas para el andar de cada sujeto, en su cotidianidad, y con los otros con quienes se encuentra.

En este sentido, me parece importante resaltar la idea de *un* servicio que haga un lugar para un sujeto, y que instale las coordenadas y las articulaciones necesarias, acompañando al sujeto y también depositando una cuota de confianza en esos otros. Los vínculos y con ellos la red, no se generan sin la posibilidad de reconocer en el otro –ya sea un servicio, una comunidad, una organización o familia– algo que hace falta.

Por otro lado, la posibilidad de entender la salud mental como un campo donde se entrecruzan discursos, permite pensarla no solo en términos

individuales y de atención ambulatoria, privativo del ámbito "psi", sino también abordando lo social, lo concreto de las realidades de las personas.

Conclusión

"No se pone ya el énfasis sobre el proceso de curación sino sobre el proyecto de invención de la salud y de reproducción social del paciente"
(Rotelli, 2012, p. 34).

A lo largo de este escrito he intentado transmitir cómo el desmantelamiento del Hospital Psiquiátrico, la apertura de sus puertas y la creación de servicios insertos en la comunidad y que se establecen como punto de referencia para los usuarios de salud mental, produce como efecto un lugar para el loco, distinto al del marginado. Es decir, que éste, que antes era un "resto", tenga un valor que lo eleva de la categoría de objeto a la de sujeto. Esto en tanto aparece un Otro institucional que no solo aloja sino que además, con intervenciones que intentan dar respuestas a sus necesidades, habilita y sanciona al sujeto como tal, posibilitando la entrada de una persona en el sistema de intercambios (sociales y económicos) en el que se desarrolla su vida.

La atención "a cielo abierto", como he llamado a este capítulo, apunta a poder pensar que no se trata únicamente de la acogida del sujeto en los

dispositivos de salud, sino también de toda una modificación cultural, en la que la locura ya no es más vista como fuera de regla, como motivo de encierro, de tratamiento específico, de normativización. No son sólo las instituciones "sanitarias" las que alojan a la locura sino que las redes que estas pueden instituir, al estar insertas en el entramado social, producen que sea la misma ciudad quien se acomode y *hospede* a quien lo necesite.

Creo que si todavía hoy escuchamos que nos preguntan con tono alarmado si "¿los locos andan sueltos?" (refiriéndose al mismo hospital), es porque en el proceso de desmanicomialización hemos dejado de lado esta otra parte, la de incluir a la ciudadanía.

El objetivo entonces, es apuntar a un cambio de paradigma que vaya más allá de los ámbitos profesionales "psi", en donde ya no se piense la locura como inhabilitante ni peligrosa sino como una otra forma -de las tantas- de andar en el mundo.

Bibliografía

Basaglia, F. (1976). *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Buenos Aires: Corregidor.

Basaglia, F. (1982). Il concetto di salute e malattia. En F. Basaglia, *Scritti II, 1968-1980. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*. torino: Einaudi.

Basaglia, F. (2013). *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*. Buenos Aires: Topia.

- Dell' Acqua, P., & D' Autilia, S. (2017). Un' architettura per liberare la follia. San Giovanni non è memoria monumentale. *Festival Dell'Architettura*, 30-45. "di cura ecustodia, di protezione e di reclusione" Traducción mía.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (2008). Desmanicomialización institucional y subjetiva. *Psicoanálisis*, XXX(2/3), 395-427.
- Rotelli, F. (2014). *Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste*. Buenos Aires: Topia.

3. CENTROS DE SALUD MENTAL: DEL HOSPITAL AL TERRITORIO

Mariana Cirigliano

A 40 años de la entrada en vigencia de la ley 180, que puso fin a la existencia de los hospitales psiquiátricos a fines de los años 70 de la mano de Franco Basaglia, el presente texto se propone realizar un recorrido de la historia y el funcionamiento de los Centros de Salud Mental (CSM) en el contexto triestino.

Funcionamiento de los CSM como parte de la red territorial

El centro de salud mental es uno de los dispositivos territoriales que tiene como función sostener a la persona durante una crisis o emergencia, pero también debe poder alojar las demandas diarias de los usuarios, quienes independientemente de que estén cursando una internación o no, se busca propiciar los lazos con sus redes familiares y su recuperación e integración dentro de la comunidad. Es en el centro donde:

(...) una primera red vincular lábil puede ser reconstruida entorno al paciente: favoreciendo vínculos de complicidad y afectividad con los operadores y otros pacientes. Pueden generarse formas de ayuda recíprocas: un paciente puede convertirse en referencia y apoyo para otra persona en mayor dificultad (Dell'Acqua y Mezzina, 1987, p. 9[la traducción es mía]).

Además del importante rol de sostén de la persona y propiciar el reforzamiento de los lazos:

(...) los CSM aseguran intervenciones que comprenden programas de cuidado, proyectos asistenciales, programas psicosociales y de rehabilitación personalizados (...) a través de actividades multidisciplinarias desarrolladas por los equipos, también en red con las otras agencias territoriales (Ámbito socioasistencial, Distrito, Municipio) (Mezzina y Bracco, 2017, p. 2).

Del cierre del manicomio a la creación de los centros de salud mental

Trieste abre su primer manicomio en 1841, el cual estaba ubicado en la colina de San Giusto. En 1896 se decide que se debe construir un nuevo hospital y es recién en 1902 que Giorgio Galatti, empresario de la ciudad, muere y deja un patrimonio para la construcción de un nuevo manicomio que se inaugura en 1908 siendo su primer director el médico psiquiatra Luigi Canestrini por casi veinte años (Corsa, 2013).

Al momento de su cierre en enero de 1977, el hospital psiquiátrico de Trieste contaba ya con una larga historia en la vida de la ciudad, por lo que este cierre también puede ser a su vez pensado como una apertura hacia la comunidad de la que había sido parte desde finales del siglo XIX. Y es así como se decide que ese espacio físico en vez de ser cerrado y olvidado pueda ser beneficioso para la comunidad

creándose el “Parco San Giovanni” abierto para el uso de los espacios verdes. Dentro del mismo se encuentran también una parte de la Universidad de Trieste y la Azienda Sanitaria de la ciudad. Además, funcionan el teatro Franco y Franca Basaglia, un restaurant y una radio los cuales son algunos ejemplos de la impronta cultural que se le ha dado a lo que alguna vez albergó los pabellones del hospital.

Con el comienzo de la reforma Basagliana y para los fines de la atención en salud mental en territorio es que:

(...) entre 1975 y 1977, en toda el área de la provincia de Trieste, se abren siete centros de salud mental, servicios de proximidad que, en el territorio y sobre una población definida, contienen a las personas dadas de alta del manicomio y responden a las necesidades de salud mental de la ciudadanía, al contrario de lo que sucedía en el hospital psiquiátrico. (...) En marzo de 1980, el hospital psiquiátrico de Trieste deja de funcionar como tal, siendo el primer manicomio en el mundo. (Del Giudice, 2018, p.1 [la traducción es mía])

Actualmente la ciudad cuenta con cuatro CSM, distribuidos en cada uno en los cuatro distritos en los que se divide la ciudad. Las personas se atienden en estos centros de acuerdo con el lugar donde habitan.

El trabajo del equipo de salud en el CSM

El equipo en los centros cuenta con profesionales psicólogos, psiquiatras, de enfermería, trabajadores

sociales y operadores sociales, quienes día a día llevan adelante la tarea de brindar la asistencia a los usuarios que se ven afectados de algún padecimiento mental.

Los tratamientos en los CSM tienen principalmente una impronta desde la psiquiatría ya sea para pensar los diagnósticos como para la administración de la medicación. Esto no excluye que durante los pases de equipo los profesionales de otras disciplinas estén al tanto de la situación del usuario, opinen sobre el mejor curso del tratamiento posible y cómo van viendo su evolución durante los distintos turnos. También en los casos en que se consideran necesarios se realizan intervenciones familiares con la participación de los colegas psicólogos, enfermeros o la trabajadora social del centro.

Los profesionales realizan dos encuentros diarios, un pase por la mañana y otro por la tarde con el cambio de turno ya que el centro se encuentra en funcionamiento las 24 horas del día, todos los días.

También se realizan visitas domiciliarias a usuarios que ya fueron externados, a personas que deben recibir la medicación o simplemente a aquellos que han dejado de concurrir al centro. Muchas veces estas visitas responden a pedidos de interconsulta desde el hospital general o se realizan a usuarios que habitan dentro del complejo de la microárea donde el responsable ha individualizado alguna problemática. Un punto importante a destacar es que los profesionales del centro están en un contacto directo con los dispositivos que funcionan en el territorio, siendo las redes de suma importancia para el sostén

de los usuarios por fuera del centro de salud o al momento de la externación.

Desde esta modalidad de trabajo, se considera que las redes comunitarias son fundamentales en la creación de los procesos de salud para cada individuo. La comprensión del funcionamiento y la complejidad de las redes pueden dar a los profesionales de la salud, herramientas para abordar ciertas problemáticas que se dan por fuera de los muros de la institución en la que trabaja un equipo. Claudia Bang, quien trabaja desde la teoría de redes en salud, toma desde la antropología a Piselli (2007) quien afirma que:

Las comunidades no son lugares que puedan ser circunscriptos espacialmente, son redes sociales que pueden ramificarse en todas direcciones (...) Son las redes sociales las que definen y redefinen lugares, los que cambian sus funciones, aspecto y sentido simbólico (Bang, 2016, p.177).

Internación

El proceso de internación en general comienza por una derivación del Servizio Psichiatrico de Diagnosi e Cura (SPDC) dentro del hospital general, que luego de recibir al paciente en el momento más crítico, realiza el nexo con el centro de salud. También puede llegar a través de una situación detectada en la microárea, desde alguno de los dispositivos en territorio o por algún profesional que evalúe que un

usuario del centro necesita en algún momento de crisis un tratamiento con mayor contención y más supervisión de la medicación suministrada. Las internaciones se realizan de manera voluntaria por parte del usuario, pero en caso de que esto no sea posible, se realiza un "trattamento sanitario obbligatorio" (TSO) (internación involuntaria).

Solo en los casos extremos, definidos por la ley, se puede recurrir al TSO, pero aún en estos casos la persona no pierde los derechos, como ser el derecho al voto, a comunicarse con quien desee o a pedir la suspensión del tratamiento (Del Giudice, 2018, p.1 [la traducción es mía]).

La ley prevé que la evaluación y el TSO deben ser dispuestos mediante la debida disposición del "sindaco" (intendente), en su calidad de autoridad sanitaria local, por la propuesta motivada del médico tratante. La disposición debe ser comunicada dentro de las 48 horas de realizado el TSO al juez tutelar, quien puede validar o no el procedimiento, comunicando su decisión al "sindaco". (Legge 180 1978)

La internación de una persona que ha sufrido una descompensación se busca que sea por el menor tiempo posible, siempre trabajando con el paciente para que sea de manera voluntaria y negociando su permanencia en el centro mientras dura el tratamiento pautado para ese usuario y evaluando su evolución. Al mismo tiempo que se trabaja con el paciente, se trabaja con la familia y con la red disponible de esa persona en su comunidad para

buscar que al momento de la externación la persona vuelva a un espacio cuidado y con las condiciones necesarias para continuar su tratamiento de manera ambulatoria.

En el caso que la persona presente en los primeros momentos un estado de agitación que pueda ponerlo en algún tipo de riesgo, se realiza un "affiancamento" (acompañamiento) en el que los distintos profesionales se turnan para asistir al usuario durante el tiempo que sea necesario hasta que pase este momento crítico, incluso durante la noche. Es una tarea ardua que implica estar pendiente de las necesidades que pueda tener la persona durante las primeras 24 horas de internación y que puede llegar a durar por varios días hasta que va haciendo efecto la medicación.

En los usuarios que ya están más estables y el proceso de internación está en una fase en la que se evalúa que la persona está pronta al alta, el usuario es libre de salir del centro acompañado o solo a realizar alguna actividad que se considera pertinente para su recuperación, dar un paseo, visitar familiares o incluso retomar su actividad laboral en las situaciones que sea posible. Esto es porque el centro es pensado como una institución de puertas abiertas donde se busca romper con la lógica manicomial del encierro y lo que se intenta promover es que la persona pueda retornar lo más pronto posible a su vida diaria en la comunidad y que solo acuda al centro a recibir su medicación o realizar entrevistas con los profesionales.

Experiencias de rotación en un centro de salud mental de Trieste

Como residente de psicología de un centro de salud ubicado en el conurbano de la provincia de Buenos Aires, he tenido la oportunidad de rotar en Trieste para conocer el sistema de salud y la organización en el territorio de los servicios de salud mental. Relato a continuación algunas de las experiencias y reflexiones luego de mi paso por el CSM della Maddalena.

El Barrio de San Giacomo

El "Centro di salute mentale della Maddalena (CSM2)" se encuentra en el barrio de San Giacomo, a una media hora del centro de la ciudad. Entre la calle del *Molino a Vento* y la *via del Istria*, calle que con su nombre recuerda la región vecina a Trieste que fue parte del territorio italiano hasta el final de la segunda guerra y escenario de las tantas historias de conflictos y violencia que atravesaron la ciudad en épocas recientes. Subiendo por *via del Istria* se llega a la *Risiera di San Sabba*, el único campo de exterminio que los nazis tuvieron en territorio italiano, hoy convertido en museo y que se enlaza con el sufrimiento que como decíamos golpeó con fuerza a la población de Trieste, dejando sus huellas y sus efectos a lo largo del tiempo. A su vez, a medida que se camina por esta calle es posible apreciar las vistas que tiene el barrio al mar y al

puerto. Aquí se emplaza el centro de salud, uno de los últimos construidos en la ciudad, con su sala de "accoglienza" (recepción), donde se reúnen los profesionales cada mañana, se reciben las llamadas y los pedidos de los usuarios. El amplio comedor y la sala de estar con la televisión; lugar de encuentro de los muchos que transcurren sus jornadas cada día en el Maddalena, como le dicen todos al centro. Cuando el clima lo permite, otros pasan su tiempo en el parque fumando un cigarrillo y tomando un café, charlando con otros usuarios o con la mirada fija en el césped.

El centro de salud cuenta con seis camas para la internación de los pacientes que sufren algún tipo de descompensación, luego de ser estabilizados en el momento más agudo, en el Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura del hospital general.

El trabajo desde una perspectiva de género: la potencia del grupo para mujeres

Durante mi paso por el centro de salud tuve la posibilidad de participar del grupo de mujeres coordinado por una de las médicas psiquiatras del centro. Las mujeres que concurren al grupo se encuentran quincenalmente para compartir sus experiencias y realizar alguna actividad que las convoca en ese momento. No es un grupo para hablar sobre la enfermedad o el malestar que padecen en sí, aunque no es excluyente que alguien pueda sentirse convocada a hablar sobre ello si lo

necesita o si la actividad propuesta sirve como disparador para trabajar sobre la cuestión. En el momento de mi ingreso al grupo, la propuesta de trabajo era realizar una exploración del cuerpo, el movimiento y las emociones a través de una técnica llamada "Río Abierto", creada en 1966 por la psicóloga argentina María Adela Palcos.

Esta exploración del cuerpo y del movimiento creó interés por continuar con este trabajo desde la técnica de yoga, invitando a una profesora a realizar una actividad grupal de respiración y movimiento.

Luego se propone a través de la participación de una de las usuarias que escribe poesía, realizar una experiencia de escritura para poder poner en palabras las emociones que suscitaban cada encuentro.

La experiencia ha sido muy enriquecedora en lo que fue poder acompañar al grupo, compartir las actividades y escuchar a las mujeres que hablaban de sus vivencias diarias, su sufrimiento actual o vivido en otro momento. Creo que la potencia de este grupo se manifestaba en el sostén de alguien que podía estar con su delirio, las voces, su malestar o angustia participando en lo que podía de alguna actividad o simplemente escuchando y sentirse acompañada. Esto ha sido un aprendizaje de como la experiencia de lo grupal potencia habilidades y genera lazos que benefician la recuperación, ayudan al bienestar y la cooperación de las mujeres que participaban en los encuentros. Como escribe el Licenciado Guillermo Vilaseca:

Consideramos que el grupo es un espacio/tiempo que anuda el conjunto de las historias de sus

integrantes, tanto coordinador como participantes (...) escuchamos las historias que cada uno va contando, sabiendo que son versiones que va construyendo de sus momentos vitales presentes, pasados y futuros en consonancia con cierto sesgo que define su manera de estar en el mundo. (...) apoyados en los vínculos con los otros, identificamos el camino propio, para cada uno, comprometidos con la espontaneidad y la creatividad. (Vilaseca, 2016, p.1)

Aportes a la formación del residente

El paso por el centro de salud mental en el período de rotación ayuda a entender un poco más la historia y lo que significó el paso del hospital cerrado, de la lógica manicomial, a instituciones y dispositivos con una lógica abierta volcada al trabajo con la comunidad. Como escribe el Doctor Franco Rotelli:

Si a finales de los años setenta se eligió trabajar con servicios psiquiátricos fuertes, es a partir de la mitad de los años noventa, donde se busca llevar nuestra caja de herramientas a cada rincón del territorio, alcanzando desde los pequeños caseríos hasta los barrios más alejados (Rotelli, 2018, p.8 [la traducción es mía])

La experiencia de Trieste se basa en la concepción de que el proceso de salud se genera en la comunidad, no en espacios o dispositivos de lógica cerrada. Es en relación a otros y en los lazos con otros que se piensa el proceso de cura. El eje cambió de un tratamiento centrado en la lógica hospitalaria a trabajar con los profesionales en dispositivos que

nacen en el centro de las comunidades, como señalaba Rotelli, incluso en las más relegadas o alejadas. El uso de los pabellones del hospital psiquiátrico como parque comunitario, sede de la Asuits, la universidad y de muchas otras actividades culturales que allí se desarrollan a diario marca la impronta que se le ha dado al lugar: la salud mental se construye en la inserción plena del usuario en su comunidad. Una comunidad de la que hay que conocer sus particularidades, las redes con las que cuenta, ya sean sanitarias o creadas por la propia comunidad con el paso de los años, todos estos recursos pueden ser útiles al momento de pensar una externación o el complemento a los tratamientos ambulatorios.

Si tomamos cualquier grupo de viviendas o asentamiento urbano, no será difícil constatar que estará dotado de recursos instrumentales, humanos, asociativos; al mismo tiempo que está lleno de problemas, soledad y cosas que no funcionan (...) hábitat degradado, falta de verde, servicios ausentes o que no funcionan. (Rotelli, 2018, p.8[la traducción es mía])

Es en este contexto que se crean los centros de salud mental para dar respuesta a la persona en un período de crisis, pero tratando al mismo tiempo de generar lazos con otros dispositivos e instituciones para garantizar que el usuario vuelva a su rutina, a su contexto familiar, laboral y comunitario lo antes posible. A su vez, todavía hoy se continúan repensando las intervenciones del centro de salud para evitar que en algunos momentos corran el riesgo de reproducir ciertas lógicas hospitalarias en el

contexto de una internación, la cual no deja de ser una situación de encierro. Como podemos observar siempre se continúa trabajando para encontrar una alternativa superadora a las lógicas institucionales.

Considero que esta es una instancia de observación y debate muy interesante para los residentes que pasamos por esta experiencia, para encontrar aquellos puntos de contradicción sobre los que trabaja el modelo triestino y al que todavía hoy, luego de tantos años, no se considera como cerrado sino en constante evolución.

Algunas reflexiones de la experiencia para nuestro lugar de trabajo

La experiencia de rotación de Trieste nos da la posibilidad de observar el proceso político, histórico y social que dio lugar al cierre de los hospitales psiquiátricos a finales de la década del setenta. Un proceso difícil según cuentan los mismos protagonistas quienes todavía hoy se siguen preguntando y cuestionando sobre las contradicciones con las que les toca trabajar día a día y los desafíos de los tiempos actuales.

Si bien sabemos que las experiencias nunca son extrapolables tal cual se dieron en un contexto político y social a otra realidad, la iniciativa triestina nos pone a pensar qué se puede hacer desde nuestro lugar de trabajo, para poder comenzar a pensar en instituciones de características más abiertas a la comunidad. Una de las cuestiones importantes que todavía hoy siguen transmitiendo y resaltando quienes trabajan día a día es encontrar la potencia de

las comunidades, explorar los recursos que cada barrio por más pequeño y alejado que se encuentre ha podido desplegar en el transcurso de los años. Con que instituciones cuenta, dónde se reúnen los vecinos, dónde juegan los niños y niñas del lugar, quiénes son los referentes barriales con quienes se puede trabajar para conocer a las familias, las fortalezas y puntos a mejorar del lugar, como citábamos del trabajo del Doctor Rotelli.

No es suficiente con que las instituciones funcionen bien hacia el interior de ellas mismas, deben poder funcionar bien hacia el afuera, con otras instituciones de salud u otros ámbitos que hacen al día a día de la comunidad, sus habitantes, las personas a las que atendemos, que les suceden situaciones por fuera de un consultorio o la sala de internación. Cuántas veces nos encontramos con la dificultad de dónde derivar un paciente luego de una internación, o nos enfrentamos con las dificultades de coordinar los recursos entre el distrito de capital y el lugar donde habita la persona en el conurbano. Ya sobre estas cuestiones trabaja Basaglia quien en una de sus conferencias en Brasil nos advertía sobre:

Las dificultades de darle el alta a una persona que ha pasado por años de internación y que debe nuevamente enfrentarse a una realidad que ya le ha mostrado un rechazo previo (...) porque quien ha ingresado en un manicomio ya ha sufrido el rechazo de las organizaciones sociales, la sociedad, y que al final de la internación se encuentra nuevamente con esta sociedad que no ha cambiado y que puede enviarlo de nuevo al manicomio (Basaglia, 1979, p.19 [la traducción es mía]).

Todos estos interrogantes y muchos otros que escapan a este pequeño análisis son cuestiones a pensar y poder trabajar si queremos transitar el camino hacia la desinstitucionalización y a tratamientos que vayan en la línea de nuestra nueva ley de salud mental.

Bibliografía

Bang, C. (2016). *Creatividad y salud mental comunitaria: tejiendo redes desde la participación y la creación colectiva*. Buenos Aires. Lugar Editorial.

Basaglia, F. (1979). *Libertà e opressione*. En *Se l'impossibile diventa possibile*. (págs. 7-28). Roma. Edizioni di Comunità.

Bracco, R., Mezzina, R. (2017). *R. Servicios fuertes e integración: organizar los recursos*. Recuperado el 8 de febrero de 2019 de

<http://conferenciabasagliargentina.org/wpcontent/uploads/2018/10/Servicios-fuertes-e-integracio%C3%ACn.pdf>

Corsa, R. (2013). *Edoardo Weiss a Trieste con Freud*. Roma. Alpes.

Dell'Acqua, G., Mezzina, R. (1987) *Risposta alla crisi*. Recuperado el 8 de febrero de 2019 de

<http://www.triestesalutementale.it/letteratura/testi/21rispcr.htm>

Del Giudice, G. (2018). *Una legge che amplia gli spazi della democrazia*. *Revista Bene Comune*, *Urlando contro il cielo* número 10/2018. Recuperado el 5 de febrero de 2019 de

<http://www.benecomune.net/rivista/numeri/salute-mentale/una-legge-che-amplia-gli-spazi-della-democrazia/>

Legge 13 maggio 1978, n. 180. "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori". Recuperado el 7 de febrero de 2019 de

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_888_allegato.pdf

Rotelli, F. (2018). Servizi che intrecciano storie. En Cogliati Dezza, M., Gallio. G. (págs 7-17). La città che cura. Microaree e periferie della salute. Merano. EdizioniAlphaBeta.

Vilaseca, G. (2016). Una concepción de los grupos terapéuticos y de reflexión en el contexto de hoy. Revista Campo Grupal, dirigida por Román Mazzilli, número 186. Recuperado el 17 de noviembre de 2016 de <http://milnovecientossexentay ocho.blogspot.com.ar/>

4. MICROÁREAS: OTRAS CARTOGRAFÍAS POSIBLES

Agustina Tagliamonte

El presente capítulo se propone realizar una breve introducción a una de las instituciones más interesantes de la red de salud triestina, la microárea, y utilizarla como puntapié para problematizar la relación entre las prácticas en el campo de la salud y los territorios (geográficos, sociales, institucionales, subjetivos).

¿Qué es una microárea?

Es, en principio, la institución de la red de salud más cercana a la comunidad. Ha sido cuidadosamente diseñada para favorecer que todos los y las ciudadanos/as puedan -más allá de sus dificultades y de su situación de salud particular- vivir en su casa, ofreciéndose como soporte para ello.

En el complejo campo de la salud predomina muchas veces un modo de organización de la red en el cual podríamos suponer que subyace la lógica siguiente: mientras los/as habitantes de la comunidad se encuentran "bien" pueden vivir en su casa. Cuando por algún motivo presentan un problema de salud deben acudir al hospital y cursar una internación hasta volver a estar "bien" y en condiciones de retornar a su hogar.

En tal sentido, la microárea habilita una posibilidad tercera: una persona puede estar "mal" -es decir, con dificultades de salud- pero en su casa, en su contexto de vida y en la comunidad de la cual es parte. Esto resulta posible al ofrecer un seguimiento domiciliario y diversos apoyos en el territorio ideados a medida para cada situación.

Las microáreas se caracterizan por ser instituciones elásticas, que se amoldan a la comunidad de la que son parte y adoptan una forma y un funcionamiento particular en congruencia con ello, manteniendo a los sujetos conectados con la red de salud de un modo enriquecedor y accesible.

Asimismo, constituyen la sede de un trabajo que podría describirse como de 360 grados, abarcando los diferentes aspectos vitales de la población. Por ejemplo, cuentan con un pastillero personalizado para quien necesita ir a tomar la medicación diariamente allí o retirarla según la frecuencia acordada, se realizan visitas domiciliarias, se le gestiona a los/as habitantes que así lo requieren turno con enfermeros, médicos y con otros profesionales. También funciona un "banco ético", que consiste en un préstamo de dinero para aquellos/as vecinos/as que se encuentran con dificultades económicas para pagar sus impuestos y servicios.

Lo macro

Para entender mejor de qué se tratan las microáreas es necesario tener presente "lo macro" que oficia de contexto y permite comprender cómo

se gestaron y con qué objetivos fueron creadas. Con este fin cabe brevemente situar que:

La *Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste* (Asuits) se crea en el año 2016, a partir de lo cual se produce un reordenamiento del Servicio de Salud de la región Friuli-Venezia-Giulia.

En cuanto a la organización de las prácticas en territorio, la Asuits está articulada en 4 distritos, cada uno con un área de influencia de 60.000 habitantes aproximadamente, y 3 departamentos: de Salud Mental, de Adicciones y de Prevención. A su vez, cada distrito cuenta con dos estructuras complejas: aquella para la "Tutela de la salud de los niños, adolescentes, mujeres y familias" y aquella para la "Tutela de la salud de los adultos y ancianos".

Los distritos coordinan los recursos disponibles en estrecha conexión con los departamentos y los hospitales de la ciudad (Maggiore, Cattinara y Burlo Garofolo), partiendo de la premisa de que una respuesta adecuada de los servicios territoriales puede constituir una alternativa válida a la internación (cuando no es estrictamente necesaria) y a la institucionalización de ancianos y personas con deterioro cognitivo.

Además, los programas y procesos de salud dirigidos por los distritos han sido potenciados y reforzados de diversas maneras, por ejemplo mediante el desarrollo de una red de atención primaria que garantiza a los/as ciudadanos/as una cobertura de salud las 24 horas. (Gallio y Cogliati Dezza, 2018)

Lo micro

Es en dicho marco que surge el programa Hábitat-Microáreas. Como antecedente relevante cabe situar un proyecto previo con similares características que data de 1998, denominado Hábitat, salud y desarrollo comunitario. Se trata de una experiencia que involucra e instituye por primera vez formas de colaboración y *partnership* entre tres instituciones, cada una según su especificidad y competencia: el Municipio, fundamentalmente abocado a "lo social", la Azienda sanitaria, comprometida en garantizar la salud en el territorio y la entonces llamada Iacp (hoy Ater¹), que se ocupa de la situación habitacional de los ciudadanos que así lo requieran.

En ese entonces, aunque no se contaba con ciertas innovaciones que advinieron luego en materia legal, se tenía ya la percepción de que era urgente intervenir en algunos puntos de la ciudad en los cuales la presencia de grandes edificaciones Ater había favorecido la concentración geográfica de población enferma, anciana y pobre. Se comienza entonces a dar prioridad a la estrecha conexión que se pesquisa entre el estado de salud de las personas y sus condiciones habitacionales.

Hábitat se gesta con el propósito de comenzar a centrar las prácticas de salud en los contextos de

¹La Azienda Territorial para la Edificación Residencial (ATER): brinda respuesta a los requerimientos habitacionales de las personas con bajos ingresos.

mayor sufrimiento urbano, pobreza y vulnerabilidad colectiva. (Cogliati Dezza, 2018)

En el prólogo del libro *La ciudad que cura. Microáreas y periferias de la salud*, editado en 2018 y destinado a ilustrar el modo de funcionamiento de esta institución, Franco Rotelli sitúa que la microárea es probablemente el fruto más maduro de los reiterados esfuerzos de Trieste para construir un trabajo territorial que permita reducir al mínimo la institucionalización.

Historizando, ubica que el proyecto fue lanzado en 2005 con el fin de habilitar la posibilidad de que los ciudadanos puedan contar con una institución de salud y promoción de lazos sociales lo más cercana posible a la comunidad, orientada a construir estrategias para lidiar en conjunto con aquello que atañe al lugar donde se vive, donde transcurre la vida cotidiana y donde hay "Bienes y males comunes: sean los recursos que siempre existen en una micro-realidad territorial, aun cuando no son reconocidos o valorados, sean los desastres que no son casi nunca afrontados o de los cuales nadie se ocupa de manera adecuada." (Rotelli, 2018, p.8) [La traducción es mía].

Se dio entonces prioridad a procesos de relevamiento y acción en territorio, a fin de generar un mayor conocimiento de las necesidades locales específicas, tanto en términos cuantitativos como cualitativos. Es decir, se apostó a construir una cartografía de los requerimientos, déficits y recursos, para poder construir respuestas conjuntas a las problemáticas que atraviesan a la comunidad.

A partir de ello surgen las microáreas, que se emplazan -como su nombre lo anticipa- en pequeñas áreas de la ciudad que comprenden entre 340 y 2.200 habitantes cada una y se caracterizan principalmente por contar con grandes bloques de viviendas Ater. Actualmente en Trieste existen 16: Altura, Valmaura, Giarizzole, Grego, San Giovanni, Melara, Negri, Gretta, Ponziana, Soncini-Caccia Burlo, Vaticano, Villa Carsia, Campi Elisi, CittàVecchia, Cumano, Zindis. Comprenden en total una población de 17.534 habitantes.

Objetivos que estructuran el proyecto

Las palabras que organizan y dan sentido al proyecto Microáreas son "salud y desarrollo comunitario". La Azienda sanitaria ha propuesto una serie de objetivos específicos que orientan el trabajo institucional. Algunos de ellos son:

- Obtener el máximo conocimiento posible sobre los problemas de salud de las personas que viven en las microáreas (con acciones capilares, de gran proximidad, realizadas "puerta a puerta" e identificando a los sujetos más vulnerables).
- Optimizar las intervenciones para favorecer la permanencia de los sujetos en sus casas, brindando toda la asistencia necesaria (con iniciativas dirigidas a contrarrestar los aumentos en el número de camas solicitadas en las residencias de ancianos²).

²Nota: en Trieste hay 100 residencias de ancianos con más de 3,200 ancianos institucionalizados.

- Elevar la efectividad de las prestaciones terapéuticas, a la vez que promover iniciativas de autoayuda y de cooperación por parte de personas que no son profesionales, valorizando especialmente los lazos entre los habitantes de la comunidad.
- Garantizar una óptima coordinación entre los diferentes servicios que intervienen en la situación del mismo/a ciudadano/a o la misma familia y fomentar la equidad en el acceso a las prestaciones.

Especificidad del trabajo en las microáreas.

En *La ciudad que cura* (2018), se propone que la especificidad del trabajo en las microáreas radica en el hecho de que todos los actores que contribuyen al proyecto, el Distrito, el Municipio, Ater, el Departamento de Salud Mental y/o de las Dependencias, pero también las asociaciones y cooperativas, procuran abordar los procesos de salud-enfermedad-atención de la población introduciendo prácticas innovadoras que luego deberían poder ser gestionadas y sostenidas por los y las habitantes. Si las iniciativas se cristalizan y son los/as trabajadores/as quienes deben continuar organizando las actividades ad infinitum, la práctica en territorio se convierte en una serie de intervenciones asistenciales que se institucionalizan, dejando a los y las usuarios/as en una posición pasiva y objetalizada.

El trabajo en las microáreas no debe contribuir a ampliar la esfera de influencia y control sobre la población por parte de los organismos públicos; por el contrario, debe ayudar a la población a depender cada vez menos de las instituciones públicas para la gestión de las problemáticas relacionadas con su salud y contexto de vida. (De Grassi, 2018)

Uno de los factores más relevantes a la hora de cernir la especificidad de la microárea es que la misma se basa en la importancia de la continuidad de quienes ofician como referentes, apostando a que se constituyan transferencias duraderas con la institución a partir de ello. Así, hay quienes hace más de 10 años desempeñan el rol en cuestión, permitiendo que los ciudadanos se familiaricen y desarrollen un lazo de confianza con quien de algún modo ordena el funcionamiento de la microárea. La cercanía del referente se crea a partir de gestos cotidianos, más allá de los diagnósticos y de los problemas de salud específicos. El mismo se inscribe en el continuum de la vida de las personas, excediendo las contingencias de los procesos de salud-enfermedad-atención. (Ghiretti, 2018)

Como reverso de dicha predisposición institucional a facilitarle la vida, sobre todo en cuanto a los procesos de salud-enfermedad-atención, a los/as habitantes, quisiera compartir un pequeño señalamiento escuchado en una jornada. Intercambiando impresiones en un encuentro destinado a pensar la salud mental y las instituciones un participante menciona aproximadamente lo siguiente: hacemos todo por las personas y las

personas se vician un poco, encuentran las cosas demasiado armadas, demasiado organizadas, y eso a veces resulta un problema.

Vale la pena detenernos en este punto. ¿Cuál es la relación entre nuestras prácticas, el territorio y la comunidad? ¿Nuestras prácticas generan autonomía o generan dependencia? ¿Generan efectos que pueden prescindir luego de nuestra labor o necesitan siempre de nuestra presencia para garantizar su continuidad?

A la hora de gestar proyectos de salud ¿relevamos y consideramos las particularidades de los contextos, las instituciones, las redes y los recursos existentes para combatir el aislamiento y la fragilidad de los lazos sociales? ¿Tenemos en cuenta la capacidad de las personas para modificar sus hábitos y estilos de vida en función de los proyectos de salud armados? Si se trata de recorridos de salud singulares y construidos caso por caso en conjunto con el/la usuario/a al cual le conciernen ¿por qué muchas veces se intenta que el sujeto se adapte al tratamiento y no el tratamiento al sujeto?

Sousa Campos (2005, p.64), en su escrito *Paideia y Gestión: Un Ensayo sobre el Soporte Paideia en el Trabajo en Salud*, reflexiona sobre las modalidades de gestión de las instituciones y se pregunta:

¿Cómo ser soporte de comunidades, pacientes o alumnos? Ciertamente, no renunciando al saber técnico o a la necesidad de intervenir, pero, tal vez, interactuando con los usuarios tanto en el momento del diagnóstico del problema, como en la definición del proyecto de intervención. Lo fundamental, en ese caso, es mantener

siempre la preocupación de aumentar la autonomía de los usuarios, o sea, ampliar la capacidad de autocuidado por parte de ellos, tanto elevando su capacidad de comprender el problema en cuestión como de accionar sobre él.

Mi experiencia en una microárea

Tuve la oportunidad, en el marco de mi experiencia de rotación en el sistema de salud de Trieste, de conocer particularmente la microárea de Ponziana. La misma se encuentra ubicada en el distrito 2, junto con otras tres microáreas (Campi Elisi, Cittavecchia y Vaticano).

Acordamos con Mónica, su referente, encontrarnos un martes de septiembre por la mañana, a los fines de conocer la institución, entender la dinámica *in situ* y escuchar las narrativas que la atraviesan y constituyen.

Me encontré con una estructura amplia y muy acogedora, con un ambiente familiar y agradable. Un espacio común con ventanas por las que entra la luz del sol, mesas amplias para compartir el almuerzo, bibliotecas repletas de libros, juegos de mesa, dos espacios que permiten mayor intimidad y funcionan como sede de reuniones interinstitucionales y como consultorios cuando es necesario.

En una extensa entrevista Mónica se toma el tiempo para explayarse respecto de los comienzos de esta institución, situando cómo se fue armando y cómo funciona hoy. Mientras conversamos atiende el teléfono, da respuesta a ciertas situaciones que se

presentan, recibe a los y las habitué del lugar que acuden a ella como cada día. Plantea que la microárea es un observatorio del territorio, un punto de relevamiento de las necesidades (culturales, sociales, de salud) de sus habitantes y también una especie de laboratorio para la construcción conjunta de posibles soluciones.

Hace 12 años que es la referente de la institución, y ubica que los primeros años de trabajo estuvieron dedicados al reconocimiento minucioso del recorte urbano asignado como área de competencia. Fue un tiempo de ir casa por casa, tocar el timbre y hablar con los vecinos. De ese modo se realizó una cartografía de la población y sus características, así como un mapa de los recursos y necesidades presentes, pero también el barrio comenzó a conocer a Mónica, a saber de la existencia de la microárea y a contar con ella.

En función de una lectura del territorio como múltiple, heterogéneo y cambiante, dicho relevamiento se realiza continuamente. La microárea permanece permeable a los movimientos que acontecen en el entorno que la rodea, en la población que acude y la sostiene, le da vida. Por ejemplo, actualmente se registran varias mudanzas de familias con niños (antes sólo había población adulta en el barrio), a partir de lo cual se comienzan a organizar talleres de apoyo escolar, propuestos y dictados por voluntarios de la comunidad. Se procura promover vínculos de cooperación, ayuda y acompañamiento entre los vecinos, favoreciendo el establecimiento de lazos sociales entre ellos y la conformación de redes que no dependan

exclusivamente de los/as trabajadores/as para sostenerse.

Fue a partir de entrar en contacto con la microárea que conocí el concepto de "capital social", entendiéndolo a partir de la definición propuesta por Carlo Donolo (Rotelli, 2018) como una red de relaciones de solidaridad, capaz de movilizar la acción colectiva y, en particular, de promover la acción cooperativa.

Los días que acudí a Ponziana tuve la chance de escuchar distintos testimonios de asistentes regulares a la institución, de hacer visitas domiciliarias a algunas casas del barrio (sea para alcanzarles la medicación, comprobar si se encontraban bien, facilitarles el almuerzo si no había sido posible para la persona acercarse a compartirlo en la microárea, etc.), participar de reuniones interinstitucionales a los fines de acordar estrategias de intervención conjunta.

La mayoría de los y las habitué son adultos mayores que encontraron en la institución un espacio cercano y accesible para socializar, conversar, sostener cuidados básicos de salud y almorzar acompañados. Por la tarde todos los días se desarrollan distintas actividades y talleres, organizados y sostenidos por los mismos usuarios.

Contexto local

Como es sabido, en Argentina desde el año 2010 contamos con una ley que es considerada modelo para la región. La ley nacional de Salud Mental 26.657 exige el cierre de los manicomios, la creación de dispositivos alternativos y la realización de un

censo nacional de las personas internadas en hospitales psiquiátricos. Propone un plazo para llevar a cabo dicha desinstitucionalización: estipula que en el año 2020 deberán cerrarse todos los hospitales monovalentes existentes.

En nuestro país urge entonces empezar a pensar más concretamente cómo llevar a cabo dicha transformación, para lo cual puede ser de gran ayuda nutrirnos de experiencias animadas por los mismos principios. Como trabajadora del estado, como profesional de la salud con el deber de garantizar el acceso a la salud mental en una institución pública, considero indispensable conocer experiencias que puedan servir de orientación y referencia. Y creo que la microárea es, en este sentido, una institución fundamental para ayudarnos a pensar en el proceso de descentralización de la atención.

Sabemos que en el territorio:

(...) los problemas de salud no se distribuyen de forma simétrica, por lo que podrían describirse microáreas, definidas según una lógica de homogeneidad socioeconómica-sanitaria y también cultural, identificando espacios donde se concentran grupos poblacionales más o menos homogéneos.

Entender que en este territorio-área existen aspectos epidemiológicos, sociodemográficos y culturales heterogéneos, ha llevado durante varios años a la búsqueda de diversas estrategias locales de organización del trabajo que contemplen estas heterogeneidades, en un proceso dinámico y de revisión permanente por el equipo de salud y la población. (Crespo, H., et al., s.f)

Tomamos como referencia ineludible la experiencia de Trieste a fin de conocer qué tipo de sistema de salud fue necesario construir allí para poder cerrar los manicomios. Cabe señalar, sin embargo, que ello resulta útil e inspirador pero no suficiente. Es menester relanzar la pregunta en torno a las condiciones de posibilidad para llevar a cabo dicha transformación a partir de las coordenadas del contexto local y la coyuntura actual. ¿Cómo se pueden inventar dispositivos, instituciones, redes, circuitos sustitutivos que permitan construir alternativas a la lógica manicomial si no se cuenta con análisis epidemiológicos sensibles, amplios, contextualizados y actualizados?

Si partimos de la premisa de que el territorio es móvil y está en constante transformación ¿cómo se definen las zonas de competencia de las instituciones? ¿Cada cuánto se revisan? ¿Cómo se piensa la atención de la demanda según los lineamientos de la APS en cada ciudad, pueblo, barrio, en particular? Resulta fundamental tener un conocimiento actualizado del territorio en el cual se trabaja y dejar de pensarlo como un continuum más o menos homogéneo, en pos de relevar la singularidad de cada recorte urbano, de cada población, y trasladar dicho registro a las prácticas en salud, al modo en que se encaran los procesos de admisión y adscripción a la instituciones existentes, así como al modo en que se propone la atención.

En tal sentido, considero que sería particularmente valioso apostar a la producción de "mapeos colectivos", siguiendo la propuesta de

Iconoclasistas³, en tanto se trata de “un proceso de creación que subvierte el lugar de enunciación para desafiar los relatos dominantes sobre los territorios, a partir de los saberes y experiencias cotidianas de los participantes.” (Iconoclasistas, 2016, p.12)

Resulta un recurso interesante dado que “la elaboración de mapas colectivos transmite una determinada concepción sobre un territorio dinámico y en permanente cambio, en donde las fronteras, tanto las reales como las simbólicas, son continuamente alteradas y desbordadas por el accionar de cuerpos y subjetividades”. (Iconoclasistas, 2016, p.8)

En cuanto a las particularidades de los territorios y las prácticas, es necesario señalar que en Argentina:

Sucede finalmente una especie de convivencia entre la lógica manicomial -que sigue hegemonizando el campo y concentrando la mayor parte del presupuesto- y los intentos de sustituirla con estos dispositivos. El resultado no es ni un empate, termina siendo una opción alternativa y no sustitutiva.

³Iconoclasistas es un dúo formado por Julia Risler y Pablo Ares en mayo de 2006. Elaboran proyectos combinando el arte gráfico, los mapeos creativos y la investigación colectiva. Sus producciones se difunden en la web a través de licencias creative commons, potenciando la libre circulación y su uso derivado.

En 2008 comienzan a experimentar con diversas herramientas cartográficas en espacios de trabajo colectivo. Así nacen los talleres, ejercicios, mesas e intervenciones de mapeo colectivo y los procesos de investigación colaborativa sobre los territorios.

'El riesgo es el de un modelo mixto, fracaso demostrado por muchos intentos de reforma y teorizado ampliamente por la experiencia italiana. Los dispositivos y prácticas alternativas conviven pacíficamente con el manicomio en tanto éste se constituye en lugar de descarga y ocultamiento de todo aquello que resulta incoherente respecto a los códigos de interpretación e intervención de otras instituciones, es decir continúa administrando lo residual. Los riesgos más conocidos son la transinstitucionalización, la deshospitalización, puerta giratoria, achicamiento y más desasistencia'.(Almeida, V., et al., 2017)

En la misma línea cabe especificar que:

Lo claro es que no aparecen espacios asistenciales públicos que sustituyan a los hospitales monovalentes. La insuficiencia de la implementación sustitutiva queda subrayada. El esquema sanitarista clásico (hospital general- APS), a pesar de las muchas buenas prácticas de quienes allí trabajan, no es suficiente, menos si se considera que tampoco se ha aumentado el número de camas o espacios de atención en proporción a las que se han cerrado en los monovalentes. Solo se las intenta dedicar a salud mental, generando una permanente disputa entre las demandas por padecimientos orgánicos y subjetivos, llevando estos últimos siempre las de perder.(Almeida, V. et al., 2018)

¿Cómo pensar el cierre de los hospitales monovalentes sin que ello conlleve un achicamiento del estado? ¿Cómo darle lugar a un proceso de transformación de instituciones totales a otras caracterizadas por la dispersión en territorio, la

cercanía, la accesibilidad, el trabajo en red? ¿De qué modo es posible prevenir y limitar la desatención como efecto secundario inmediato de la modificación institucional a encarar?

En principio resulta imprescindible reconocer la complejidad del campo de la salud en el contexto local, en tanto intersección particular de determinantes económicos, sociales, culturales y subjetivos. ¿Cómo se entrelazan e intersectan la política, la garantía de derechos, la clínica, la asistencia sanitaria, lo terapéutico?

En nuestro país se torna indispensable comenzar a habilitar conjeturas respecto a posibles articulaciones de la perspectiva de derechos con la clínica como orientadora de ciertas decisiones en los procesos colectivos -pero a la vez singulares- de desinstitucionalización.

Tal como plantea Sousa Campos (1996-1997, p.83) en *La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada*, su escrito dedicado a Franco Basaglia:

¿La Clínica como arte? Pero la vida de una persona no es un montón de arcilla o de piedra que se pueda sacar afuera en el caso de que la intuición del artista no estuviera funcionando. Por esto es muy importante conocer aspectos genéricos de los procesos salud-enfermedad-atención. Por esto es importante aprender la variación, por esto es importante saber escuchar, y más aún, saber también indagar el caso singular. Y decidir, pero decidir ponderando, escuchando a otros profesionales, exponiendo incertidumbres, compartiendo dudas. Por esto la Clínica del Sujeto demanda trabajo en equipo y un hacer comunicativo.

A contrapelo de la burocratización de los procesos de salud-enfermedad-atención, la apuesta resulta ética y fructífera cuando se orienta cada vez, todas las veces, a ampliar el margen de lo posible en el cruce entre lo universal y para todos igual (es decir, el plano fundamental de la garantía de los derechos conquistados y de los marcos legales que proveen soporte y orientación a las prácticas) y lo singular y a medida de cada situación particular (es decir, la dimensión de la clínica).

Bibliografía

- Almeida, V., Chidichimo, M., Coll, L., Orpinell, F., Pochettino C., Valdano, L. (2017). Desafíos de la política de salud mental sustitutiva a lo manicomial. Que abrir para cerrar. Cerrar el manicomio no es achicar el Estado. Cadernos do CEAS-Brasil. Recuperado el 11 de febrero de 2019 de <https://periodicos.ucesal.br/index.php/cadernosdoceas/article/viewFile/368/335>
- Almeida, V.; Chidichimo, M.; Coll L.; Orpinel F.; Pochettino, C.; Valdano, L. (2018). ¿Qué abrir para cerrar el manicomio? Lo sustitutivo. Los protagonistas, sus voces y perspectivas. Trabajo elaborado por ATE Salud Mental Rosario, Argentina, para el II Encuentro Latinoamericano de Derechos Humanos y Salud Mental realizado en Montevideo, Uruguay. Recuperado el 11 de febrero de 2019 de <http://idepsalud.org/que-abrir-para-cerrar-el-manicomio-lo-sustitutivo-un-mapa-de-lo-existente/>

Campos, G. W. D. S. (2001). La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada. *Gestión en Salud: en defensa de la vida*. Recuperado el 12 de febrero de 2019 de

https://www.srmcursos.com/archivos/arch_57bf80609677d.pdf

Campos, G. W. D. S. (2005). Paideia y gestión: un ensayo sobre el Soporte Paideia en el trabajo en salud. *Salud Colectiva*. Recuperado el 8 de febrero de 2019 de <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-159.pdf>

Crespo, H., Ceola, I., Vidal, M., Ferrandini Bello, E., Dallari, S., Blotta, M., Barrios, M., Mussi, M., Sforcini, P. (s.f). Sobre admisión y adscripción... Algunas propuestas. Centro de Salud Emaús-Dirección de APS, Sec. Salud Pública, Municipalidad de Rosario.

Gallio, G. y Cogliati Dezza, M. (Comps.)(2018). *La città che cura. Microaree e periferiedella salute*. Merano. EdizioniAlpha Beta.

Ghiretti, M. (2018). *Storie di donne*. En Gallio, G. y Cogliati Dezza, M. (Comps.). *La città che cura. Microaree e periferiedella salute*. Merano. EdizioniAlphaBeta.

Degrassi, M. (2018). *Farecomunità, tral'istituzione e la vita*. En Gallio, G. y Cogliati Dezza, M. (Comps.). *La città che cura. Microaree e periferiedella salute*. Merano. EdizioniAlphaBeta.

Iconoclasistas. (2013). Recursos cartográficos críticos para procesos territoriales de creación colaborativa. Buenos Aires. Tinta Limón Ediciones.

Rotelli, F. (2018). Servizi che intrecciano storie. En Gallio, G. y Cogliati Dezza, M. (Comps.). La città che cura. Microaree e periferie della salute. Merano. EdizioniAlphaBeta.

5. HACER-TRANSFORMANDO SALUD EN LIBERTAD

Mariana Casal

La follia esiste perché questa è la condizione umana. Come esiste la ragione, esiste anche la "sragione". Certamente una delle terapie più importanti per combattere la follia è la libertà. Quando un uomo è libero, quando ha il possesso di se stesso e della propia vita, gli è più facile combattere la follia. Quando parlo di libertà, parlo della libertà di lavorare, di guadagnarsi da vivere, e questa è già una forma de lotta contro la follia. Franco Basaglia, Conferenze brasiliane, 1979.¹

En el siguiente artículo presentaré una experiencia de formación profesional en Trieste durante el 2018 que busca otras formas posibles de hacer salud mental en la comunidad.

Intentaré realizar un breve recorrido sobre las propuestas de desinstitucionalización que se han ido implementando desde el sector público, privado y comunitario a lo largo de los años con personas con problemáticas de salud mental, en particular, la

¹La locura existe porque esta es la condición humana. Como existe la razón, también existe la "sinrazón". Ciertamente una de las terapias más importantes para combatir la locura es la libertad. Cuando un hombre es libre, cuando tiene posesión de sí mismo y de su vida, es más fácil para él luchar contra la locura. Cuando hablo de libertad, hablo de libertad de trabajar, de ganarse la vida, y esta es ya una forma de lucha contra la locura. Franco Basaglia, Conferencias brasileñas, 1979 [La traducción es mía].

experiencia de viviendas de convivencia (Abitare Supportato²).

Presupuesto de Salud, Proyecto Personalizado y residencias asistidas: los pilares del “*si può fare*” en el proceso de desinstitucionalización en Trieste.

R. Mezzina y P. Ridente (2015) describen cómo el proceso de superación del hospital psiquiátrico en Trieste involucró el uso de viviendas y rehabilitación que fueron evolucionado en una estrecha relación con la red de servicios públicos de la Dirección de Salud Mental (DSM) que funciona en la Azienda Sanitaria Universitaria Integrata Di Trieste (ASUITs), en articulación con los Centros de Salud Mental (CSM) abiertos las 24 horas tanto en la atención y cuidado como en la inclusión social.

Los autores describen el proceso refiriendo que la reducción progresiva de las camas residenciales ha estado posibilitada por el uso de una metodología del Presupuesto de salud (Budget di Salute) vinculada a un proyecto terapéutico personalizado (Progetto Personalizzato). Mencionan que fue un proceso de desarticulación y transformación de las estructuras y organizaciones existentes hacia los contextos más

²Nota de la compiladora: El *abitare assistito* y *abitare supportato* son dos modalidades de nombrar el mismo dispositivo. Habitualmente se oye más coloquialmente y entre los trabajadores “abitare assistito”-de hecho es así como ha sido nombrado por los entrevistados y otros autores de este libro-. El uso de la expresión “abitare supportato” se encuentra con mayor frecuencia en los textos académicos.

cercanos y las necesidades de las personas involucradas, fomentando y apoyando la reapropiación de espacios de vida en un proceso sólido de personalización del proyecto (Mezzina y Ridente, 2015).

Si partimos del hecho que la vivienda es un derecho básico para cualquier sujeto tanto en su proceso de autonomía, como en la posibilidad de desarrollar cualquier otra área de su vida, podremos suponer que la situación se vuelve más compleja para las personas que padecen un fuerte estigma social.

En Trieste, se evalúan las situaciones de cada persona y se destinan las estructuras residenciales a aquellas que presentan mayor riesgo de vulnerabilidad social, algunas con problemáticas familiares complejas de convivencia, con un alto nivel de aislamiento social y dificultad en el desarrollo cotidiano de su autonomía. Los autores advierten que con esta población se corre un mayor riesgo de reproducir lógicas manicomiales, tropezando con la despersonalización de la atención, recreando de este modo lógicas institucionalizantes. La idea central del DSM es favorecer y apoyar los procesos de desinstitucionalización, trabajando en red las capacidades y habilidades de cada persona, para poder habitar lo social en un proceso de inclusión.

Un poco de historia

Mezzina y Ridente (2015) mencionan el recorrido histórico de las estructuras residenciales en Trieste: en los 70's nacen los primeros grupos de convivencia

(gruppo appartamento) para personas que abandonaban el hospital psiquiátrico de Trieste. Al inicio, la idea del "grupo de convivencia" respondió tanto a la necesidad de vivienda, como a la reintegración social para el alta del hospital psiquiátrico.

El Rol fundamental de los CSM

Mezzina (2015) describe la red de servicios de los CSM como una interconexión de las estructuras y los servicios ofrecidos a lo largo del tiempo, y afirma que es precisamente la estrecha integración entre diferentes servicios, sin transiciones de la responsabilidad de uno a otro, lo que garantiza el sostén general del aparato. En particular, la centralidad del CSM de 24 horas, como responsable de la continuidad de los tratamientos, lo convierte en una "estructura de conexión", capaz de construir, caso por caso, el proyecto de rehabilitación terapéutica con la/el usuaria/o.

Otro objetivo de los CSM fue trabajar de manera articulada con otros servicios de la DSM, de la ASUITs, de los servicios sociales, y también acompañar y fomentar los recursos de la comunidad (las familias, los voluntarios) y otros recursos informales de apoyo (acompañantes, grupos de apoyo, etc). De esta manera, se fueron elaborando herramientas para la construcción de planes individuales, definidos como Proyecto personalizado.

En este sentido, los CSM se han encargado de diseñar, monitorear, verificar y supervisar planes

terapéuticos de rehabilitación con presencia diferencial de recursos (operadoras/os de salud) y diversa intensidad terapéutica.

El compromiso de las Cooperativas Sociales

Las cooperativas sociales merecen un capítulo aparte con más de 4 décadas de historia en el proceso de desinstitucionalización triestina y regional, podría decirse que conforman uno de los actores sociales más valiosos en todo este proceso ya que poseen un gran porcentaje del total de recursos humanos involucrados en la vida cotidiana de cada usuaria/o.

En los años 90's se suma su colaboración como socios (partnership) del sector privado social con la misma modalidad de intervención: soluciones diferenciadas y personalizadas, con diferentes intensidades de apoyo.

El apoyo en las estructuras residenciales es realizado entonces, hasta hoy, por operadoras/os de las cooperativas sociales (de tipo A o B)³ en sociedad con la ASUITS.

En el 1997 se crea el Servicio de Habilitación y Residencia (SAR), en estrecha colaboración con los CSM. Este es un servicio encargado de la coordinación de las estructuras residenciales, que

³ Las cooperativas sociales pueden ser de tipo A, B o ambas. La categoría A se ocupa de la gestión de los servicios de salud social, formación y aprendizaje permanente. La categoría B se ocupa de la gestión de actividades dirigidas al empleo de personas desfavorecidas en los sectores de la industria, comercio, servicios y agricultura.

promueve iniciativas y busca estrategias dirigidas a la calidad de la vivienda y al desarrollo de proyectos de formación y capacitación para las personas que se encuentran en instalaciones residenciales. Realiza el monitoreo de la disponibilidad de las habitaciones, coordina su uso y activa proyectos innovadores en el campo de la vida asistida en conjunto con el sector privado social, los operadoras/os de CSM, la familia, la comunidad y la persona.

Proyecto personalizado y Presupuesto de salud: las dos caras de una nueva metodología política

Ridente (2013) refiere que en el 2006 la región Friuli-Venezia-Giulia (a la cual pertenece Trieste) promulga una ley regional L.R. 6/2006 sobre el Sistema integrado de intervenciones y servicios para la promoción y la tutela de derechos de ciudadanía. En su artículo 41 crea un Fondo para la autonomía posible y para la asistencia a largo plazo (FAP) destinada a personas residentes en la región que por su condición de no autosuficiencia, no pueden proporcionar la mejora de sí mismas y mantener una normal vida de relaciones sin la ayuda de otros. El FAP dictamina cuatro tipos de intervenciones posibles: la asignación para la autonomía, la contribución para la ayuda familiar, el apoyo a la vida independiente y el apoyo a los proyectos experimentales a favor de las personas afectadas por problemas de salud mental. Se establece así un marco legal y un nuevo presupuesto individual de salud que se agrega sin sustituir las intervenciones ya

previstas en el desarrollo de las tareas institucionales de prevención, cura y rehabilitación.

Starace (2001) describe 3 ejes principales de intervención en el proyecto personalizado y el presupuesto de salud: la vivienda, el trabajo y la formación profesional, y la sociabilidad y afectividad, a partir de las necesidades expresadas por las personas y las necesidades que se identifican de forma colaborativa. Agrega que el presupuesto de salud de cada persona representa la síntesis de los recursos económicos, profesionales y humanos que se necesitan para desarrollar un proceso participativo de inclusión social entre la persona, su familia y su comunidad, junto a un proyecto terapéutico de rehabilitación individual.

Con este nuevo método de financiamiento combinado entre la entidad pública y privada social, los recursos económicos giran alrededor de la persona y producen dos efectos: estos recursos del territorio se transforman en multiplicadores de cambio y se revaloriza el lugar del usuario/o.

A su vez, se propone una corresponsabilidad entre los socios. Hay una nueva forma de relacionar lo privado con lo público: predomina una lógica horizontal en la cogestión de los programas, donde las funciones públicas en relación a los co-proyectos se comparten y el ente público pasa de ser el gestor directo de los servicios a ser su garante y promotor (Ridente, 2013). En este sentido, se produce cierta independencia de la estructura de los servicios de salud mental por el flujo dinámico de la utilización de los recursos económicos.

De esta manera fue posible, con el cierre de algunas de las estructuras residenciales existentes, activar proyectos personalizados de viviendas con apoyo.

Las estructuras residenciales

En la actualidad, las residencias, funcionan con dependencia de los 4 CSM actuales (abiertas las 24 horas y cada una equipada con 6 camas para la recepción de situaciones de crisis de período corto y medio), se distinguen en:

- . Residencias de integración social donde se alojan usuarias/os con alguna dificultad para desarrollar su autonomía, que requieren cierto apoyo para sus actividades cotidianas pero logran desenvolverse con el sostén de la vida comunitaria.

- . Residencias terapéuticas de rehabilitación donde viven usuarias/os con problemas de salud mental significativos, ausencia o nocividad en la red de apoyo social o familiar, con una discapacidad alta que requiere de una residencia que acompañe esas áreas vitales.

La innovación de viviendas agrupadas, de convivencia

El programa de viviendas agrupadas o de convivencia (Clusterhousing) ha sido un nuevo programa en el área de la residencia y fue producto de la flexibilidad organizativa y de asignación garantizada por el presupuesto de salud.

En el 2009 se abre un proyecto de "Abitare supportato" en el barrio "Villa Carsia" de la ciudad de Trieste. Este barrio es un complejo residencial del ATER (Azienda Territoriale per l'Edilizia Residenziale), en donde se eligieron 5 viviendas que fueron asignadas a 8 personas que venían de la estructura residencial de la DSM. En cada una de las viviendas, habitan una o dos personas. El proyecto garantiza una asistencia domiciliar flexible, de 24 hs, acompañada de operadoras/os del sector privado social (cooperativas) y está centrado en intervenciones personalizadas donde se promueva el pleno desarrollo de la vida autónoma en la casa propia. Cada uno es propietario del propio contrato y le viene atribuido un presupuesto de salud personalizado. Los operadoras/os del DSM supervisan el proyecto para garantizar la calidad del servicio, haciendo base en la casa más grande que puede alojar a todos cuando se realizan actividades compartidas o momentos sociales. De esta manera también garantizan su presencia en momentos de apoyo en momentos cruciales del día y de la noche, moviéndose según las necesidades y la demanda de las personas de una casa a la otra.

Conociendo-trabajando en el "Abitare Supportato"

Mi experiencia se desarrolló durante 7 meses en un núcleo residencial de estas características. Al inicio, roté como psicóloga voluntaria y luego, fue asumida por una cooperativa social como operadora de salud

en el Servicio a la persona. De esta manera, tuve un acercamiento variado, valioso y único a una propuesta alternativa al encierro.

Mis primeras impresiones no pudieron escapar a la comparación con la realidad en la que habito, los territorios empobrecidos de la Argentina y el gran desafío que presenta el poder pensar el desarrollo de políticas públicas que respondan a las problemáticas en salud mental.

Con este atravesamiento personal y profesional, desde el inicio pude identificar la presencia de diferentes condiciones materiales y derechos garantizados que poseen la/os usuarias/os de salud mental en Trieste, sostenido por 4 décadas de reforma psiquiátrica y un fuerte marco legal a partir de la Ley 180 de Franco Basaglia. En particular me pude vincular con personas que a través del Proyecto personalizado y del Presupuesto de Salud, le ha sido asignada una vivienda de convivencia con un contrato de alquiler a su nombre.

Podría definir a esta estructura residencial como una vivienda digna, a saber: grande, linda, cálida, bien equipada, confortable, individual, o compartida con otra persona donde cada una cuenta con habitación privada. Estas viviendas son gestionadas por diversos actores del sector público y del privado social: servicios de salud y cooperativas sociales, respectivamente. Las cooperativas sociales destinan los recursos humanos para el servicio a la persona (SAP) como a la residencia (limpieza, compras de insumos, otros). En el SAP se busca trabajar la autonomía de cada usuaria/o, de manera progresiva.

Las tareas que se desarrollan van desde la ayuda en la higiene personal y diferentes tareas del hogar- ayudar en la cocina y en las compras- hasta el acompañamiento en el área sanitaria y actividades recreativas por fuera del domicilio, favoreciendo sus redes de apoyo y sociabilidad. También participan en la confección de un proyecto terapéutico socio-rehabilitativo personalizado junto a la/os referentes de servicios de salud y las/os mismas/os usuarias/os. Aquí también la centralidad continúa siendo la persona, su trayectoria, sus necesidades y sus deseos.

En todo este trabajo, se realiza una co-gestión de los Proyectos personalizados junto al Presupuesto de salud y el monitoreo, apoyo y soporte a las residencias lo realiza el SAR. El acompañamiento a las viviendas por parte de los CSM es de 24 hs (cada usuaria/o cuenta con su historia en un CSM), constituyendo un fuerte referente de las intervenciones que deberán llevar adelante la/os operadora/es de las residencias. Ante eventuales situaciones cotidianas de diferente índole, se contacta al CSM y se negocia entre usuarias/os, operadora/es y CSM hasta llegar a una decisión conjunta sobre un proceder determinado. La gestión de las emergencias, en principio, debe ser activada por la/os operadoras/os de la residencia en comunicación con el CSM, quién orientará los pasos a seguir y, según el nivel de gravedad, se llamará al Servicio de emergencia (112) que cuenta con derivación directa a asistencia sanitaria y ambulancias. También pueden ser usuarias/os y/o vecina/os quienes activan los servicios de emergencia.

Respecto al sustento económico, cada persona posee un ingreso mensual de dinero de origen variado: trabajo, pensión por discapacidad, pensión o soporte familiar. Este ingreso es autogestionado (según el grado de autonomía que posea la persona), o en algunos casos, cuenta con un administrador/a legalmente asignado (*amministratore di sostegno*), que se encarga de la recepción y monitorio posterior de este dinero. El ingreso lo utilizan tanto de manera colectiva (para pagar los servicios y arreglos necesarios de su vivienda, las compras del supermercado, gastos grupales de diversa índole) como individual: comprar su vestimenta, realizar actividades de bienestar físico fuera del domicilio, ir a la peluquería, barbero o esteticista, realizar salidas recreativas como almuerzos o cenas en diversos puntos de la ciudad o fuera de la ciudad (acompañados por operadora/es externos a la residencia), ir al cine, salir ir a tomar una bebida al bar, salidas organizadas grupales a la naturaleza, a muestras de arte, museos. También cuentan con la posibilidad de realizar vacaciones en grupo, un viaje corto, o asistir a la "semana de bienestar" en una estructura de salud preparada para recibir por una semana a distintas usuarias/os de los CSM al modo de "vacaciones-spa" para trabajar todo lo vinculado al contacto con el cuerpo, el relajamiento y el tiempo libre. Algunas personas participan de un espacio destinado a mujeres, donde se realizan grupos de mujeres, talleres literarios, cine y otras actividades en una ONG que trabaja la problemática de género en pleno centro de la ciudad. En casi todos los casos,

es con la colaboración de la/os operadora/es que se obtiene una distribución equitativa para llegar a fin de mes: con la comida, con las salidas, con todos los gastos extra de la residencia que la persona quiere y pueda realizar.

En las residencias, la alimentación es saludable, muchas veces quienes cocinan son operadora/os de turno, a veces cocinan sola/os o acompañada/os por otra/o operadora/o y suelen compartir almuerzos semanales entre todos. Ha sido recurrente el rol de las rotantes en estas viviendas con propuesta colectivas de cocina argentina, de salidas y paseos por la ciudad, de picnics, generando un intercambio cultural y un acercamiento muy interesante.

Con el Presupuesto de Salud, desde las cooperativas se activan la/os "educadora/es" que son profesionales que acompañan a algunas/os usuarias/os según sea su necesidad para realizar diversidad de actividades y tareas vinculados a su vida cotidiana, formación educativa/profesional o trabajo, control de salud, afectividad y sociabilidad, etc.

Luego de Trieste, ¿qué nos llevamos a casa?

Las experiencias entendidas siempre como procesos, mientras imprimen diversas ideas y sensaciones en el transcurso del tiempo, alcanzan su significación (al menos la primera) recién cuando culminan.

Luego de esta experiencia, desde los diversos roles que pude transitar, me encontré con ese principio

básico que en Trieste utilizan como "*prendersi cura*", vinculado al significado más profundo del cuidado, a la atención de la persona en su complejidad, a su comprensión holística. Algo en resonancia con el alojamiento subjetivo, la disposición hacia el otro, con brindar un lugar de contención y afecto, un otro lugar. Las intervenciones estuvieron guiadas por este principio universal que volvió a confirmar que el lazo que cura es el lazo afectivo.

Toda esta reforma psiquiátrica se sostiene en la centralidad de la persona. En este sentido, la comunicación, el manejo del idioma verbal y gestual, es una herramienta valiosa en todos los tipos de interacción que se realicen, así sea desde una mirada, una pausa, un abrazo. Más allá de la formación profesional, el lugar que podamos ocupar será en construcción, siempre, con otros en vías de comprender al sujeto en su singularidad. Escuchar los silencios, leer las miradas, acompañar los pedidos, encauzar los deseos.

El "ir a tomar un café juntos", realizar algún cuidado del cuerpo, planificar salidas y paseos, proponer espacios de sociabilidad, acompañar trayectorias de trabajo, de educación, preguntar y repreguntar qué quiere la persona, cómo, de qué manera y por qué son todos posicionamientos que acompañan el desarrollo de su autonomía y posibilitan momentos de elección y acción.

Por otro lado, cuando pensamos en la metodología política propuesta como una tríada de Presupuesto de Salud, Proyecto personalizado y residencias de convivencia para consolidar el proceso de

desinstitucionalización, tenemos que incluir una gran capacidad de colaboración y negociación constante, así como la confluencia de decisiones políticas junto a todos los actores sociales del territorio en el que se opera. Y tenemos que entender que las personas cuentan con múltiples recursos porque son personas que cuentan con ciudadanía.

Quizás el horizonte posible al que podemos llegar es el de generar mayor debate público acerca de la salud mental, abrir los propios ámbitos profesionales y entrar en la arena del territorio.

Finalmente, la libertad de la que nos habla Basaglia, es aquella que rompe con las cadenas del manicomio y del estigma social, pero también es aquella que debe seguir en pie, atenta a las lógicas institucionalizantes que insisten en sobrevivir en las experiencias de salud mental de hoy. Y, sobre todo, es aquella que nos contagia al llegar a Trieste y nos acompaña de regreso a casa a continuar revolucionando nuestras prácticas.

Bibliografía

Basaglia, F. (2000) Conferenze Brasiliane 1979. Raffaello Cortina Editore, Milano. P38 (La traducción es mía).

Legge Regionale 6/2006 sobre el Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale.

Mezzina, R.; Ridente, P. (2015) La trasformazione della residenzialità a Trieste verso l'abitare supportato. *Nuova Rassegna Studi di psichiatrici NRSP*; 12(6), 1-8.

- Ridente, Pina. (2013) Il budget di salute/progetto personalizzato come strumento di deistituzionalizzazione. Presentación en Convegno Regione Emilia Romagna (La traducciones es mía).
- Starace F. (2001) Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di salute. Roma: Carocci (La traducción es mía).

6. ¿CASOS SOCIALES? EN SALUD MENTAL *Vulnerabilidad e inmigración: Menores extranjeros no acompañados (MSNA)*

Nicolás Fernández Garbin

¿Qué enseña la reforma en Trieste para pensar el abordaje de otras problemáticas sociales?

El antes y el después que marcó el armado y puesta en funcionamiento de la ley 180 en Trieste, descrita y desmenuzada con precisión a lo largo de las experiencias previamente relatadas, no fue sobre el manicomio que instaló una modalidad superadora sino, como venimos viendo, sobre las prácticas institucionalizadas en referencia al hospital psiquiátrico como institución de encierro. Se afirmó así como axioma irreductible para afrontar problemáticas hasta entonces vinculadas al control social. Sostener esta práctica desde *la vigilancia y el castigo* sólo incrementó la exclusión de una población que no cuenta con los recursos ya sea económicos, afectivos o subjetivos para encauzarse en una norma social que le es ajena, en tanto termina siendo rechazada por ésta, a partir de lo que deviene en una práctica manicomial. Resalto la importancia de analizar el desarrollo de algunos de estos dispositivos que promovieron la superación gradual de los hospitales psiquiátricos en pos de un modelo de asistencia territorial profundamente inclusivo.

*¿Casos sociales? en salud mental. Vulnerabilidad e inmigración:
Menores extranjeros no acompañados (MSNA)*

El planteo principal del artículo rodea la necesidad de pensar la relevancia que tiene hoy día la reforma del '78, en relación a la problemática central de la vulneración de derechos en la población de Menores Extranjeros No Acompañados (MSNA). ¿Qué ofrece a esta población el campo de la salud mental?

El desarrollo que tuvo el planteo comunitario del sistema de salud mental en Trieste, tanto en las prácticas de los profesionales, como en los pacientes e incluso en la opinión pública en general, estuvo posibilitado al sustituirse el alcance de la institución monovalente por una red de dispositivos interrelacionados e interdependientes en la comunidad, enfocados en cubrir cada uno de los servicios del hospital psiquiátrico. Con sus aciertos, errores, con aquello que no perduró en el tiempo, con lo que debió ser implementado al pasar los años y también con las modificaciones que se siguen sumando.

El diseño de la Ley 180 propone desde su primer artículo la promoción y protección del pleno goce de los derechos humanos y de las libertades fundamentales de las personas con discapacidades y trastornos mentales, así como prevé el desarrollo de medidas adecuadas para garantizar a las personas y a la comunidad (o sea, a las personas) el acceso efectivo a una asistencia socio-sanitaria integrada, centrada en sus necesidades específicas.

Dos ejes primordiales vertebran la propuesta de esta ley: el acceso a un sistema de salud integrado, donde sean activados programas de reinserción habitacional, laboral y social; y el redireccionamiento de los perfiles profesionales.

En relación a este último punto, resultan atractivos los rumbos que se inauguran en Trieste frente a la importancia de reformular los discursos circundantes a la psiquiatría, tanto desde el dominio biomédico en las instituciones totales, como en el modo en que se inmiscuyeron estas críticas en el movimiento social y en la opinión pública, tanto en los medios de comunicación como en la discusión política.

En este sentido se plantea un proyecto que no busca el mero cierre del manicomio sino que se dirige hacia la clausura de las prácticas que lo sostienen y que se sostienen de él. Instala en el seno de la formación profesional la pregunta por la orientación de las intervenciones particulares y de la posición colectiva del abordaje. Para que de este modo, el trabajo del agente en salud mental se oriente hacia la protección y restitución de derechos.

Me interesa remarcar la distancia que guarda este planteo socio-sanitario para diferenciarlo del modelo socio asistencial, ya que en el primero lo humanitario no está basado en la caridad como base de su práctica. La diferencia ancla en la evaluación del riesgo de vulneración de derechos que se efectúa, para promover las condiciones de posibilidad que restituyan esos derechos.

La respuesta a esto fue entonces una propuesta de abordar integralmente las patologías psiquiátricas dentro de un sistema de salud más abarcativo, andando por los mismos circuitos que cualquier otra necesidad de atención en salud. Este modelo, más que comunitario es *en* la comunidad, lo cual no implica otra cosa que ser llevado a cabo en el

*¿Casos sociales? en salud mental. Vulnerabilidad e inmigración:
Menores extranjeros no acompañados (MSNA)*

territorio mismo del paciente, con la premisa de no excluirlo en primera instancia de su lugar de pertenencia. Por supuesto, es necesario aclarar (¿es necesario?) que no se pretendió, al menos al formalizar las prácticas que se llevaron adelante, dejar a los locos sueltos sin acompañamiento, sin protección o sin el cuidado específico que cada uno, en su particularidad, requiere. Es así que al día de hoy inclusive, se siguen generando espacios y dispositivos de atención nuevas que contemplan las necesidades de cada uno de los tratamientos de los cuales es responsable el Sistema de Salud Integrado (Azienda Sanitaria).

Gruppo-appartamento: hogares convivenciales

Entre ellos destaco dos dispositivos que vienen al caso para los fines de este artículo. Al momento podemos afirmar que poner el foco en el territorio no se agota únicamente en la salida del profesional al hábitat de una población con su flora y su fauna, como muchas veces se presenta, sino que responde al armado de estructuras de protección de los lazos del paciente con su comunidad.

Es así que entran a formar parte de estos dispositivos terapéuticos los *gruppo-appartamento* y el *abitare assistito* como modalidades con los que se buscó la alternativa territorial, tanto habitacional como de tratamiento, a la internación en una institución monovalente. Estas dos estructuras, versátiles y diversas, no surgen como una solución por sí mismas, sino haciendo base en la protección de los derechos básicos como abordaje de las afecciones

psíquicas -en relación a quienes padecen con algún trastorno mental que requiera de esta asistencia- y en lo social, en relación a las dificultades generales para subsistir en una comunidad que expulsa y pide por el encierro, ya sea por desconocimiento o por ignorancia.

Se trata de concebir una rehabilitación corriendo del epicentro al objetivo funcional de la autonomía del paciente, fijando su núcleo en el acceso de las personas a su cotidianidad como sujetos de derecho.

En la impronta de estas propuestas puede leerse cuál es el punto principal: cuidar y resguardar que las personas puedan ejercer sus derechos básicos.

A partir de estos trazos, donde se entrecruzan elementos históricos, culturales, políticos, individuales, profesionales, artísticos, etc. se reflejan la integralidad con la que se piensa el trabajo con distintas poblaciones expuestas a la exclusión por hacer estallar los márgenes de las lógicas con las que se normalizan las sociedades.

El objetivo fue transformar la organización no para reformarla, sino para superarla a través de la construcción de dispositivos entramados en el lugar de pertenencia, alternativos y sustitutivos de las múltiples funciones de tratamiento, hospitalidad, protección y asistencia sanitaria, creándose una significativa red de servicios como parte misma de la comunidad, con proyectos habitacionales y cooperativas donde se incluyen pacientes psiquiátricos entre sus empleados.

*¿Casos sociales? en salud mental. Vulnerabilidad e inmigración:
Menores extranjeros no acompañados (MSNA)*

Transversal a la ley, se lee una propuesta donde lo terapéutico forma parte misma de la construcción de los lazos del paciente a su comunidad. Lo interesante de esto es que la curación, impracticable en estado de aislamiento, viene como por añadidura. La estabilización, la puesta en forma del sufrimiento psíquico para poder intervenir sobre él, será posible solamente sobre un marco de derechos. Pensar lo terapéutico del abordaje es pensar en cuáles son los lugares que se habilitan dentro de la comunidad para recibir y alojar a las personas.

El detalle de la cura

La enfermedad es una situación. La posición ética no renunciará jamás a buscar en esa situación una posibilidad hasta entonces inadvertida. Aunque esa posibilidad sea ínfima. Lo ético es movilizar, para activar esa posibilidad minúscula, todos los medios intelectuales y técnicos disponibles. Sólo hay ética si el psiquiatra, día tras día, confrontado a las apariencias de lo imposible, no deja de ser un creador de posibilidades.
(Badiou, A; 2000)

Nos topamos de frente con un modelo de atención en el cual la cura se entiende desde el mismo trayecto que se recorre. Es un modo de generar las condiciones para favorecer la participación de los pacientes en las actividades de la comunidad, acompañando este proceso y apoyando las necesidades de apuntalamiento en la particularidad de cada situación, fomentando y sosteniendo el desarrollo en ámbitos laborales, culturales y sociales en general. "Lo curativo" queda inserto en el

transcurrir de las acciones necesarias para llevar a cabo la rehabilitación e inclusión del paciente en un ambiente que le es propio. El significado en italiano del término *cura* nos facilita una pequeña llave para comprender de qué se trata este proceso. *Cura*, aparte del uso que damos en español, significa *cuidado*.

El camino de la *cura*, en este sentido, es el recorrido guiado por el cuidado, lo que descentra a la curación como la meta hacia un estado óptimo. Por el contrario, significa acompañar en el proceso, *prendendo cura [tomando a cuidado]* de quien lo necesita. ¿Cómo pretender curar una patología sin *tomar en cura* a la persona? No obstante, el español comparte su raíz latina y aunque pase desapercibido, el uso de esta acepción es corriente tanto en el ámbito jurídico como en el artístico e incluso en lo cotidiano. Acaso, ¿no se curan las maderas? Mantienen aún su vigencia los curadores en nuestra lengua como agentes de cuidado, sobre todas las cosas, como lo es en el tema que me convoca aquí, del cuidado de los derechos.

El eje principal: la restitución de los derechos

“Nosotros sosteníamos que no había siquiera que
confrontar con ellos, si primero no hubiera sido
restituido el estatuto de ciudadano”
(Rotelli, F; 1978)

Sitúo los parámetros con los que se aborda una problemática que viene *in crescendo* dentro de

*¿Casos sociales? en salud mental. Vulnerabilidad e inmigración:
Menores extranjeros no acompañados (MSNA)*

Europa y que, por tal motivo, han debido diseñar modos de intervenir sobre las poblaciones migrantes.

Quisiera remarcar que el flujo migratorio en Europa, es indisociable de la configuración de la identidad de sus habitantes. Trieste en particular está hecha de una intensa interculturalidad, con una gran conjunción de colectividades en su territorio, tanto por las repetidas persecuciones políticas de los últimos dos siglos como por las guerras. Cinchada siempre entre el alojamiento y la segregación. En apariencia en Trieste se añoran los años imperiales de María Teresa de Austria asentándose como la *Piccola Vienna* al mar. Pero en realidad lo que conforma su verdadera identidad es el ensamble difuso en sus confines al mostrar en su piel la cercanía, primero con la ex Yugoslavia y las coterráneas costumbres eslovenas e istrianas para luego acodarse a sus vecinos austríacos. Más allá, resuenan las influencias germanas, galas y suizas. Ni que hablar de los que se acercaron desde el resto de la península, e incluso la gran comunidad de argentinos que hay. Variopinto mejunje.

La particularidad del tema se abre a partir de una emergencia que crece año a año, la cual específicamente se centra en los niños, niñas y adolescentes menores de edad que llegan al territorio de los estados miembro de la Unión Europea sin acompañantes, ni adultos responsables por ellos. La pregunta que se abre es más bien una demanda de acción.

No será tanto ubicar los porqués de esta problemática, sino qué es lo que se ofrece para

recibir y alojar [*accoglienza*] a los que llegan. Evidentemente, tratándose de niñas, niños y adolescentes solos, habiendo cruzado varias fronteras y de diversas formas, arribando a un país de costumbres diferentes a las suyas donde por lo general ni siquiera se habla el mismo idioma, cualquier intervención debe orientarse hacia la protección y/o restitución de sus derechos, ya que lo que queda puesto en evidencia es el fondo de vulnerabilidad sobre el que se presenta esta población. Base sobre la cual los distintos Estados que intervienen son los responsables, obligados por las reglamentaciones internacionales, declaraciones, convenciones, consejos, etc.

Menores extranjeros no acompañados (MSNA) ¿qué se ofrece?

Como paradigma a nivel internacional nos encontramos a principio de los 90 con los comienzos del pasaje del modelo tutelar sobre la infancia al de protección integral de derechos. El circuito se dirige hacia lo que podría llamarse una efectiva tutela de la integridad de las personas como sujetos de derecho, abandonando los parámetros de lo tutelar para centrarse en el cuidado.

Como antecedente nos encontramos con la definición de menores migrantes no acompañados que da el Comité Internacional de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas en el 2001, siendo todos aquellos niños, niñas y adolescentes no acompañados y separados de su familia que se encuentran fuera de su país de nacionalidad.

*¿Casos sociales? en salud mental. Vulnerabilidad e inmigración:
Menores extranjeros no acompañados (MSNA)*

Italia cuenta con una legislación en vigencia desde 2017, que define las medidas a llevar adelante por el sistema de atención y protección para menores extranjeros no acompañados, conocida como la Ley Zampa. La misma dispone las medidas de protección sobre la base de la vulnerabilidad a la que quedan expuestos los niños y niñas menores sin ningún referente en un país que no es el suyo, garantizándole los mismos derechos que a niñas y niños nacidos en territorio italiano. La figura de MSNA, es tomada a partir del art. 403 del Código Civil italiano, en referencia a *los menores en estado de abandono*. Antes que migrantes, niñas, niños o adolescentes.

A partir de la ley, quedan compelidos a intervenir la Comuna que recibe a los MSNA (algo así como la Municipalidad), el Servicio Social y la Azienda Sanitaria, la seguridad pública (Policía), el Sistema Judicial (Tribunal de menores), las cooperativas sociales (las cuales reúnen el conjunto de los centros donde viven los chicos/as) y los tutores legales (designados a partir de un listado de tutores voluntarios inscriptos a tal fin).

El circuito que recorren, para explicarlo someramente empieza por la Seguridad Pública, quienes deben llevar a cabo la identificación del MSNA para luego informar al Tribunal de Menores, quien designa a cargo del caso a la Comuna en la cual ingresó por primera vez en territorio europeo. Allí es destinado a una Casa de *Prima Accoglienza* (recepción y alojamiento), donde son dirigidas las primeras medidas de asistencia, protección y cuidado, para

luego (en un plazo máximo de 30 días) ser dirigidos a las estructuras de *Accoglienza* propiamente dichas, comunidades donde habitan hasta que cumplen la mayoría de edad, las cuales deben garantizarles la protección y la atención de sus derechos.

Casas de *Accoglienza*: las comunidades desde el modelo de *gruppo-appartamento*

Retomando los movimientos radicales que comenzaron en Trieste a partir de la ley 180 y luego extendidos por el resto de Italia, quedan presentadas las bases sobre las que se sostiene el acogimiento de estos movimientos migratorios. Vale aclarar que lo que expongo aquí refleja el trabajo que se realiza en la ciudad de Trieste y otras ciudades de la región de Friuli-Venecia-Giulia que comprende entre las más importantes a las ciudades de Trieste, Gorizia, Monfalcone, Cividale del Friuli y Udine. No está a mi alcance afirmar que el modo de abordar la problemática en lo cotidiano en otras regiones del país se corresponda con la experiencia en esta zona.

La modalidad de trabajo planteada para la *accoglienza* propiamente dicha, toma como punto de partida el armado de los *gruppo-appartamento* descritos anteriormente. Dispositivo que tenía el objetivo de suplir las internaciones prolongadas y así volver lo antes posible al lugar de pertenencia, siendo su soporte el conjunto de relaciones institucionales que participan del cotidiano de los *gruppo-appartamento*. Cómo no servirse de esto para la población de menores migrantes, siendo su mecanismo una propuesta hacia la inclusión en una

*¿Casos sociales? en salud mental. Vulnerabilidad e inmigración:
Menores extranjeros no acompañados (MSNA)*

comunidad que así como los recibe, también los rechaza.

Las Comunidades, dependiendo de la infraestructura de cada cooperativa alojan en Trieste desde 2 a 25 MSNA (casi todos varones, prevalentemente kosovares, albaneses, pakistaníes y bangladesíes) donde se abocan a organizar la vida cotidiana de los chicos gestionando el funcionamiento del grupo convivencial desde una función de sostén y soporte frente a las exigencias básicas de cuidado, alimentación, vivienda digna, acceso a la salud y escolaridad.

Este circuito queda circunscripto a la protección de los derechos básicos, para trabajar a partir de ahí en función de la inclusión e integración sociocultural. Siendo sus límites el Interés Superior del Niño y derechos subsiguientes (Derecho a no ser discriminado, derecho a la protección, a ser oídos y expresar su propia opinión, al desarrollo, al respeto por la identidad cultural facilitando la mediación lingüística, a la representación legal, así como también a la reunificación familiar y a la formación de operadores idóneos a enfocarse en la protección de estos derechos) Todos derechos básicos y establecidos a partir de la declaración de los Derechos del Niño, universales e inalienables.

Otro derecho con el que cuentan los MSNA es el Repatriado Asistido, el cual es aplicable sólo ante la evaluación específica respecto a su interés superior, en pos de la reunificación familiar. Vale la aclaración, que esta medida se diferencia de la expulsión ya que el menor cuenta con la potestad de ejercer su

derecho a presentar recurso judicial si considera que la medida atenta contra el resguardo de su interés superior, pudiendo hacer uso de su derecho a la representación legal correspondiente.

La estrategia terapéutico-rehabilitativa que acompaña los *gruppo-appartamento*

Esta modalidad de atención en salud mental se propone desde sus inicios como una estructura *intermedia*. A mi entender, muchas veces mal llamadas *casas de medio camino*. A medio camino de qué, si se trata precisamente de cambiar la concepción de una cura que es parte del cuidado que se ofrece durante el tratamiento y no de un modelo teleobjetivo de cura como instancia cúlmine de la buena práctica y moral del médico tratante. El *gruppo-appartamento* surge como una modalidad de residencias propuestas para darle lugar a las situaciones cotidianas de convivencia entre pocas personas. “El grupo es una forma de *socialización organizada*. El grupo debe ser más un instrumento que una finalidad: generar redes sociales y familiares cuando no las hay”. (Dipartimento interaziendale ASL5 Collegno/ASO Universitario di Salute Mentale)

Como vivienda, por definición, conecta la posibilidad de pertenencia a un “contexto relacional no ocasional y organizado” a un lugar con una función habitacional que no sólo evoca la cobertura de las necesidades básicas, sino la protección de un derecho de los habitantes, lo cual propone sus objetivos a

*¿Casos sociales? en salud mental. Vulnerabilidad e inmigración:
Menores extranjeros no acompañados (MSNA)*

partir de garantizar y promover el desarrollo autónomo de estos dentro de un contexto grupal específico.

Los elementos que aporta aquí la salud mental confluyen en la comunidad como punto de encuentro, incluyendo a los pacientes, familiares, profesionales, docentes, etc. Desde aquí pienso que las necesidades de un sistema de *accoglienza* para MSNA sean parte del campo de acción de la salud mental y su abordaje integrado en el sistema de salud general.

Los ¿casos sociales? en la Argentina: un
agujero legal

Para finalizar, tomo como referencia el modo en que se inscribe a nivel social la población de MSNA en Italia, para distinguir el conjunto de los "casos sociales" que menciona la Ley 26.657 en Argentina, con sus similitudes y su marcada distancia. Ley que, dicho sea de paso, está basada en la reforma de Trieste.

Teniendo en cuenta lo presentado en este artículo, estas dos poblaciones bien distintas comparten su punto en el riesgo, la vulnerabilidad y el consecuente arrasamiento de derechos.

En nuestra legislación, estos casos (en el mejor de los casos sin trastorno psiquiátrico asociado, presentan por lo general una problemática por demás arraigada de consumo de sustancias psicoactivas y en situación de pobreza estructural) quedan por fuera de cualquier normativa, tanto de salud mental como de

derechos civiles. El huevo o la gallina. Las respuestas automáticas no se hacen esperar: "es un caso social, no tiene criterio de atención por salud mental". ¿Cómo es entonces que no sería incumbencia del sistema de salud mental estando nuestra ley basada en la Ley 180? ¿Con qué criterio la ley 26.657 diferencia caso social de caso de salud mental?

Esta contradicción inherente a las prácticas que realizamos en Buenos Aires respecto a la salud mental, soslaya la necesidad de generar las condiciones para el armado de una red de dispositivos territoriales que suplan aquellas mismas prácticas que se critican. Ofrecer un lugar, de recepción y alojamiento, afirma la presencia de un sujeto de derechos, con sus respectivas garantías y obligaciones, donde no se agote lo terapéutico en el sanitarismo de una intervención aislada y limitándose a un ideal de cura reducido, sino un recorrido que acompañe el proceso de cuidado. Esta es la puesta en forma de la responsabilidad como agentes de salud que tomamos el compromiso de identificar en dónde quedan desdibujados los principales derechos, para intervenir en esa dirección. Es la protección, es la atención y sea el caso, la restitución de estos derechos que ofrece la posibilidad de curar/cuidar el punto de dignidad de lo humano que está en juego.

Que la atención en Salud Mental responda a la protección de derechos como primera acción, tiene que estar acompañada de la decisión política de extender y proyectar los recursos acordes (infraestructura, capacitación, estabilidad laboral de los agentes de salud, entre otras). El eje de la

*¿Casos sociales? en salud mental. Vulnerabilidad e inmigración:
Menores extranjeros no acompañados (MSNA)*

cuestión no pasaría por internar o no internar, sino en la puesta en función de una práctica interdisciplinaria dirigida a evaluar cuál es el riesgo de vulneración o el avasallamiento de derechos para ahí sí, diseñar y construir aquellos dispositivos que aborden la problemática desde un proceso de cura entendida, como señalaba antes, desde el cuidado de las personas. Hay quienes seguirán confundiendo cura con solución normalizante y quienes, muchas veces lo olvidemos. En función de evitar esto hay que continuar trabajando cada vez.

Bibliografía

Badiou, A. (2010) *Reflexiones sobre nuestra época*, Ed. del Cifrado, Bs. As.

Basaglia, F. (2018) *Conferenze Brasiliane*, Raffaello Cortina Editore.

Colucci, M., Dell'acqua, P., Mezzina, R. (1989) *La comunità possibile*, Dipartimento di Salute Mentale di Trieste. Recuperado el 25 de febrero de 2019, de http://www.triestesalutementale.it/basaglia/comunita_possibile_01.htm

Convención sobre los Derechos del Niño, Tratado Internacional, Naciones Unidas, 20 de noviembre 1989.

Convenio de Dublin I (UE 1990), II (UE 343/2003), III (EU 604/2013), Estados Miembro responsables sobre pedidos de protección de refugiados.

Foucault, M (1976) *Vigilar y castigar*. Siglo XXI editores, Bs.As.

Legge di Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori N° 180. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 13 de mayo de 1978.

Legge Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati, 7 aprile 2017, legge n. 47. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 21 de abril de 2017. pp. 1-11.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Boletín Oficial de la República Argentina, 25 de noviembre de 2010.

Ley de Protección Integral de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes N° 26.061. Boletín Oficial de la República Argentina, 26 de octubre de 2005.

Mezzina, R., Ridente, P. (2015) *La trasformazione della residenzialità a Trieste verso l'abitare supportato*, en Nuova rassegna di studi psichiatrici, rivista on-line de psiquiatría, XII 29 de diciembre de 2015. Recuperado el 30 de noviembre de 2018, de <http://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/>

Novello, M. (2013) *Diagnosi e giustizia*, en Aut Aut n360. pp. 169-190.

Regione Autonoma Friuli-Venezia-Giulia (2017) *I Minori stranieri non accompagnati, guida pratica alla normativa quaderni dei diritti.* Recuperado el 15 de enero de 2019, de http://www.consiglio.regione.fvg.it/export/sites/consiglio/pagine/garante-diritti-persona/garante/.allegati/QUADERNOdeiDIRITTI4_2017.pdf

*¿Casos sociales? en salud mental. Vulnerabilidad e inmigración:
Menores extranjeros no acompañados (MSNA)*

Regione Autonoma Friuli-Venezia-Giulia (2018) *Dati sulla presenza di stranieri in FVG*. Recuperado el 10 de diciembre de 2018, de

<http://www.regione.fvg.it/rafvg/cms/RAFGV/cultura-sport/immigrazione/FOGLIA14/>

Rotelli, F. (2008/9) *Per la normalità, vol II e III* Microtesti, serie dentro fuori, Trieste, Italia.

Saraceno, B. *La cittadinanza come forma di tolleranza*, Organizzazione Mondiale della Sanità. Recuperado el 25 febrero de 2019, de https://www.researchgate.net/publication/265319885_LA_CITTADINANZA_COME_FORMA_DI_TOLLERANZA

Saraceno, B. (2013) *Nuovi paradigmi per la salute mentale*, Mental Health Department, Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra. Recuperado el 25 febrero de 2019, de <http://www.psychiatryonline.it/node/1269>

Saraceno, B (2008) *Gli ultimi degli ultimi, la malattia mentale nel sud del mondo* (entrevista), en *Volonta Rimini Notizie*, X(2) marzo/abril 2008, p.5.

Saraceno, B., Gallio, G. (2013) *Diagnosi, "common language" e sistemi di valutazione nelle politiche di salute mentale*, en *Aut Aut* n357. pp. 21-35.

Tribbioli, G., Ezio, C. *Proposte di linee guida per i gruppi appartamento*. Recuperado el 20 de noviembre de 2018, de

<http://www.psichiatriaestoria.org/Torino%20a%20Colle%20gno/linee%20guida.htm>

7. 2+2=4 BREVE LECTURA DE LA EXPERIENCIA DEL GRUPO DE PARES EN TRIESTE

Sergio Arleo

*Stare a fare assieme, sentirse all'interno della
stessa area ideale non é sufficiente, se non si
determinano le condizioni per una vera
emancipazione, che nel nostro caso significa la
nascita di una voce propria, personale, unica, del
soggetto che ha fatto la sperienza di sofferenza (...)
l'identitá sociale di chi in prima persona puó parlare
di una condizione, e dei servizi, di cui ha fatto
esperienza.*

*Roberto Mezzina en "E' giunto il tempo dei soggetti
in prima persona", 2016.¹*

Introducción

La experiencia de Trieste es desde hace más de cuarenta años una muestra paradigmática de un sistema de atención, cuidado y acompañamiento de

¹Estar juntos, sentir dentro de la misma área ideal no es suficiente, si no se determinan las condiciones para una verdadera emancipación, lo que en nuestro caso significa el nacimiento de una voz personal, única del sujeto que hizo la experiencia de sufrimiento (...) la identidad social de quienes en primera persona pueden hablar de una condición y de los servicios que ha experimentado. Roberto Mezzina, en "Ha llegado el momento de los sujetos en primera persona", 2016. [La traducción es mía].

la población que sufre a causa de padecimiento mental, sostenido en un modelo comunitario. Durante casi medio siglo ha servido como inspiración e incentivo para profesionales y no profesionales de todo el mundo que realizan prácticas junto a dicha población, cuyo norte apunta a la dignidad y el respeto de los derechos humanos de cada una de las personas que intervienen en dichas prácticas. Pero Trieste no es un modelo detenido en el tiempo ni cerrado a las influencias de otros actores. Todo lo contrario, gran parte de su riqueza se halla en la potencia de ser un sistema dinámico que es permeable a las modificaciones y a introducir aportes de la comunidad mundial en términos de Salud Mental. Uno de ellos es la noción y práctica del *Peer support*, o apoyo de pares.

El presente capítulo tiene como finalidad hacer un breve recorrido del apoyo de pares en Trieste, focalizando específicamente en el dispositivo de grupo de pares, del cual pude participar activamente durante tres meses.

La integración entre el DSM y las asociaciones civiles

Roberto Mezzina, director del Departamento de Salud Mental de Trieste (DSM), plantea como uno de los aspectos fundamentales para la recuperación de las personas con padecimiento de salud mental la participación responsable y verdadera de los servicios del DSM. Esto implica la cancelación de cierto

estatuto especial de la persona que sufre de padecimiento mental (Mezzina, 2016).

Uno de los mayores problemas históricos en el abordaje de la salud mental ha sido (y lo sigue siendo) la estigmatización de la locura y la enfermedad mental, a partir de prácticas y situaciones que empujan a la exclusión y el abandono de las personas que las padecen, más allá o acá del manicomio (Rotelli, 2014). No obstante, quisiera hacer la salvedad que en cuanto mayor la exclusión y el abandono, es decir, en cuanto más nos aproximemos a la lógica del manicomio, mayor será la estigmatización y el maltrato en tanto “configura un proceso central en la manicomialización que la locura promueve con frecuencia reacciones de maltrato –y el maltrato incrementa el sufrimiento de la locura” (Ulloa, 2011).

Es por ello que se vuelve necesario una integración real de las personas con padecimiento mental a la comunidad (entendemos por integración real a la puesta en acto de derechos y prácticas de ciudadanía) lo cual genera necesidades y desafíos para los servicios que componen la red del DSM.

Para poder dar respuesta a esto, se requiere que la organización del DSM funcione como una red, lo cual le otorga la posibilidad de contar con un margen de flexibilidad del que otros sistemas estancos carecen, favoreciendo la participación de actores y organismos informales. La importancia de estos es inestimable en lo que hace a la integralidad del sistema Triestino. Conforman en sí mismo una red que se enlaza con el DSM, dando lugar así a un complejo entramado de

actores con prácticas tan diversas como lo es la vida en comunidad en sí misma. Pero la participación no está dada de ante mano, sino que es fomentada por el DSM a partir de estrategias concretas diversas como, por nombrar una, el "Budget di Salute".

En la experiencia triestina, el rol del par fue fuertemente impulsado por las asociaciones de usuarios y familiares, quienes, a partir del incremento de actividades conjuntas con el DSM, fueron sistematizando ciertas prácticas que han devenido centrales hoy en día. Por su parte, el DSM propuso la capacitación de aquellas personas que por diversas características se perfilaban para poder desempeñarse como operadores.

De todos modos, la incorporación de la figura del par, no se da de manera directa y sin dificultades. Esta interpela a los servicios de Salud Mental, ya sea desde aspectos manifiestos en relación a la organización de la tarea cotidiana, como así también a las dinámicas de poder implícitas que se ponen en juego en toda institución y sus actores. La inclusión de los pares en el servicio constituye un punto interesante, en tanto interpela los roles profesionales, las estrategias y los marcos en los cuales se toman las decisiones respecto al proyecto terapéutico de cada usuario. Por otra parte, cabe destacar que, así como pone de manifiesto las dinámicas y lógicas institucionales de los servicios, a su vez corre el riesgo de que, si no se realiza una lectura crítica de dichas lógicas, pueda él mismo ubicarse en una posición de poder asimétrica para con el usuario, lo

cual rompe con el principio de reciprocidad desde el cual se sostiene la función del par.

El par como agente del sistema sanitario

La base de la función del par se sostiene, como decíamos anteriormente, en los principios de reciprocidad y en la empatía. La escucha y el acompañamiento oscila así entre una comprensión dada por el atravesamiento de la experiencia (y de los canales institucionales por los cuales esta circula) y el respeto por la alteridad, lo particular de cada persona y situación, el no apresurarse en realizar un juicio sobre esta.

La figura del "operador par" posibilita al mismo un reconocimiento efectivo de su experiencia. La vivencia del padecimiento, siempre singular y propia, es elaborada por el usuario. Esta vivencia no se reduce a la patología a los síntomas del cuadro de base, sino que incluye todas las aristas del fenómeno, es decir, sus implicancias sociales, familiares, institucionales, afectivas, etc. De esta forma, los usuarios se hacen de un saber "experto", diferente al del profesional abocado a la salud mental, a la vez que genera las condiciones para hacer un uso práctico de dicho saldo de saber experiencial y ponerlo al servicio de otros.

No es menor la situación salarial y de reconocimiento económico de los operadores pares. En tanto se les reconoce como trabajadores al servicio de otras personas, el salario deviene además

de una importante herramienta económica para la integración en la comunidad, una apuesta por revalorizar el plus de saber obtenido por la experiencia. Este punto es crucial en la continuidad de la recuperación del devenido par, quien se incorpora y es incorporado a una nueva función social. Lo inviste de nuevos derechos y obligaciones, ubicándolo en una situación contractual por la cual es reconocido como sujeto de derecho.

En el proceso de recuperación que atraviesan los usuarios, la relación con el grupo de pares deviene uno de las primeras redes de sostén, fundamental para evitar un mayor grado de dependencia respecto a la ayuda profesional. De este modo, el par puede volverse uno de los primeros canales de detección de indicadores de riesgo, funcionando de esta manera como elemento preventivo y de asistencia temprana en caso de necesitarse una consulta con un profesional. Por otra parte, constituyen un factor central para fomentar situaciones de socialización, establecer lazos con otros y con los propios deseos, participar activamente en prácticas concretas de la comunidad, condiciones todas afectadas particularmente por el padecimiento mental.

Las experiencias de ciudadanía, la vivencia y concientización de dichas experiencias, se transforman en un aspecto fundamental en la dirección del tratamiento y la naturaleza social de la recuperación (Mezzina, 2016). En este sentido, la apuesta del par apunta a evitar la segregación y a incentivar el lazo social, tanto en los períodos agudos, acompañando en la urgencia y mostrándose como

alguien que puede comprender lo que allí acontece; como en los momentos estables en que se constituye la cotidianidad de los usuarios, mediante conversaciones, grupos, actividades recreativas, etc.

El rol de par deviene un desafío personal, muchas veces un obstáculo difícil de sortear. Las situaciones de stress a las que el par se expone, en conjunto con la empatía y la sensibilidad puesta en juego, la rememoración de situaciones personales, son aspectos para los cuales se requiere de cierta preparación tanto en el terreno formativo, como en la implementación de estrategias singulares que cada uno par irá construyendo y optimizando.

Sobre la formación

El DSM y la Duemilauno Agenzia Sociale (asociación civil triestina), junto a ENAIP FVG², promovieron en el año 2015 la formación de los operadores pares a partir de un curso que pudiera certificar de manera oficial los saberes de los participantes. Dicha certificación otorga a nivel simbólico el reconocimiento y el valor de la experiencia atravesada, a su vez que brinda las condiciones de posibilidad para que esta pueda ponerse al servicio de otros.

Respecto a la formación realizada por parte de los operadores pares, cabe destacar que, si bien conlleva

²Ente Acli Istruzione Professionale della Regione Friuli Venezia Giulia. Entidad de Instrucción Profesional de la Región Friuli-Venezia-Giulia. [La traducción es mía].

el objetivo de sistematizar saberes y prácticas respecto al rol, no se ha centrado principalmente en una modalidad academicista, sino más bien focalizada en la experiencia que cada integrante ha atravesado. La formación incluía también ciertos contenidos mínimos respecto a la salud mental:

Los pares se han formado siguiendo un programa didáctico que incluía entre los temas principales: desinstitucionalización y notas históricas sobre el cambio en el paradigma de la psiquiatría; sujetos, derechos y participación: actores, contextos y factores que favorecen el empoderamiento y la participación; narraciones de procesos de tratamiento y de saberes experienciales como instrumento de apropiación de sí mismo, y de las relaciones. También se han formado sobre nociones básicas del padecimiento mental y las formas de reconocimiento de sus principales manifestaciones, sobre la identificación de instrumentos y estrategias para construir recorridos personalizados de tratamiento (Marín, 2016, p.30).

Breve relato de mi experiencia por el grupo de pares

Cuando inicié mis prácticas en un Centro de Salud Mental (CSM) de Trieste a fines del 2018, entre las múltiples actividades que en este se desarrollaban, me mencionaron el espacio grupal de pares. Este llamó mi atención e indagué al respecto. Me

comentaron allí que se trataba de encuentros coordinados por algunos operadores pares, los cuales no formaban parte del plantel del CSM, sino que pertenecían a una asociación civil, pero utilizaban las instalaciones del centro. Además, la convocatoria era abierta a quien quisiese participar.

Me acerqué al grupo unos minutos antes del horario pautado, se encontraban dos personas conversando en una mesa, junto a una jarra de café y galletas. Me recibieron con familiaridad, como a alguien que ya hubiese estado allí. Luego de presentarnos y conversar un tiempo, otras personas comenzaron a asistir, saludarse, tomar asiento. Así comenzó mi experiencia en el grupo, que duró aproximadamente tres meses.

El grupo de pares funcionaba con frecuencia semanal, con una duración de dos horas. Estaba coordinado por dos operadores pares, eventualmente por un par y una psicóloga cuando algún operador estaba en día no laboral, pero siempre era una dupla. Los otros participantes solían asistir con una frecuencia regular y cuando alguien se ausentaba preguntaban por esta persona o hacían notar de alguna manera la falta de presencia. Además, se encontraban otras personas de participación más esporádica, como pasantes de universidad que hacían sus prácticas en el CSM, o usuarios y usuarias del centro que se acercaban a tomar un café, intercambiar unas palabras, para luego continuar con sus actividades.

Los encuentros no iniciaban con una consigna de parte de los operadores, sólo intervenían al inicio si

había algún integrante nuevo en el grupo, o hubiese quedado una temática pendiente de algún encuentro anterior. De manera frecuente iniciaba con alguna conversación sobre el clima o alguna noticia que alguien había leído o visto en la televisión. Siempre se trataba de un modo de romper el hielo. Las galletas y el café hacían lo propio. Un modo de hacer el espacio confortable y ameno. Un clima de confianza, donde en cada encuentro, en cierto punto de la conversación, se llegaba a hablar sobre el padecimiento mental, el estigma del diagnóstico, la medicación, la soledad y cómo llevarla cada día, la falta de espacios de encuentro y dialogo, pero también lo difícil de sostenerlos cuando se encontraban.

Mi impresión inicial era la de un grupo terapéutico, pero en la medida que pasaban los encuentros, notaba que la coordinación no interpretaba o planteaba lineamientos sobre acciones o ideas, tampoco cerraba sentido sobre lo que se conversaba. El rol más bien era el de par, el de empatizar, apoyar a las personas que manifestaban un problema o padecer. Comentaban sobre sus propias experiencias, sobre su recorrido personal en las diversas instituciones, sobre las dificultades que habían afrontado. Pero también remarcaban que eso les había pasado a ellos, y que cada persona era diferente. En esas conversaciones me preguntaban mi opinión, no como profesional, sino como alguien que venía de un país lejano, querían saber si las cosas eran diferentes en otros lugares.

Otras conversaciones versaban sobre los gustos e intereses de cada uno, sobre política, historia, se

alternaba Mussolini y el Che Guevara con cocina y jardinería. También se proponían salidas colectivas, invitaciones espontáneas a realizar alguna reunión en el domicilio de alguno de los participantes, o algún almuerzo luego de finalizado el tiempo del encuentro.

Acercándose diciembre, y en la época de los mercados navideños, surgió la idea de ir al mercado de Ljubljana, ciudad capital de Eslovenia, muy cercana a Trieste. En un principio como una ocurrencia humorística, luego como una posibilidad concreta. Se lograron autogestionar mediante la asociación civil una combi para hacer el viaje y luego de dos semanas de logística y debate, se realizó el viaje un día domingo.

Dos semanas luego, mi tiempo en Trieste estaba llegando a su fin, por lo que me despedí del grupo. Me llevé del mismo muy buenos recuerdos, grandes discusiones sobre la salud mental, el padecimiento, la estigmatización y el modo de combatirla. También me llevo un hermoso presente firmado por ellos, y el deseo de poder regresar alguna vez.

8+8 da un número par. Algunas conclusiones

Franco Rotelli, psiquiatra y exponente de la reforma en salud mental triestina, plantea en su texto "8 + 8 principios" (Rotelli, 2014) que hay una necesidad de deconstruir, desinstitucionalizar la psiquiatría, las prácticas en salud mental, a condición de que esta se integre en un sistema más amplio, de múltiples instituciones, discursos, prácticas,

relaciones humanas concretas. En palabras del autor, un sistema que participe de las políticas de salud mental.

Ahora bien, esta deconstrucción en el proceso triestino fue sumamente acompañado, o más bien, se sustentó en la necesidad de garantizar derechos a las personas que sufrían de padecimiento mental. Nuestro contexto apunta a un objetivo alineado al movimiento triestino. La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 del año 2010, define a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos”, y tiene como objeto “asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental”.

En este punto, los pares y aquellos que participan de los grupos son personas que han logrado romper el rotulo de etiqueta diagnóstica, del estigma de la enfermedad mental, del lugar asignado al loco, al enfermo, al depresivo, al bipolar, etc. Insertos, o mejor aún, productores de relaciones humanas concretas, de espacios de intercambios de prácticas, discursos y afectos. Se observó en el grupo la creación de nuevos lazos, la conformación de efectos grupales que conllevan la producción de nuevas subjetividades, enmarcadas en prácticas de ciudadanía.

Pensar en un proceso de desmanicomialización implica, como sostiene Ana María Fernández (2008),

“pensar desde una noción de subjetividad, que implica la indagación de sus procesos de producción más que de sustancias, esencias o invariancias universales” (Fernández, 2008).

En este sentido, la experiencia de los grupos de pares en Trieste nos deja una enseñanza de mucha importancia para las prácticas de salud mental en nuestro país. En tanto modalidad de otorgar valor y reconocimiento a la experiencia de la persona con padecimiento mental. En tanto repensar ciertas modalidades terapéuticas que continúan focalizando sobre la enfermedad y lo sintomático, sin considerar la palabra de la persona, ni sus propios derechos. En tanto proceso de producción de prácticas y afectos colectivos, en definitiva, producción de acontecimientos y subjetividades. Dejo las palabras finales de este capítulo a Franco Rotelli:

Nunca se subrayará suficientemente el valor terapéutico que desarrolla una dimensión afectiva del trabajo comunitario rica en contenidos de solidaridad (...) y el compromiso que se debe sostener con la cobertura de las necesidades de los pacientes, a veces las más básicas (...) Nunca se insistirá bastante sobre el valor de las acciones desarrolladas en común capaces de modificar concreta y objetivamente, las condiciones de vida de los pacientes. (Rotelli,2014).

Bibliografía

- Fernández, A. M. (2008). *Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Marín, I. (2016). Per una cultura della recovery. *Sconfinamenti*. 1(30), 26-33.
- Mezzina, R. (2016). E' giunto il tempo dei soggetti in prima persona. *Sconfinamenti*. 1 (30), 8-25.
- Rotelli, F. (2014). *Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste*. Buenos Aires: Editorial Topía.
- Ulloa, F. (2011): *Novela clínica Psicoanalítica: historial de una práctica*. Buenos Aires: Libros del zorzal.

8. LA DECLARACIÓN UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA Y DDHH EN LA EXPERIENCIA DE TRIESTE

Puntos de referencia en la LEY 26.657

Paula Abelaira

Introducción

El modelo de atención triestino se basa en el respeto a los derechos humanos, la promoción de la autonomía, la dignidad de todas las personas. Se lleva adelante prestando especial atención al consentimiento del usuario en todos los planos, ponderando la vulnerabilidad de las personas, bogando por la igualdad de derechos, la no discriminación, ni estigmatización. Esto es posible a través de los conceptos (y hechos) de "cooperación" y "responsabilidad estatal".

Como se ve, cualquiera de estas palabras enunciadas aquí y encontradas en la mayoría de las publicaciones sobre la experiencia de Trieste pueden evocarnos rápidamente a la Declaración universal de Bioética y Derechos Humanos.

A su vez, la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 está inspirada en la experiencia de Trieste y en algunas otras experiencias de corte comunitario y en respeto de los derechos humanos. El objetivo de este capítulo es entonces ubicar aquellos puntos de la

declaración en coincidencia con la ley 26.657 y cómo lo hemos podido visualizar en el escenario del sistema de salud triestino.

La letra legal y la Salud Mental

La declaración sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO trata cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías aplicadas a seres humanos, considerando sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales. La Declaración va dirigida a los Estados, pero también orienta en la toma de decisiones a individuos, grupos, comunidades, instituciones y empresas, públicas y privadas. Encontramos entre sus objetivos: *“promover el respeto de la **dignidad humana** y proteger los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos” (artículo 2.c)*

Por su parte, la Ley Nacional de Derecho a la Protección de la Salud Mental en su artículo 3° dice que “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 (...)” (Ley 26.657, 2010)

El inicio de ambos documentos permite ver la esencia y las bases a partir de las cuales construir un sistema de salud. Contamos entonces para este trabajo, con una definición de salud mental en estrecha relación al acceso a los DDHH y a la construcción social que se da a partir de su concreción. Tomaremos dos conceptos de la Declaración de la UNESCO como ejes vertebrales para pensar la interlocución entre ambos textos legales y el escenario triestino en salud mental; estos son:

- Respeto por la dignidad humana.
- Protección de derechos y libertades fundamentales.

Ser digno, ser libre

“Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales. Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad.” (Art. 3.1 y 3.2)

Las instituciones internacionales como la UNESCO han tomado el concepto de dignidad de manera variable. La dignidad se convierte en derecho y fuente de derechos. Suelen contemplarse en ella tres tesis: una tesis ontológica que apunta a el valor intrínseco de todos los seres humanos como tales, una tesis relacional que refiere a que este valor debe ser reconocido y respetado por todos, y una tesis política la cual implica que el Estado atienda y proteja a los individuos reconociendo este valor. (Velázquez

Jordana, 2009). Al respecto Ana María Casado (2009) indica que "puede hallarse un concepto común de dignidad humana, entendiendo ésta como condiciones de posibilidad para vivir la vida elegida y para la coexistencia entre lo diverso". (p.36)

Este concepto de "vivir la vida elegida" nos conduce directamente a algunos de los apartados del artículo 7 de la Ley 26.557. Estos son:

7. a. Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud. b. Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia. g. Derecho del asistido, su abogado, un familiar o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas. l. Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación. (El resaltado es mío)

Podemos decir que para vivir la vida elegida, cuando la enfermedad -como parte de la vida- aparece, la atención a recibir para sostener esa 'elección de vida' debe ser *humanizada*.

Pero, ¿qué significa una atención *humanizada*?

Si buscamos una característica de “lo humano”, tan ineludiblemente vinculado a la categoría de dignidad, es su condición de irrepetible. Esta irrepetibilidad se halla en el modo en que soporta y sostiene su existencia cada sujeto. Lo irrepetible no está en relación a la voluntad ni a lo biológico, no es natural. Es una contingencia a producirse, requiere de un esfuerzo por parte del sujeto y de condiciones que lo permitan. (Fridman P; 2008) Es así que las soluciones de los principios de la Bioética o aquellos postulados que encontramos en las normativas, son soluciones parciales, coyunturales, que debieran orientarnos a “tomar en cuenta la singularidad del deseo de un sujeto, que eventualmente atraviesa su posición de paciente de un compromiso en su salud. Todo su recorrido en tanto paciente está atravesado por su posición subjetiva”. (Fridman P; 2008, p.42)

Pero, ¿qué observamos acerca de la dignidad y la libertad al otro lado del océano?

Franco Basaglia ha hecho alusión a cómo su primera experiencia en un manicomio se parecía mucho a la primera vez que entró a una cárcel (donde había estado detenido por sus actividades antifascistas). “La impresión de entrar en una enorme sala de anatomía donde la vida tenía el aspecto y el olor de la muerte”, la vida allí le había parecido un chiquero “donde el carcelero y el presidiario habían perdido toda cualidad humana, adquiriendo el sello y la impronta de la institución”. De la misma manera

calificaba el manicomio: un lugar donde la dignidad humana se había perdido, pero con un agravante: toda la escena hacía parecer un lugar para curar, pero en verdad era un instituto más de custodia, donde el psiquiatra tiene autorización total. (Giannichedda, 2000)

Es quizás a partir de la necesidad de construir una distinción con este antecedente, que en la actualidad el sistema sanitario de Trieste se trata, como premisa, de poder acompañar a los sujetos en un período de padecimiento mental de la manera menos iatrogénica posible. Se funda en sostener los lazos de la persona, repararlos o crearlos cuando no existiesen. Estos lazos suponen el vínculo con su familia y afectos **pero también** con su ocupación, su casa y su entorno. Para ello la labor de los profesionales de la salud mental no está abocada de manera unívoca a la enfermedad sino al sujeto y sus necesidades. Por su parte, la atención gratuita y atravesada por la idea de la justicia social, es su fundamento. El hecho de ocuparse de las personas de acuerdo a sus necesidades y vulnerabilidad señala cómo el concepto de justicia no está en darle lo mismo a todos sino a cada quien lo que necesita. Avanzaremos en este punto más adelante. En este sentido **el Estado es garante y responsable de que las personas reciban todo aquello que necesitan para su recuperación o mejoría.**

Autonomía

Siguiendo la lógica planteada, el eje central de todo tratamiento estaría en no restringir las libertades de las personas, respetar y conservar la

independencia en el nivel máximo posible. En este marco las internaciones son efectivamente el último recurso y durante el mínimo tiempo posible. Para ello se despliegan todos los dispositivos necesarios, descriptos en los capítulos precedentes, y se ponen en funcionamiento todos los servicios que puedan sostener a la persona en libertad y autonomía. Esta autonomía implica que el sujeto sea partícipe fundamental de todas las decisiones que se tomen al respecto de su salud.

Señalamos entonces cuáles son los principios y artículos en correspondencia con este espíritu de trabajo:

“Autonomía y responsabilidad individual”
Declaración de Bioética y DDHH, Artículo 5:

“Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses”.

En la ley de Salud Mental (26.657): Art. 7. “d) *Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.*”

Este artículo encuentra su expansión y especificidad en los incisos:

- e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe.
- f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso.
- k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades.
- l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación.”

Este último inciso nos conecta directamente con el siguiente concepto:

Consentir

Según la RAE, consentir es permitir algo o condescender en que se haga, pero también es el transitivo de creer (tener algo por cierto), y en su vertiente jurídica: otorgar, obligarse.

Encontramos en el Artículo 6 "Consentimiento" de la Declaración que toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo bajo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la

información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y con la posibilidad de revocarlo en todo momento y por cualquier motivo.

El consentimiento es entonces una concesión, un permiso que implica una creencia, pero esta creencia no puede fundarse en una fe ciega, tampoco bajo coerción. Esta apuesta a la intervención del otro debe darse bajo la premisa de otorgarle al usuario la información y herramientas pertenecientes para comprender de qué se trata la decisión que está tomando.

En el Artículo 7 de la ley 26.657 encontramos varios apartados que se pronuncian al respecto del consentimiento, entre ellos:

Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales. (art. 7. J)

En la contrapartida de establecer todas aquellas situaciones en las que la persona puede y debe consentir nos encontramos con aquellos escenarios en los que el usuario carece de la capacidad de dar su consentimiento:

De conformidad con la legislación nacional, se habrá de conceder protección especial a las personas que carecen de la capacidad de dar su consentimiento:

a) la autorización para proceder a prácticas médicas e investigaciones debería obtenerse conforme a los intereses de la persona interesada y de conformidad con la legislación nacional. Sin embargo, la persona interesada debería estar asociada en la mayor medida posible al proceso de adopción de la decisión de consentimiento, así como al de su revocación... (UNESCO, 2005, art. 7)

En el ámbito de la salud mental, cuando la capacidad de consentir encuentra un límite, encontramos que se instalan prácticas abusivas maquilladas de terapéuticas. Tal es así que la Ley de Salud Mental (2010) debió establecer que toda persona, aun cuando su capacidad de consentir se encuentre limitada y, agregaríamos, que aún más en esos casos tiene derecho a: "o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados. p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados." (Artículo 7)

En el sistema sanitario de Trieste la inclusión laboral se trata justamente de la inserción social del sujeto como trabajador y no de ponerlo a producir

objetos de consumo por el cual no obtendrá ningún beneficio, ni tampoco la producción de "artesanía" como una sub-categoría del arte. Las cooperativas sociales son entonces el medio por el cual se contrata a personas bajo tratamiento en salud mental, pero también ex convictos, personas con discapacidad o problemas de adicción. El vínculo que se establece es un vínculo laboral, en contextos donde las capacidades y posibilidades de las personas son el eje central.

Equidad

Hallamos en el Artículo 10 de la Declaración Universal conceptos fundamentales en la atención sanitaria: igualdad, justicia y equidad. "Se habrá de respetar la igualdad fundamental de todos los seres humanos en dignidad y derechos, de tal modo que sean tratados con justicia y equidad."

En la Ley 26.657 encontramos el punto 7.a que establece el "derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud."

Por su parte, y volviendo a la Declaración de la UNESCO, el Artículo 8 "Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal" indica que "Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables

deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos.”

Creemos que uno de los puntos cruciales de un sistema de salud que tiene como fundamento teórico la protección de derechos es poder garantizar las condiciones de acceso. En el sistema triestino encontramos a la microárea y su atención focalizada en los más vulnerables. Es que si entendemos los procesos de salud-enfermedad como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, entonces sabremos que la preservación y mejoramiento de la salud implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales. La microárea es el dispositivo de la red de salud más cercana a la comunidad y ha sido diseñada para favorecer que todos los y las usuarios/as puedan -más allá de sus dificultades económico-sociales y de su situación de salud particular- vivir en su casa y recibir la atención que requieren, ofreciéndose como soporte para ello. Se ocupa así de todos aquellos aspectos que hacen a la vida de los sujetos: desde asegurarse que alguien reciba y tome la medicación indicada, hasta generar lazos que hagan de soporte emocional. Se trata entonces de atender a las micro-realidades territoriales (Rotelli, 2018), con un dispositivo emplazado en los sectores más vulnerables: barrios con viviendas sociales, barrios con gran cantidad de adultos mayores, inmigrantes, etc. La microárea, al conocer bien de cerca los problemas de salud de las

personas que se encuentran allí, es la encargada de optimizar los recursos e intervenciones para que estas lleguen de manera concreta y efectiva a quienes más requieren del servicio pero que, de estar ofrecido a todos por igual, no garantiza su igual acceso. Subrayamos entonces que la **equidad** no implica dar a todos lo mismo, sino estar atento a las necesidades de cada quien, y garantizar la igualdad de oportunidades de acceso.

No estigmatizarás

Para concluir nos ocupamos de un eje transversal que, casi como un mandamiento, nos permite concebir el trabajo en salud mental, hablamos del Artículo 11 de la Declaración de Bioética y DDHH, la **No discriminación y no estigmatización**: “Ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna.” La ley Argentina de Protección de la Salud Mental establece la necesidad de garantizar el derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable. (Ley 26657, 2010, art. 7. n).

Esta idea de no estigmatización se puede escenificar en acciones concretas que no ocupan el tiempo en convencer a aquellos considerados “normales” que los locos no son peligrosos y pueden convivir en sociedad. La experiencia de Trieste ha demostrado que el camino a seguir es fomentar

acciones concretas destinadas a la convivencia, a la posibilidad de que todas y todos quepan en la sociedad. Las acciones no van dirigidas "al loco" ni a "los normales" sino a la comunidad como un todo.

Concluir para abrir

Para concluir me interesa señalar que los objetivos de este trabajo en particular y de este libro en general no son una pretensión euro-centrista, de "copia" de un modelo "original". Muy por el contrario tanto en mi caso como el de los colegas que aquí han escrito creemos que la experiencia de Trieste ha sido una experiencia enriquecedora, donde hemos visto que es posible sostener una atención territorial inclusiva y comunitaria. Pero esto no indica la intención de transpolar un modelo extranjero a nuestro país. Sabemos que el éxito del modelo de atención Triestino radica justamente en la capacidad que han tenido a lo largo de su historia de oír y entender sus propias necesidades. De reunirse (hasta el día de hoy) a pensar con otros, a oír lo que no funciona y a pensar cada vez nuevas estrategias. Hemos analizado aquí esta modalidad de trabajo y nos hemos aventurado previamente a su encuentro, porque nos interesaba entender aquellas fuentes que han sido una referencia en la confección de nuestra propia Ley de salud mental; pero lo único que queremos "copiar" de ella es su apertura a debatir y enfrentar sus propios problemas con sus personalísimas características. Tenemos muy

presente que la realidad latinoamericana no es la realidad europea, de hecho la realidad Triestina no es siquiera la realidad Italiana.

Basaglia dijo a sus colegas brasileños en una conferencia en Río de Janeiro que no creía en respuestas imperialistas, que los problemas psiquiátricos de Brasil se podían resolver "brasileramente". Y brasileramente quiere también decir internacionalmente. "El internacionalismo de la medicina puede estimular, ayudar al médico a transformar su rol y finalmente dejar de ser el patrón del enfermo" (Basaglia, 1979)

Este libro pretende ser un testimonio de un encuentro con nuevas realidades y diversas maneras de enfrentarlas, que nos permita ir sumando herramientas de lectura y comprensión; de apertura para oír y transformar nuestro mundo y nuestro rol en él.

Bibliografía

- Basaglia, F (2013) *La condena de ser loco y pobre: alternativas al manicomio*. 2 ed. Ciudad autónoma de Buenos Aires. Topía Editorial
- Casado, M. (Ed.). (2009). *Sobre la dignidad y los principios: análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos [de la] UNESCO*. Civitas Thomson Reuters.
- Fridman, P. (2008). *Los principios de la Bioética en Salud Mental y Psicoanálisis*. Rev. Univ. Psicoanál., 8, 219-230.

La Declaración Universal sobre Bioética y DDHH en la experiencia de Trieste. Puntos de referencia en la ley 26.657

- Giannichedda (2000) *Introducción*. En: Basaglia, F: La condena de ser loco y pobre: alternativas al manicomio. 2 ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Topía Editorial (2013)
- Kowalenko, A. S., & Valor, D. M. (2016). La Salud Mental y los principios bioéticos en la normativa civil argentina. *Revista Argumentos*, (3), 29-52.
- Lay 26657. Ley Nacional de protección de la salud mental. República Argentina. 2010
- Rotelli, F. (2018). Servizi che intrecciano storie. En Gallio, G. y Cogliati Dezza, M. (Comps.). *La città che cura. Microaree e periferie della salute*. Merano. EdizioniAlphaBeta.
- UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos humanos. 2005
- Velázquez Jordana, JL (2009) Dignidad, derechos humanos y bioética. En: Casado, M. (Ed.). (2009). *Sobre la dignidad y los principios: análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos [de la] UNESCO*. Civitas Thomson Reuters.

Autoras y Autores (por orden de aparición)

Paula Micaela Abelaira. Licenciada en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Becaria de Doctorado UBACyT. Docente de Psicología, Ética y Derechos Humanos (Cat. I) y de la Práctica profesional 824 en la Facultad de Psicología (UBA). Investigadora en formación (Equipo UBACyT. Dir. Dra. E. Ormart). Concurrente del Hospital J. F. Muñiz (CABA). Docente en Dèsir Salud.

Josefina Trápani. Psicóloga graduada de la Universidad Nacional de Tucumán. Residente de Psicología Clínica del Hospital J.M. Obarrio, Sistema Provincial de Salud de Tucumán.

Maha Natalia Chabán. Psicóloga graduada de la Universidad Nacional de Tucumán. Residente de Psicología Clínica del Hospital J. M. Obarrio, Sistema Provincial de Salud de Tucumán.

Mariana Paula Cirigliano. Licenciada en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Residente y jefa de residentes de psicología de la residencia integrada multidisciplinaria PRIM Hurlingham, Provincia de Buenos Aires.

Agustina Tagliamonte Psicóloga graduada de la Universidad Nacional de Rosario, adscripta en la cátedra Clínica II de la facultad de Psicología de la UNR. Residente de la RISaM (Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental) con sede en el Hospital Escuela Eva Perón de Granadero Baigorria (Prov. de Santa Fe).

Mariana Casal. Lic. en Psicología de la Universidad de Buenos Aires, trabaja con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas en el CIAC-GCBA. Maestranda en Salud Mental Comunitaria de la Universidad de Lanús. Docente en Metodología de la Investigación en la Facultad de Psicología de la UBA.

Nicolás Fernández Garbin Lic. en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Formación Clínica en el Hospital General de Agudos P. Piñero. Trabajó en el área de protección de derechos del Consejo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (CABA), y actualmente es parte del programa de Responsabilidad Joven en la Dirección de Niñez y Adolescencia de 3 de Febrero.

Sergio Arleo Lic. en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Profesor en Enseñanza Media y Superior de Psicología, egresado de la UBA. Residente y jefe de Residentes de Psicología del Hospital José A. Esteves de Tempreley, Provincia de Buenos Aires.