

ANTROPOLOGÍAS HECHAS EN URUGUAY

PABLO GATTI Y GREGORIO TABAKIAN

(EDITORES)



ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE ANTROPOLOGÍA

Pablo Gatti y Gregorio Tabakian

Antropologías hechas en Uruguay

Pablo Gatti y Gregorio Tabakian (Editores);

1ra. Edición en español. Asociación Latinoamericana de Antropología, 2020

850 pp.; tablas.; gráficos; mapas.

ISBN:

978-9915-9333-2-0

Hecho el depósito legal que marca el Decreto 460 de 1995

Catalogación en la fuente – Asociación Latinoamericana de Antropología

© Asociación Latinoamericana de Antropología, 2020

© Pablo Gatti y Gregorio Tabakian (Editores), 2020

1era Edición, 2020

Asociación Latinoamericana de Antropología

Diseño de la Serie: Editorial Universidad del Cauca

Fotografía de portada: "Romería de Farruco" Uruguay - 2011 - 2012

Autor: Ignacio Expósito.

Diagramación: José Gregorio Vásquez C.

Diseño de carátula: José Gregorio Vásquez C.

Editor general de la Colección: Eduardo Restrepo

Copy Left: los contenidos de este libro pueden ser reproducidos en todo o en parte, siempre y cuando se cite la fuente y se haga con fines académicos y no comerciales.

Edición 2020.

Contenido

Introducción

- El devenir de la antropología en Uruguay 13
PABLO GATTI Y GREGORIO TABAKIAN

Conocimiento

- Sentidos de lo experimental en la etnografía contemporánea: 35
un debate epistemológico
EDUARDO ÁLVAREZ PEDROSIAN

- Ciencia-no-hecha y trabajadores del arroz en Uruguay 53
SANTIAGO ALZUGARAY

Profesiones

- Los antropólogos como sujetos del mundo del trabajo en Uruguay 79
BIANCA VIENNI BAPTISTA, LUCÍA ABBADIE GAGO Y PABLO GATTI BALLESTERO

- Imperativos de la profesión: la identidad como demanda 99
de profesionales de la agronomía
MARÍA EMILIA FIRPO Y GERARDO RIBERO

Ciudades

- Por el derecho de los vecinos a vivir en su barrio: 117
cooperativa de vivienda en Ciudad Vieja de Montevideo
EMILIA ABIN

As metodologías socioespaciais e a descentralizaçã do conhecimento. MAO- MON: cidades em perspectiva JOSÉ BASINI	135
De lo inhóspito al glamour: narrativas sobre las transformaciones de Punta del Este, Uruguay, en la mirada de los antiguos residentes GABRIELA CAMPODÓNICO Y MARICIANA ZORZI	159
De tripa: aproximaciones etnográficas a un viaje lisérgico MARÍA NOEL CURBELO OTEGUI	179
Las drogas y sus lugares simbólicos: una etnografía barrial LETICIA FOLGAR Y C. RADO	193
Cabo Polonio, Balizas y su entorno: historia de un paisaje natural y humano a proteger. MABEL MORENO	211
Punto de vista antropológico sobre temas de la ciudad SONNIA ROMERO GORSKI	245

Género, cuerpo y sexualidad

Maternidades e intervención estatal en mujeres usuarias de pasta base: apuntes desde Uruguay LUISINA CASTELLI RODRÍGUEZ	263
Negociando lo social. Una aproximación etnográfica a los sentidos y las representaciones de la rehabilitación psicosocial en un centro de atención a personas con trastornos psiquiátricos FERNANDA GANDOLFI	281
Bocas que (no) gritan: cuerpo y violencia en la cárcel de mujeres SERRANA MESA	307
La visita carcelaria: género, pichis y ritos de paso en Uruguay NATALIA MONTEALEGRE ALEGRÍA	325
El conflicto mujer-embrión en debate parlamentario sobre el aborto SUSANA ROSTAGNOL	341

Marcas de identidad, atributos sociales deseables y fenotipos compartidos: un análisis a partir de la donación de gametos en Uruguay MARIANA VIERA CHERRO	351
--	-----

Políticas

¿Elitismo cultural, demagogia populista o tecnocracia aséptica? Sobre la legitimación en la determinación del patrimonio cultural local FERNANDO ACEVEDO CALAMET	373
El “Nunca Más” uruguayo: política ritual hacia el pasado reciente en el gobierno del Frente Amplio ÁLVARO DE GIORGI	391
El saber antropológico local y la geopolítica del conocimiento LYDIA DE SOUZA	429
Políticas de seguridad, jóvenes y vecinos: las trampas de la participación RICARDO FRAIMAN Y MARCELO ROSSAL	435
La globalización del fútbol durante la crisis de 1930: Uruguay y la primera Copa del Mundo STEFAN RINKE Y FLORENCIA FACCIO	449

Etnicidades

¿Culinaria afrouruguaya? Saberes y sabores: entre la invisibilización y la codificación. VALENTINA BRENA	465
De los recetarios al foodporn: exhibicionismo, fetichismo, placer vicario y otras aventuras gastronómicas en la era digital GUSTAVO LABORDE	489
Cambio, identidad y crítica: el candombe en el movimiento de la Música Popular Uruguaya OLGA PICÚN	497

Sociedad y ambiente

La experimentación perceptual de la costa y el mar:
un estudio con surfistas, biólogos y pescadores artesanales. 521
LETICIA D' AMBROSIO

La receta del patrimonio: tensiones entre patrimonialización
de la naturaleza y conocimiento ecológico en Uruguay 545
JUAN MARTIN DABEZIES

Saberes y experiencias sobre la exposición a plaguicidas
entre mujeres que residen en contextos agrícolas en soriano, Uruguay 563
VICTORIA EVIA BERTULLO

Trekking, rafting y kayak: deportistas/activistas, naturaleza
y práctica deportiva en contexto de conflicto socio ambiental 597
BETTY FRANCIA

La semilla como símbolo de lucha y resistencia la red nacional
de semillas nativas y criollas 617
LETICIA POLIAK

Estudio comparativo de plantas medicinales vinculadas
a tradiciones indígenas y europeas en Uruguay 629
GREGORIO TABAKIAN

Los desafíos de la antropología para la comprensión
de los conflictos socio-ambientales en Sudamérica 659
JAVIER TAKS

Creencias

El problema del cuerpo y de la relación cuerpo-mente:
etnografía de una escuela de budismo zen de montevideo, Uruguay 675
EDUARDO GÓMEZ HAEDO

De la religión civil: identidad, representaciones y mito-praxis
en el Uruguay. Algunos aspectos teóricos 701
NICOLÁS L. GUIGOU

El budismo Mahāyāna en diálogo con la deconstrucción 719
ELIANA LOTTI VIGNA

Religión y drogas: otra arista de la laicidad 743
 JUAN SCURO

Has vist la llum? Diàlogos contemporàneos con el mundo invisible 759
 en el Baix Empordà
 SIBILA VIGNA

Movilidad humana

Segundos hijos, casi ningún dekasegui, casi todos turistas: 779
 algunas dinámicas de movilidad entre los nikkeis del vale do São Francisco
 MARTIN FABREAU

Migraciones, subjetividades y contexto de investigación 797
 PILAR URIARTE

De Chiclayo a Montevideo: usos y prácticas de trabajadoras peruanas 811
 de/en la ciudad de Montevideo, Uruguay, 2000-2015
 MABEL ZEBALLOS VIDELA

Sobre los autores

837

Negociando lo social: una aproximación etnográfica a los sentidos y las representaciones de la rehabilitación psicosocial en un centro de atención a personas con trastornos psiquiátricos¹

FERNANDA GANDOLFI

Introducción

Este trabajo surge de una investigación etnográfica comenzada en agosto de 2014 y finalizada en abril de 2015 enmarcada en la tesis de grado de la Licenciatura en Ciencias Antropológicas. El objetivo fue observar las autopercepciones de quienes se sometían al proceso de rehabilitación, cómo lo atravesaban y qué sentido le daban al mismo; y entender sus relatos en torno a la posibilidad (o no) de rehabilitarse.

En el comienzo haremos una presentación de la institución que conformó el universo de estudio, su origen, características organizativas y el mecanismo a través del cual las personas llegaban allí. Además especificaremos el tipo de trastornos a los que apuntaba este centro de rehabilitación.

Luego describiremos cómo fue el ingreso al trabajo de campo etnográfico y qué rol adquirí dentro de la institución. Además de detallar la dinámica de funcionamiento de las actividades terapéuticas que presencié.

Después repasaremos algunas nociones teóricas que funcionan como eje para reflexionar sobre el concepto de rehabilitación en personas con enfermedades mentales. También describiremos brevemente los principales devenires históricos en la atención en salud mental que dan lugar al modelo de rehabilitación.

1 Original tomado de: Gandolfi, Fernanda. 2016. Negociando lo social. Una aproximación etnográfica a los sentidos y las representaciones de la rehabilitación psicosocial en un centro de atención a personas con trastornos psiquiátricos *Revista Trama*. (7): 146-166.

Más adelante analizaremos el momento del proceso de rehabilitación que pretende apuntar a la inclusión social de la persona con enfermedad y a su participación activa en torno a su vida para poder generar proyectos propios. También ahondaremos en el sustento teórico que tenían algunos técnicos para trabajar en torno a la inclusión y cómo los usuarios entendían esta propuesta, si se identificaban con ella o no.

Luego, veremos qué efectos tiene en la persona enferma el hecho de que el diagnóstico de su trastorno tenga la característica médica de ser crónico, y cómo esto afecta directamente las posibilidades de conformar un nuevo tipo de subjetividad; posibilidades que el proceso de rehabilitación intenta potenciar. Sobre el final haremos una breve conclusión sobre la importancia que tiene el aspecto “social” en el tratamiento de estas enfermedades.

Aspectos institucionales del Centro de Rehabilitación y su funcionamiento

El universo de estudio estuvo conformado por las personas² que integran el Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica “Alberto Martínez Visca” (CNRP) perteneciente a la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata.³ Es un centro paraestatal destinado a la rehabilitación de personas con enfermedades mentales que funciona de manera diurna, es de carácter ambulatorio y gratuito para sus usuarios. Las personas de ningún modo están internadas allí, sino que concurren a realizar actividades con fines terapéuticos. Asistir al Centro es una elección del individuo que en general llega por la recomendación de su psiquiatra tratante o la sugerencia de algún familiar.

El CNRP es la más antigua de las instituciones de rehabilitación que funcionan hasta hoy, creada en 1971 el gobierno de Jorge Pacheco Areco. Recibe a un promedio de doscientas veinte personas según datos institucionales. Según varios técnicos las características socio-económicas de los usuarios son variables. Los hay de todos los niveles, personas provenientes de familias con un buen pasar económico y aquellos con grandes dificultades de este tipo. Las derivaciones de

2 Los nombres de todos los usuarios y técnicos mencionados a lo largo del texto han sido cambiados asegurándoles el anonimato.

3 La Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata (CHPP) fue creada en el año 1948 a través de la ley 11.139 con el propósito de “proteger al enfermo mental en todas las etapas de su asistencia –hospitalaria y externa– y durante su convalecencia; velar por su bienestar al reintegrarse a la sociedad, procurándole habitación y alimentación, sin no las tiene, y trabajo adecuado; prestarle la ayuda necesaria para resolver sus problemas económicos, profesionales y afectivos” (ley 11.139). Más tarde, en el año 1971 se crea por un decreto del Poder Ejecutivo el CNRP como una dependencia de la CHPP.

los psiquiatras tratantes son tanto de centros de salud privada como del sistema de salud pública.

Con respecto al género la concurrencia de hombres es altamente mayor a la de mujeres. Según cálculos propios la relación sería un promedio de setenta por ciento de hombres contra un treinta por ciento de mujeres. La interpretación que hacían algunos técnicos sobre esto era que se daba por los propios mandatos de género, produciendo en los hombres la necesidad de salir a realizar alguna actividad, que en el caso de las mujeres se absorbería más en el plano de lo doméstico.

En cuanto a los agentes institucionales el Centro está integrado por unos treinta técnicos con diversas formaciones. Desde asistentes sociales, psicólogos, nutricionistas, médicos psiquiatras a talleristas y expresionistas corporales.

Para atravesar el proceso de rehabilitación las personas deben concurrir al Centro presentando un pase médico de su psiquiatra tratante –lo cual implica que previamente deben estar siendo atendidos por dicho profesional– y a partir de allí un equipo técnico realiza una entrevista a la persona y su familia de la cual resulta una evaluación clínica y psicológica inicial. Esto determina qué tipo de proceso dentro de la institución es más adecuado para el individuo.

Quienes concurren son denominados allí “usuarios”⁴ dentro del Centro; es una denominación utilizada mayormente por los técnicos institucionales, pero también por los propios usuarios para denominarse a sí mismos. Son personas que en principio se encuentran estabilizadas, es decir, fuera de una crisis aguda de la enfermedad. Un estado que los psiquiatras denominan de “compensación”. Martín, uno de los técnicos me contaba que al denominar “compensado” o “descompensado” los psiquiatras hacen referencia a la estabilidad de la persona, a si está o no atravesando un brote psicótico propio de la enfermedad. Luego pude corroborar esto cuando algunos usuarios me mostraban sus certificados firmados por el psiquiatra tratante en donde figuraba la descripción “compensado”; ya que cada cierto tiempo debían presentar un certificado de su psiquiatra que asegurara la continuidad de dicho tratamiento.

El Centro apunta a lo que denomina “personas con trastornos mentales severos y persistentes”. Estos trastornos son enfermedades mentales, que en general están

4 Las personas que ingresan al Centro lo hacen solamente con pase de un médico psiquiatra a modo de recomendación terapéutica. Por tanto son individuos ya atendidos por el sistema de salud debido a sus enfermedades mentales, y en la gran mayoría de los casos con internaciones en hospitales o clínicas psiquiátricas en su haber. En este sentido el término “usuario” en tanto usuario de los servicios de salud mental viene reemplazar en ocasiones a la categoría de “paciente” (Correa Urquiza 2010).

dentro del espectro de las psicosis, como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, entre otros. La mayoría de los usuarios que conocí eran personas diagnosticadas con dichas enfermedades.

Una de las psiquiatras de la institución definía estas enfermedades de la siguiente manera:

Si uno tuviera que decir cuál es un rasgo que englobe todo, que las separe de las neurosis, lo que habitualmente se dice es que los psicóticos tiene un corte con la realidad, esa es la definición que anda por el mundo, y es bastante así. Porque a ver, el fóbico con el miedo, el obsesivo con sus pensamientos intrusivos, el angustiado con su angustia, el ansioso con su ansiedad, serán ansiedades, depresiones leves, pero va estudia, trabaja, tiene amigos. Tiene su familia, se pelea, pero va, más o menos, en un rango. Los psicóticos hacen un corte con la realidad en el sentido de que gran parte dejan de hacer gran parte de esas cosas, no todos todas las cosas pero por ejemplo hay algo que pasa que se llama apragmatismo. Apragmatismo de “no hacer” es como una línea bastante cercana a lo que les pasa. Más en los pacientes esquizofrénicos [...] Una cosa muy importante que pasa especialmente en la esquizofrenia es la falta de voluntad, es casi una constante. (Técnica, médica psiquiatra, 2015).

A su vez los criterios para diagnosticar una esquizofrenia según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) hablan de detectar en el sujeto ideas delirantes, alucinaciones, comportamientos gravemente desorganizados y síntomas como aplanamiento, alogia o abulia. Ésta última significa la falta de voluntad, iniciativa o energía para realizar una actividad. También componen el diagnóstico clínico la disfunción social y laboral y la anhedonia, es decir, la pérdida de interés o de placer para realizar actividades (López-Ibor y Valdés Miyar 2003).

En este sentido se torna necesario problematizar la categoría de enfermedad, en tanto a partir de ella se hace posible el acceso de las personas a este servicio de atención terapéutico. En la medida en que la rehabilitación está apuntando a una problemática que debe ser atendida, la enfermedad es el punto de partida para atravesar el proceso.

Tomando el planteo de Herzlich y Pierret, Mary Douglas describe a la enfermedad como un suceso que trasciende una condición somática; hay experiencias y preconceptos relacionados a la enfermedad que no pueden escindirse de los fenómenos macrosociales (Herzlich y Pierret 1985, citado en Douglas 1998: 39). A partir de esto la autora establece lo mismo con respecto al vínculo curativo (Douglas 1998). Desde esta noción es que entendemos al proceso de rehabilitación atravesado por estas personas, como un dispositivo imposible de escindir de los

fenómenos sociales y culturales que lo contienen. Y justamente lo entendemos como un dispositivo en el sentido que le da Michel Foucault al término:

[...] un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; en resumen, los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no-dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos (Foucault 1984, citado en García Fanlo 2011: 1).

En este caso el proceso de rehabilitación, a través de una red mayor de discursos y prácticas que implican al sistema de salud general y a estructuras sociales más amplias, suponía la producción de cierta subjetividad en el individuo para poder *funcionar*.

Por otra parte debe señalarse la centralidad que adquiere el poder psiquiátrico en este campo de la salud. Como lo ha señalado Foucault el diagnóstico de la locura es un dictamen absoluto en el sentido de que lo verdaderamente importante no es saber si el cuadro clínico es esquizofrenia o trastorno bipolar, sino detectar si se trata o no de locura. A lo largo de la historia de occidente confirmar esto ha posibilitado desde el saber médico la intervención y el poder disciplinario. En el diagnóstico psiquiátrico lo declarado y manifestado frente al profesional médico es lo que se proporciona como síntoma y prueba de entrada a un hospital (Foucault 2007). En este caso, el tratamiento psiquiátrico era la puerta de entrada al dispositivo de rehabilitación.

Ingreso al campo

El trabajo de campo estuvo enmarcado en una pasantía realizada en la institución que me permitió incorporarme a uno de los programas que forman parte de la propuesta terapéutica del Centro. Cuando me contacté con el CNRP les propuse realizar una investigación sobre el proceso de rehabilitación que allí funcionaba, propuesta que aceptaron ofreciéndome este modo vincular. Usuarios y técnicos tenían claro que mi objetivo allí era investigar, pero para ese fin las actividades que asumí en el Centro eran la participación como parte del equipo técnico en las dinámicas de participación grupal de usuarios y en las reuniones del equipo técnico en donde se deliberaban y planificaban acciones dirigidas a los usuarios y sus problemáticas. Mi postura era más bien la de escuchar y observar lo que sucedía (en ambas instancias) y eventualmente emitir alguna opinión. Esta observación participante se complementó además de entrevistas dirigidas y no

dirigidas a usuarios y técnicos, y conversaciones informales con ambos actores de la institución.

El grupo de usuarios y el equipo técnico a los que me incorporé trabajaban entorno al seguimiento de personas que ya habían transitado el proceso de rehabilitación, y apuntaba a buscar el mantenimiento y la promoción de la inclusión socio-comunitaria de los usuarios. Este programa era una de las instancias finales del proceso. La dinámica de trabajo consistía en una instancia grupal de reflexiones en torno a la inclusión social de personas con sus condiciones. El grupo iba siendo moderado por los técnicos –psicólogos en su mayoría–, mientras los usuarios opinaban sobre temáticas que ellos sugerían o que eran propuestas de parte del equipo técnico.

Algunos de los variados temas usualmente conversados en el grupo eran: la obtención de trabajo, conseguir una pareja o mantenerla, hacer amigos, la discriminación, la temática de la discapacidad, la inclusión social, los vínculos con las personas, la relación con el psiquiatra o con los médicos, los conflictos con la familia, el autocuidado, pensar proyectos y llevarlos a cabo, adquirir autonomía, planificar cosas, tomar decisiones, cambiar ciertos hábitos, el relacionamiento con la institución como centro de rehabilitación, la economía doméstica o personal, algunos hábitos alimenticios, entre otras. Los objetivos del grupo para sus integrantes eran la contención, el poder conversar, debatir asuntos, desahogarse, hablar tranquilos.

Para llegar a esta instancia el usuario ya había atravesado el proceso de rehabilitación más primario, en el cual había realizado varios meses –el tiempo dependía de las particularidades de la persona– de trabajo terapéutico. Dicho trabajo giraba en torno a desarrollar una consciencia de su enfermedad, a asumir un vínculo responsable respecto de los psicofármacos recetados por su psiquiatra tratante y a “encontrar un nuevo sentido y un propósito dentro de su familia y/o como miembro comunitario” según objetivos enmarcados en la presentación institucional. Para estos objetivos se trabajaba conjuntamente con las familias de los usuarios y en coordinación con diferentes servicios que atendieran a la persona.

Pero ¿qué implica la rehabilitación de una enfermedad mental?

A fin de comprender en qué sustentos teóricos se enmarcan los objetivos institucionales respecto de poner en marcha un dispositivo de rehabilitación, es necesario recurrir a ciertas nociones teóricas en las que nos apoyamos para pensar este campo de relaciones.

Desde la sociología, pero con un estudio de corte etnográfico, Erving Goffman (2001, 2006) refiere a la “carrera moral” del paciente psiquiátrico. En sus estudios elabora dos nociones importantes que impregnan la vida del interno cuando sale del encierro. Aludimos al encierro –específicamente a hospitales o clínicas psiquiátricas– porque en general, el diagnóstico psiquiátrico de una enfermedad mental se compone de un tratamiento con estos lugares como posibles destinos durante la crisis aguda del padecimiento.

El primer concepto es la *estigmatización*. Esta noción refiere a la existencia de un atributo desacreditador que porta el sujeto, que termina constituyéndolo como alguien con una identidad social deteriorada e inhabilitado para una plena aceptación social. El estigma es una diferencia indeseable que caracteriza a su poseedor, a la vez que confirma la normalidad de quien no lo tiene. Además el individuo estigmatizado tiende a sostener las mismas creencias sobre la identidad que tienen los individuos normales (Goffman 2006).

La segunda noción es la *desculturación*. Implica la pérdida o incapacidad para adquirir los hábitos que corrientemente se requieren en la sociedad general (Goffman 2001). Al volver al mundo exterior el individuo encuentra una fría acogida que le dificulta retomar las actividades normalizadas haciéndolo recurrir entonces a establecimientos que le brindan apoyo para esto.

Un centro de rehabilitación apunta justamente a eso. A que la persona se someta a re-aprender hábitos que la alejaron de las actividades sociales *normalizadas*. A adquirir las prácticas necesarias para poder desenvolverse en su comunidad o en el contexto de su vida y afrontar las tensiones *normales* de la vida. En la práctica el Centro buscaba que la persona pueda emprender acciones dirigidas a metas específicas, metas que a su vez se iban descubriendo durante el proceso conjuntamente entre usuarios y técnicos mediante el desarrollo del trabajo terapéutico.

Sin embargo, este es un punto complejo, ya que existe el debate –por lo menos al interior del CNRP pude presenciarlo– de si un centro de rehabilitación cumple ésta función o si en la práctica supone otro lugar de encierro, pero en el sentido de la segregación.

Para entender esto, es esclarecedor lo que señalan Correa Urquiza *et al.* sobre el concepto de la rehabilitación psicosocial en la actualidad:

En las sociedades contemporáneas, el campo de la rehabilitación psicosocial de los llamados trastornos mentales severos, principalmente de las diferentes variedades de psicosis de curso crónico, viene unido a una curiosa paradoja. Por un lado constituye una alternativa al modelo

custodial clásico a partir de la creación de dispositivos externalizados y la puesta en práctica de iniciativas de tratamiento e inserción social de un colectivo que había visto reducidos –si es que no anulados– sus derechos de ciudadanía. Por otro lado, sin embargo, este mismo campo parece requerir de un esfuerzo continuado para no reproducir en los nuevos espacios asistenciales las inercias del modelo manicomial, como la exclusión, el estigma, la segregación, la vida tutelada y otras formas de confinamiento que operan tanto en el plano ideológico como en las prácticas sociales de los sistemas expertos y populares. (Correa Urquiza *et al.* 2006: 48).

Llevar adelante un modelo que rompa relaciones con lo custodial era difícil para los técnicos, sobre todo por las nociones que los usuarios manejaban con respecto a sus propias posibilidades de “rehabilitarse”, es decir, de funcionar como “los normales”. Tampoco era fácil llevar adelante un modelo psicosocial que funcionara paralelamente con el tratamiento psiquiátrico, el cual en muchas oportunidades reproducía los clásicos estigmas impuestos en la persona. Una usuaria me contaba lo que su médico psiquiatra le decía cuando le diagnosticó la enfermedad: “Yo hablé con la psiquiatría y me dijo: usted no puede trabajar, por algo tiene la pensión.⁵ Me dijo: usted no puede trabajar más, porque si usted empieza a trabajar otra vez, a cumplir un horario, va a caer en un poz (Marta, usuaria, 2014).

En este sentido, la discusión sobre el encierro como modelo de atención trae a la rehabilitación como una alternativa terapéutica necesaria de entender en cuanto a su surgimiento. Es en la *Tercera Revolución de la Psiquiatría*, iniciada luego de la Segunda Guerra Mundial, donde aparece una fuerte crítica a la asistencia que se le da al enfermo en los hospicios. Surge la intención de tornarlos en un lugar de verdadero tratamiento en donde se apueste al desarrollo del individuo, y no la conformación de un espacio para su mera custodia y vigilia. En esta etapa de desarrollo de la psiquiatría aparece el interés por la rehabilitación del enfermo, que apunta a su “convivencia social”. Por lo tanto surgen las escuelas psiquiátricas llamadas “sociales” como producto de la aproximación entre psicología y etnología. La psiquiatría social supuso movimientos que buscaban *humanizar* la asistencia psiquiátrica evitando el aislamiento y la segregación del enfermo. Sus principales corrientes se vieron plasmadas en la “antipsiquiatría” inglesa de Cooper y Laing, la “psiquiatría democrática” de Basaglia en Italia y la “psiquiatría de sector” en Francia. Son movimientos que surgen en las décadas de los sesenta y setenta inspirados en la eliminación o re-adaptación de las instituciones psiquiátricas. La medicalización se torna insuficiente como tratamiento y se hace necesaria una psicoterapia institucional, que en el marco de la institución posibilite un desarrollo terapéutico efectivo (de Noronha 2005).

5 Esta usuaria, al igual que muchos, cobraba una pensión por discapacidad.

En 1957 surgen las primeras comunidades terapéuticas en Inglaterra (Apud, Borges, Techera, 2009) como la mayor renovación institucional psiquiátrica. Por primera vez las personas con una enfermedad mental asistían a un programa de rehabilitación en el exterior de un hospital. Se promulga la atención proyectada hacia la comunidad y en hospitales generales, ya no específicamente sanatorios psiquiátricos.

En Uruguay el proceso civilizatorio descrito por Barrán imprime una nueva sensibilidad que durante fines del siglo XIX y principios del siglo XX instala un conjunto de prácticas, conductas y discursos que imponen un fuerte disciplinamiento (Barrán, 1998). La construcción de un otro-enfermo peligroso fue un proceso paralelo a la construcción del hombre normal, un hombre al que había que preparar para el trabajo y hacerlo producir. Los grados de disciplina y productividad constituyen criterios fundamentales en la valoración psiquiátrica (Vomero 2014).

Ya sobre la época actual surge en 1986 el Plan Nacional de Salud Mental que rige hasta hoy, en el que se instala el concepto de rehabilitación. Se hace un diagnóstico de la situación de ese momento detectándose que hay una sobreutilización del hospital como recurso terapéutico y un enfoque central en el tratamiento psicofarmacológico. El objetivo general del Plan es la atención integral que incluya la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación del enfermo. Sobre la rehabilitación se expresa:

Denominamos Rehabilitación a un proceso que tiende a darle al discapacitado⁶ una nueva forma de ser en el mundo, que le posibilite alcanzar un bienestar físico-psíquico-social. [...] Aquí Habilitar significa proveer el máximo posible de conocimientos y habilidades para alcanzar el mayor capital intelectual y físico posible, que la parte sana de estos seres permita, para llegar al grado máximo de autonomía. (Plan Nacional de Salud Mental 1986: 39).

De alguna forma, el objetivo del proceso de rehabilitación en el CNRP implicaba trabajar sobre “una nueva forma de ser en el mundo” tal como lo establece el Plan de 1986. Y fundamentalmente sobre la producción de una autonomía que lleve al individuo a adquirir sus propósitos y aspiraciones a través de su propia capacidad de acción.

⁶ Actualmente se concibe a la enfermedad mental como una discapacidad psíquica a través de la aprobación de la ley 18.418 que ratifica la Convención Internacional de Naciones Unidas de 2007 sobre los derechos de las personas con discapacidad y la ley de carácter nacional 18.651 de 2010 sobre Protección integral a los derechos de las personas con discapacidad.

¿A qué apuntaba el CNRP?

Los trabajos de rehabilitación en el Centro buscaban brindarle un mayor bienestar a la persona que, afectada por la enfermedad, se encontraba, no sólo excluida de la vida social, sino perjudicada por un sufrimiento psíquico. Una de las técnicas lo definía como: “colocar un proyecto, un por qué de existir, darle un sentido a la vida de la persona”. Para esto, la institución apoyaba firmemente el ajuste por parte del usuario a su tratamiento farmacológico. Esta adherencia era fundamental, y un punto que se trabajaba a fondo con los usuarios durante el proceso.

Un técnico mencionaba lo siguiente sobre la resistencia de muchas personas para tomar medicación:

Hay una resistencia a tomarlo, no en todos, pero hay una resistencia porque, bueno hay que entenderlos, ¿no? Si a vos te dijeran que si no tomás un cierto medicamento no funcionas, no pensás bien, no entendés las cosas y, probablemente no quisieras tomarlo, es una ofensa de algún modo. Lo viven como agresivo, y es entendible. En general lo que se ve es que hay repetidas experiencias de abandono de medicación y descompensación subsiguiente y bueno hasta que terminan aceptando que bueno, sí hay que tomarlo, bueno, realmente no funciona sin el medicamento, es un gran golpe, ¿no? al autoestima. Es algo también a trabajar acá, el autoestima es una cosa muy fuerte que hay que trabajar, porque están muy golpeados, es muy terrible que uno tenga que darse cuenta de que solo no puede, o de que no entiende las cosas o de que no puede estudiar o de que no puede trabajar, es jodido. Decís: no, no, soy un desastre. Entonces trabajar con el autoestima es importante. Más lo que le devuelve el entorno, ¿no? El entorno lo vio muchas veces realmente haciendo desastres, y entonces le tiene desconfianza o dicen ‘bueno con este no hay caso, yo que sé, hay que hacerle todo’, es matador para cualquiera eso. (Técnico licenciado en psicología, 2015).

Uno de los puntos fundamentales para trabajar en la rehabilitación era enfocarse en la parte “sana” de la persona, intentando explotar potencialidades y ayudando a generar *proyectos de vida*. El razonamiento sería: como la enfermedad no los define por completo, una vez asumida ésta –esto significa haber adquirido lo que los técnicos llamaban “consciencia de enfermedad”, o sea, metabolizar la deficiencia que les produce el trastorno– se debía poder generar cierta autonomía en el usuario para que éste pudiera emprender lo que deseara.

El proceso de rehabilitación implicaba entonces dos instancias: 1) reparación en un nivel psíquico y emocional, una re-organización de la persona, su reconstrucción como sujeto para poder adquirir cierta estabilidad emocional; aquí

además se intentaba generar esta “consciencia de enfermedad” antes mencionada, y 2) inclusión socio-comunitaria. Suponía la inserción social, poder emprender algún proyecto personal, conseguir trabajo, terminar los estudios o retomarlos, o insertarse en cierto ámbito. Era una etapa con una mayor articulación con el “afuera”, con lo social; que de alguna manera intentaba generar una “consciencia de inclusión”.

Ambas etapas irían de la mano, claro, porque al elaborar un proyecto de vida también habría una mejora emocional. La segunda etapa implicaba un funcionamiento grupal de apoyo terapéutico, con una asistencia libre, encarada a poder sostener lo adquirido en el transcurso del proceso y a trabajar con los factores “externos” de la problemática. La idea era que la persona concurriera cuando sintiese la necesidad. Trabajar con los factores “externos” implicaba reflexionar sobre la vinculación con el mundo social que funciona por fuera de la institución. Los usuarios junto con el equipo técnico cavilaban sobre temas que los interpelaban. Al reflexionar sobre la inserción social era inevitable que se conversara sobre la discriminación que sentían. Asumir la existencia de esas barreras sociales y trabajar sobre ellas era crucial en la dinámica grupal, sobre todo porque si bien las reflexiones recogían experiencias personales, el grupo apuntaba a pensar sobre las generalidades que los afectaban como personas con una problemática en común.

Pero los técnicos argumentaban que el “apoyo” se había convertido en una suerte de “institucionalización”. El Centro estaba funcionando como un lugar de *pertenencia*, y no de *referencia*, como ellos pretendían. En efecto, muchos usuarios sí se habían “institucionalizado”, haciendo del centro su única actividad de vida, dependiendo de él y tomándolo, como muchas veces decían: “como una segunda familia”. Otros estaban vinculados a la institución hacía unos veinte años, o más. Luego de tener varias experiencias errantes en el mundo del trabajo y del estudio, como también en el plano de los vínculos, muchos usuarios consideraban al CNRP como un lugar de contención.

En muchos casos suponía tener una actividad propia y no quedarse encerrado en su casa. Los técnicos interpretaban que esto también *oxigenaba* a las familias al no tener a la persona constantemente en su casa sin hacer nada. Pero entendían que, a su vez, iba en contra de generar autonomía, derechos e inclusión. Y en definitiva implicaba, como tratamiento en salud, un encierro más.

Pero para los usuarios el Centro era un lugar de acogida, en donde habían encontrado la confianza necesaria depositada en ellos que en muchos casos no encontraban en el propio entorno, además de amigos y la posibilidad de socializar, entenderse a sí mismos, entretenerse, divertirse y estar contenidos.

A la hora de trabajar con el usuario sobre su “inclusión social” el trabajo terapéutico que los técnicos realizaban consistía en transmitir seguridad, dar confianza y aliento para emprender nuevos proyectos o atravesar cambios. Como se decía en el grupo: “salir de la zona de confort”,⁷ “dejar [evitar] que otros me consigan las cosas y comenzar a conseguírmelas yo mismo”. Para esto deberían comenzar a enfocarse en los momentos positivos de sus vidas y no solo en las descompensaciones –lo cual no significaba negar dichos episodios– y a partir de allí construir estrategias para poder adaptarse.

Esta búsqueda de autonomía que perseguía el proceso suponía infundir en el usuario una suerte de independencia, autosuficiencia, y autorrealización, ausentes por lo general en el paciente psiquiátrico. Habría una liberación respecto de la subordinación clásica a la que está sometido el enfermo.

En el intento de hacer una historia de la psicología Nikolas Rose (1996) señala que las características de la conducción de la conducta en el campo de lo “psi” en Occidente generaron un corrimiento del lugar de la autoridad en nombre de lo “ético”. Se comenzó a erigir una autoridad social que ya no imponía u ordenaba simplemente. Esta vez, con un sustento científico-objetivo detrás, la conducción terapéutica –con la aprobación de los propios sujetos– implicó que lo más efectivo para actuar sobre la conducta de los otros sea hacer que los individuos se gobiernen a sí mismos. Con el concepto de *gobierno del alma* el autor señala:

A través de la auto-reforma, la terapia, las técnicas de cambio corporal, y del moldeamiento calculado del habla y la emoción, nos ajustamos nosotros mismos por medio de técnicas propuestas por los expertos del alma. El gobierno del alma depende de que nos reconozcamos a nosotros mismos ideal y potencialmente como cierto tipo de personas (Rose 1990: 28).

Lo señalado por Rose tiene relación directa con el hecho de conformarse en cierto tipo de persona a través del dispositivo de rehabilitación. Con poner en práctica acciones específicas que estén dirigidas a transitar un camino diferente al que se viene transitando, o gestar proyectos propios.

En este sentido resulta interesante introducir la idea que plantea Sherry Ortner sobre la agencia orientada a la persecución de proyectos. La autora distingue entre el concepto de agencia en el sentido de poder, organizada en torno al eje de dominación y resistencia, y el concepto de agencia en términos de lo bueno y lo deseable y la forma de conseguirlo (Ortner 2016). Acceder a un proyecto es

7 Refiere a un estado mental y situacional en el que la persona está cómoda al no tener que atravesar riesgos.

algo negociado de manera interactiva y en el marco de un escenario social que lo hace (o no) posible. La intención de generar un empoderamiento en los usuarios implicaba poner en marcha estrategias vinculadas al concepto de agencia, en el sentido de trabajar sobre la capacidad de acción de los sujetos. A este respecto, trabajar sobre la inclusión social suponía generar en las personas una disposición en favor de la realización de proyectos propios, pero que siempre son proyectos culturalmente significativos.

Posibilidades de transformación

Reconocerse como cierta categoría de individuo –una categoría que no cargue con el estigma del diagnóstico psiquiátrico al menos– no era sencillo para los usuarios. Muchos expresaban que para ellos no era fácil “salir de la zona de confort”, ellos no eran como la gente “normal”. Algunos mencionaban a los técnicos lo siguiente: “Nosotros somos distintos a ustedes, ustedes funcionan más rápido, nos llevan una ventaja”.

Creo que somos personas difíciles, porque como tenemos la mente con problemas, ya de por sí para tener un diálogo, para chalar, para, para lo que sea, somos más lentas, vamos más a otro ritmo que otra persona, bueno como ustedes, que ustedes van muy rápido, ustedes están dispuestos siempre a levantarse, a ir, venir, andar. Será porque ahora con los años me voy como que retrayendo, me voy dejando estar en muchos aspectos, espero primero por los otros y después veo lo que hago yo. Espero a ver que hacen los demás. No es como antes que era más joven y me decían: andá a buscar tal cosa y yo era la primera en tener la iniciativa, ahora espero a ver que hacen los demás para después tomar una resolución yo. Estoy como más retraída, serán los años también, mirá que han pasado años y las cosas que me han pasado me han llevado como a retraerme un poco, de esperar un poco y tomar decisiones más lentamente, no tomar tan apresuradamente las decisiones, a tener más cuidado en todo [...] Con respecto a la inclusión que me decías, la inclusión viene a ser afuera, en la vida social, en lo que es la vida normal. (Alejandra, usuaria, 2014).

En el relato de los usuarios había una dicotomía permanente: el “ustedes” y el “nosotros”, haciendo referencia a “sanos” y “enfermos” respectivamente. Y sobre todo, vinculando la ausencia de enfermedad con la normalidad, y a ésta con el mundo del trabajo y el estudio casi exclusivamente, o con el mundo productivo. Hay una fuerte presencia de la enfermedad ya que la rehabilitación está apuntando a ella, pero si bien se la está permanentemente invocando, también se la desplaza, en el sentido de enfocarse en la “parte sana” para poder “rehabilitarse”.

Si Michel Foucault (1998) señala que nunca hay locura sino en referencia a una razón, podemos pensar que no hay exclusión sin referencia a una necesaria adaptación al sistema, ni rehabilitación sin referencia a la desvinculación del mundo laboral y productivo. Robert Castel es preciso cuando apunta que la situación de “exclusión” oculta muchas veces la necesidad de analizar de qué se compone esa falta con la que cargan los individuos, ya que:

Sin duda, hoy existen quienes están “in” y quienes están “out”, pero no habitan universos separados. En una sociedad no hay nunca, propiamente hablando, situaciones fuera de lo social. Es importante reconstruir el continuum de las posiciones que ligan a los “in” con los “out” y dominar la lógica a partir de la cual los ‘in’ producen gente “out”. (Castel 2004: 23-25).

En la mayoría de los casos esto se traduce en personas en situación de inutilidad social (Castel, 2004). De ninguna manera se intenta plantear a la rehabilitación del CNRP como un proceso únicamente dirigido a la inclusión laboral –pude presenciar durante toda mi estadía allí cómo la institución y sus técnicos generan una “recomposición” de la persona que llega, efectuando en el usuario un profundo incremento de autoestima, autoconfianza, vitalidad y seguridad–, pero sí debe destacarse que, como señala Castel: “[...] el reconocimiento de la incapacidad para trabajar es el criterio discriminativo esencial para ser auxiliado” (1984: 54).

En este sentido es importante el uso de la estrategia que apela a la parte “sana” del individuo para intentar adaptarse, ya que la “enferma” sufriría de una “falta de voluntad” para emprender actividades y proyectos propios.

De hecho, muchos técnicos, consideraban a la rehabilitación como un camino que debía, inevitablemente, conducir a la inclusión social, ésta última vinculada fundamentalmente al mundo del trabajo y del estudio. Un técnico expresaba:

Yo estoy parado desde el lugar de trabajar desde los derechos de la persona, yo lo trabajo desde el lado de la discapacidad y por lo tanto eso me marca y me pauta una cantidad de cosas a la hora de trabajar. Como que ellos son personas que tiene los mismos derechos, que pueden trabajar, que pueden estudiar, que deben trabajar, que deben estudiar y que si yo no le estoy dando la atención adecuada, estoy violando esos derechos. Para mí no hay rehabilitación si no hay inclusión. Ni en esto ni en la discapacidad motriz, en donde se trabajaba⁸ mucho en rehabilitación y cuando la persona estaba en silla de ruedas decían

8 Este técnico había trabajado varios años en rehabilitación de jóvenes con discapacidades motrices.

‘bueno está rehabilitado’, y no iba a la escuela, no iba al liceo, no salía de la casa. Y yo pateaba contra eso y era como patear contra el clavo, pero yo pateaba porque para mí la rehabilitación termina en inclusión y si no, estás en el horno (Técnico, psicólogo social, 2014).

Varios técnicos en la institución partían de considerar a la enfermedad mental como una discapacidad psíquica. En cuanto a la concepción de discapacidad se regían por las definiciones de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud que concibe a la discapacidad como una condición de salud que pone a la persona en desventaja con respecto al resto de la sociedad. En este sentido el enfoque para trabajar con los usuarios partía de la perspectiva de derechos humanos.⁹

En consecuencia, el trabajo¹⁰ y el estudio tenían un lugar bien importante para algunos técnicos a la hora de hablar de inclusión. Al ser conscientes de que esto es lo que principalmente los excluye, su trabajo apuntaba a considerar que éstos ámbitos ya no podían serles negados.

Estos mismos técnicos hacían referencia al anclaje institucional que tenía en el Centro el modelo o paradigma “asistencial”, aquel en el que se seguirían manteniendo ideas y prácticas demasiado vinculadas a lo tutelar y a la segregación del usuario exclusivamente a ámbitos de la salud. Y sobre todo a una eterna dependencia del Estado como figura protectora. Una técnica señalaba lo siguiente:

9 Según documentos del Ministerio de Desarrollo Social el abordaje de derechos humanos en políticas públicas consiste, justamente, en hablar de derechos y ya no de necesidades básicas, la mirada está puesta en el sujeto de derecho y no en el beneficiario de una política. Mientras la concepción del beneficiario alude a una actitud pasiva que recibe una prestación como si fuera un acto de caridad, el sujeto de derecho recibe un deber por parte del Estado. Por tanto es un sujeto activo que participa en asuntos que son de su interés. “La importancia de distinguir estas concepciones es fundamental porque los resultados de las políticas serán diferentes si considera a las personas con derecho a participar de los asuntos que les importan y con derecho a exigir acciones concretas para acceder a un nivel de vida adecuado” (Larrosa 2012: 12). “Participar” aquí implica que las personas tengan el poder de incidir en los asuntos que las incumben, puntualmente en la mejora de sus propias vidas; a la vez que una participación activa supone la construcción de ciudadanía (Larrosa 2012: 12).

10 Algunas de las acciones que los técnicos llevaban a cabo en la etapa de seguimiento e inclusión socio-comunitaria eran apoyos en relación a elaborar currículums y a la búsqueda de trabajo. Paralelamente el Centro también contaba con un programa de inclusión laboral que trabajaba con el modelo de empleo *protegido*. Los modelos de clasificación en torno al empleo de la persona con discapacidad pueden ser el empleo normalizado o empleo protegido. El empleo protegido se da en talleres o centros especiales para personas con discapacidad. El empleo normalizado sería el desarrollado en empresas, comercios o entes ordinarios, donde la mayoría de los trabajadores no presentan discapacidad. Esto es, el empleo exactamente igual y en las mismas condiciones de sueldo y horario que cualquier otro trabajador (Villa 2007, en Vidal, Cornejo, Arroyo 2013).

De la misma manera que ellos adhieren al tratamiento médico o de la medicación, esto es un tratamiento. No es médico porque es psicosocial, pero es parte del tratamiento. No me parece que una persona con un trastorno mental pueda salir sólo con la medicación. Se necesita de un proceso de rehabilitación para transitar, y yo soy de la idea que el centro de rehabilitación siempre va a ser un centro de referencia con puerta giratoria. Pero estamos intentando eso, aún no está. Estamos intentando de que esto pueda ser una puerta giratoria: salgo, puedo, si en algún momento no puedo, vuelvo, pero soy referencia. Lo que a mí no me gustaría es, que en algún momento acá se dio y todavía quedan secuelas, es la pertenencia. Porque el pertenecer es lo mío. Esto que el usuario te trae 'esto es mi familia'. Si esto es mi familia yo estoy conformando una fantasía que no es buena para el usuario. En cambio si esto es mi lugar de referencia donde puedo resolver determinada conflictiva o puedo compartir una alegría (Técnica, licenciada en psicología, 2014).

La directora de la institución mencionaba:

Acá lo que pasa es que conviven muchos modelos porque tenemos técnicos de hace cuarenta años acá adentro, es el centro de rehabilitación más viejo, está desde el setenta y uno. Acá en verdad los primeros usuarios venían directo del Vilardebó¹¹ para acá, estaban internados en Vilardebó, venían, hacían algunas actividades, volvían en un ómnibus. Hay varias instancias acá que obedecen a eso, y bueno el Patronato¹² también por las características institucionales es como dador, asistencialista por definición, esto de cambiar el eje no solo lo tiene los psiquiatras, son todas las personas. Acá la institución tiene mucho poder en relación a la salud de las personas que se acercan, cuando en verdad el poder lo tienen las personas mismas de querer salir de esa situación. (Directora de la institución, licenciada en psicología, 2014).

Los modelos de atención para trabajar con los usuarios colocaban a los técnicos en un lugar difícil en cuanto a tomar decisiones sobre su salud, en el sentido de caer en un mero "asistir", no pudiendo promover una "participación activa" de las personas en torno a sus vidas.

Aceptar la enfermedad y asumir una adherencia al tratamiento, en principio farmacológico, y además psicosocial, era el mensaje brindado a los usuarios, que a su vez, ellos mismos comprobaban al sentirse mejor. Una usuaria afirmaba que, el

11 El Hospital Vilardebó es un hospital público para la internación de personas con trastornos mentales en situación de descompensación.

12 Habitualmente usuarios y técnicos se referían al CNRP como "Patronato" haciendo referencia a la CHPP que contenía al Centro.

proceso de rehabilitación junto con el médico-psiquiátrico, le habían demostrado que el camino para estar bien era efectivamente ese.

Indagar en rehabilitación, tiene que ver, no sólo con entenderlo como un proceso en el que incurrieron las políticas de atención en salud, sino también como un fenómeno al que alguien se somete buscando una transformación de su condición.

A su vez, el procedimiento con el médico psiquiatra al que el usuario debe asistir obligatoriamente para poder atravesar el tratamiento de rehabilitación psicosocial, ha sido caracterizado en salud mental, por un vínculo extremadamente asistencial que toma a los usuarios como objetos pasivos de los tratamientos (Apud y Techera 2013). Sin embargo, el tratamiento psicosocial choca con obstáculos que trascienden estos vínculos con la psiquiatría, y que tienen que ver con estructuras sociales y modos de subjetivación que sustentan la exclusión de la diferencia (Dimenstein *et al.* 2012: 673).

El “para siempre”

La denominación de trastornos “persistentes” refiere a la característica crónica de los mismos. Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración, progresión lenta, o incurables. Este un punto clave en el proceso de transformación de los usuarios en el que interesa especialmente detenerse, ya que las posibilidades de verse a sí mismos como cierto tipo de personas estaban directamente vinculadas a portar un trastorno crónico. Uno de los técnicos mencionaba lo siguiente:

Yo creo que una persona nunca deja de ser realmente psicótica, pero es verdad que puede avanzar mucho, que puede armarse a un punto tal que no tenga recaídas, que pueda llevar una vida más o menos satisfactoria, con logros. Si a eso le llamamos cura, bueno, sí. Es raro ver alguien que nunca recaiga, porque la vida tiene para todos momentos que te mueven el piso y para esta población mover el piso muchas veces es resquebrajarse. Creo que no es pavada decir que es crónica, es verdad. Por más que sea un término médico. En realidad está bien la definición, trastornos severos y persistentes porque son graves, no es una pavadita, son cosas que realmente perturban la vida de la persona y de su entorno y persistentes, digo crónico. Lo principal que marca su diferencia con otros trastornos es una fragilidad psíquica, una vulnerabilidad, pero fragilidad creo que es la palabra. Realmente ves que cosas menores les afectan de una manera importante, o no saben cómo manejarlas, o hacen un mundo de eso (Técnico licenciado en psicología, 2014).

En varias conversaciones sobre su enfermedad los usuarios mencionaban: “Lo que pasa que me atendía, me sentía bien, creía que estaba curado y dejaba, hasta que me di cuenta que no era así la cosa”, “Al principio cuando me lo diagnosticaron pensé que era algo pasajero, después me di cuenta que era para siempre”. “Pasa que uno tiene esto para siempre, entonces está bueno seguir viniendo al Centro. Porque no nos vamos a curar, aunque estemos bien. Entonces está bueno seguir viniendo”.

Necesitamos tiempo, es como que vamos paso a paso, muy despacito, y después de todo lo que me paso [...] Entonces es todo un proceso que uno va muy lento ahora, uno va como que tomándose tiempo para todo con cuidado, mirando las cosas con mucho cuidado. Con la gente que charlas, con la gente que hablás, con la gente que vas en el ómnibus. Todo lo medís con mucha detención, como con mucho cuidado, porque quedás como insegura, como que quedas con miedo, con miedo. Yo quede con miedo de todo (Laura, usuaria, 2014).

El peso del “para siempre” está constantemente presente en sus vidas. De hecho, si la adherencia al tratamiento es efectiva, si se llega a adquirir “consciencia de enfermedad”, es porque se asume esta central característica: lo crónico.

Aunque se esté fuera de una crisis aguda, se sigue “enfermo”, se consume medicación diariamente para estar bien, por tanto la enfermedad está siempre latente. Siempre existe la posibilidad de recaer. Todo le está recordando al usuario su permanente “fragilidad” en torno a la enfermedad, a los niveles de estrés que puede soportar, a la reglamentación de tomar la medicación, y a evitar de todas las formas posibles lo menos deseado: la descompensación. A veces “salir de la zona de confort para adquirir más autonomía” era considerado un riesgo.

El usuario se encuentra a sí mismo en la singular situación de llevar adelante ambos tratamientos: el psiquiátrico vinculado a un modelo médico-organicista, y el psicosocial que apunta hacia la inclusión, por tanto a la movilidad. Una usuaria comparaba esto, expresando que el tratamiento farmacológico era siempre igual e implicaba una monotonía a la que había que adaptarse, sin embargo la rehabilitación era movilidad, poder correrse de los lugares de siempre, cambiar. Y ese era el mensaje recurrente en el Centro por parte de los técnicos: sí se puede salir de los lugares “de siempre”, de los lugares históricamente impuestos a las personas con una enfermedad mental.

En este sentido, hay una alusión solapada (y no tanto) a la clásica oposición naturaleza-cultura, en dónde la primera es lo innato e inamovible y la segunda lo adquirido y modificable. El tratamiento farmacológico (que ataca a su “naturaleza” enferma) le reafirma lo crónico, su identidad enferma “para siempre”; y el

psicosocial (que ataca a su exclusión de la sociedad) le propone atravesar cambios y entablar proyectos propios.

La cronicidad como característica del diagnóstico se re-significa en el sentido de que ella misma afirma esa identidad enferma en un primer lugar. Previamente el individuo tuvo que reconocerse enfermo, para desde allí poder construir para sí mismo otra realidad distinta a la del histórico rol del enfermo psiquiátrico. La adherencia permanente a un tratamiento se hace efectiva cuando la persona puede reconocer la cronicidad de su padecimiento, y solo después de allí “salir del rol de enfermo”; por contradictorio que parezca.

Sin embargo, al intentar salir del rol al que referimos, muchas circunstancias le recuerdan al usuario, constantemente, que su enfermedad le produce una fragilidad, y que no puede exponerse a las mismas situaciones que cualquier otra persona. Hay precauciones, a la hora de emprender cualquier tarea, que el usuario debe tener en cuenta: como las horas de sueño, que son muy importantes en el tratamiento de la enfermedad, no auto-medicarse, no estar expuestos a altos niveles de estrés o no ingerir alcohol. El miedo a la pérdida del autocontrol está siempre presente.

Esa doctora que me mandó al Centro decía que hacía bien en tomar la medicación porque el setenta por ciento de los psiquiátricos hay que correrlos hasta abajo de la cama para que tomen la medicación. Que era una ventaja que yo tenía eso. Lo que pasa que cuando estuve descompensado sufrí como loco. Sufrimos mucho, no yo solo, todos, vamos a decir. Entonces como que uno le agarra miedo a esto, le tenés miedo a descompensarte después. Cuando llegas a una estabilidad, te da miedo eso. Me acuerdo cuando estoy descompensado que sufro. Además pierdo el control sobre mí mismo. (Alberto, usuario, 2014).

En otra oportunidad, uno de los usuarios que había conseguido trabajo mencionaba que por ahora estaba contento y le gustaba, resaltaba: “por ahora no quiero renunciar y espero no querer hacerlo” (ya le había sucedido conseguir un trabajo y renunciar porque se había angustiado). Otra usuaria, reconstruyendo su historia contaba que había tenido nueve intentos de suicidio, que en realidad habían sido “llamadas de atención”. Tenía miedo de llegar a lo mismo, por eso siempre quería estar controlada y contenida, ya que hacía cinco años no recaía.

En un debate grupal un usuario mencionaba que los cambios estaban buenos pero que a veces ellos debían tener cuidado con que los mismos no desencadenarán en una descompensación. Los técnicos le decían que los cambios le suceden a todo el mundo y ponen nervioso a todos, pero entonces Marina expresaba: “sí, pero hay gente que tiene más tolerancia y los aguanta más, nosotros no somos

tan fuertes, nos afecta más. A veces ustedes piensan que algo nos va a hacer bien pero capaz que no es así”.

Según Goffman (2001) no hay, en la vida pasada ni presente de la persona con un diagnóstico psiquiátrico, un solo segmento que se sustraiga a la autoridad y jurisdicción de ese dictamen. Para los usuarios pensar en una transformación vinculada a incursionar en actividades que no acostumbraban a practicar reactualizaba frustraciones anteriores. El pasado se actualizaba a través de las descompensaciones, recurriendo a una fragilidad particular que los caracteriza. Con esta idea de *fragilidad* hacemos referencia al sentido que uno de los técnicos entrevistados le da a dicha noción: como una posibilidad mayor de resquebajarse ante tensiones que se presentan en la vida de las personas. El pensar la propia identidad como algo sujeto a continuas configuraciones produce demasiadas ansiedades y miedos que amenazan con que esa fragilidad se vea afectada por cualquier cambio, por cualquier movilidad del “lugar de siempre”. Al instalarse de manera crónica en la persona, la enfermedad contribuye a pensarse a sí mismo sin más posibilidad de cambio que la de adherirse a un tratamiento, que ya está siendo un cambio en sí mismo, una verdadera transformación. La cronicidad funciona así como una sentencia identitaria, en cierto sentido como una identidad social inamovible.

Al hacer una revisión sobre las identidades y subjetividades en salud, Susan Reynolds Whyte (2009) da cuenta de los desafíos necesarios en los que debe navegar la etnografía, para poder tomar una postura que no asuma *per se* la política de la identidad y el reconocimiento –en el sentido que le da Nancy Fraser (2008) a la discusión–, sino que más bien pueda preguntarse por sus condiciones de existencia.

En su artículo sobre la justicia social en la era de la política de la identidad Nancy Fraser (2008) distingue las dos reivindicaciones en las que se divide hoy la justicia social: la más conocida implica reivindicaciones redistributivas de recursos y riqueza. La otra supone una “política del reconocimiento”. Esto comprendería el concepto de un mundo que acepte la diferencia y la integración de esa diferencia en la sociedad mayor, y le otorgue a esa diferencia igualdad de derechos.

Hay, efectivamente, de parte de esta propuesta de rehabilitación, la intención de reelaborar una identidad social devaluada, una identidad que tiene una caracterización históricamente despreciada. En este sentido cabe preguntarse si la elaboración de una nueva identidad, si el desplazamiento de “los lugares de siempre”, tiene una verdadera forma de materializarse en el contexto actual. Y esto es interesante sobre todo en un momento en el que se discute en el parlamento uruguayo la implementación de una ley de empleo para las personas

con discapacidad en el ámbito privado (es decir, un sistema de cuotas para el ingreso de estas personas al sector privado, como ya existe en el sector público).

Un enfoque etnográfico también debiera generar una observación que vaya más allá de la relación de la persona con su condición de salud, y que no ignore otros entramados sociales en los que la persona también está inmersa (Reynolds Whyte 2009). Sin embargo, cuando alguien con esta condición de salud –que en principio podríamos decir incluye menos perspectivas sociales– atraviesa un proceso de rehabilitación –basado, en parte, en promover una política de la identidad o una política del reconocimiento– tiende a entender que la única reivindicación posible es efectivamente a través del reconocimiento (en principio un reconocimiento consigo mismo) de esa condición de salud. En muchos casos llegar a cobrar una pensión por discapacidad representaba un verdadero logro para la persona, porque realmente facilitaba su vida en muchos aspectos o le daba cierta autonomía económica de su familia. La trayectoria sana se da únicamente a través del reconocimiento de la enfermedad.

En esta línea de discusión en relación al moldeado de la identidad es necesario introducir el planteo que hace Stuart Hall con respecto a la articulación del orden social en la formación del sujeto. Retomando nociones centrales de Foucault, el autor establece que: “[...] el trabajo teórico no puede cumplirse plenamente sin complementar la descripción de la regulación discursiva y disciplinaria con una descripción de las prácticas de la auto-constitución subjetiva” (Hall 2003: 32).

Es por eso que al introducirnos en la realidad de sujetos que se someten a un proceso de rehabilitación, la *inclusión* de los mismos a las estructuras sociales *normalizadas* implica pensar, como señala el autor, los mecanismos mediante los cuales los sujetos se identifican (o no) con las posiciones a las cuales se los convoca, cómo *actúan* esas posiciones, y si lo hacen de una vez y para siempre (Hall 2003). En algunos casos esas posiciones eran tomadas por los usuarios sin mayores problemas pero luego de un esfuerzo conjunto entre la institución y la persona. En otros, los usuarios no sentían una identificación con esas prácticas o no deseaban transitar caminos que los alejaran de la institución. En cualquier caso las posiciones a las que se los convocaba siempre eran lugares valorados por ellos dentro del entramado cultural.

Padecer este tipo de trastornos supone una gran pérdida de control sobre uno mismo, no solamente por lo que se vive bajo una descompensación, sino por las consecuencias que ésta trae en cuanto al tratamiento aplicado. Internaciones involuntarias, dificultades para negociar con el psiquiatra los psicofármacos recetados (la automedicación es muchas veces lo que genera una descompensación, y los usuarios lo tenían muy presente) y la falta de confianza del entorno son algunas de esas consecuencias. Además, aun estando adherido al tratamiento,

hay muchos elementos que pueden provocar una recaída. Todo esto es difícil de procesar y en el CNRP los técnicos jugaban un papel bien importante para ayudar a hacerlo, pero a su vez, no estaban “enfermos”, y allí es cuando cobra especial protagonismo compartir este proceso con un otro al que sí le sucede lo mismo. Si pensamos a la locura, como muchos técnicos la concebían, como un corte con la realidad al dejar de compartirla con los demás, o como una interpretación delirante de la misma, no es menor que aquí pueda compartirse una realidad que usualmente los aleja. La exclusión y diferenciación que les impone la enfermedad es aquí suprimida, más allá de que se la invoque en todo momento. Es el encuentro con el otro lo que permite la posibilidad de que exista el sí mismo (Vomero 2006).

En el planteo que hace Fabricio Vomero (2006) sobre la eficacia simbólica en el acto sanador, el encuentro con el otro, el lugar social del agente sanador y la sociedad que sostiene las instituciones y los discursos en cuanto a la cura-enfermedad adquieren centralidad. La curación aparece como una de-construcción de la enfermedad que el agente sanador realiza al estar instituido y validado como tal en lo social. En este caso me interesa sostener que además de los efectos curativos que surgen del encuentro con estos agentes sanadores, que otorgan al enfermo un lugar enunciativo, el estigma particular que portan las personas con un diagnóstico psiquiátrico también se des-construye dentro de lo institucional en tanto comparten un vínculo social y grupal con un igual a ellos.

Partiendo de que lo real es relacional (Bourdieu 1997), debemos añadir que es la noción de “normalidad” la que constituye a su vez al estigma (Goffman 2006). En el CNRP, en tanto es la enfermedad lo que los reúne, el estigma se disipa en el sentido de que “los normales” proponen a “los enfermos” un vínculo de confianza a través del cual se intenta entender la enfermedad y des-centrarse de ella para poder, a partir de los aspectos positivos y de los deseos de la persona, construir una vida digna. Este vínculo es algo difícil de establecer para una persona con diagnóstico psiquiátrico.

La exclusión del enfermo mental está caracterizada no solo por un fuerte rechazo hacia los momentos de crisis aguda, sino por no poseer un “proyecto de vida” acorde al de la época o no gozar de una constante “voluntad” para emprenderlo. Los esfuerzos personales obedecen a una estructura ritual societaria en donde se encuentran formulaciones y formalizaciones de ideas sobre el sí mismo, sobre el otro y sobre el mundo en general. Se forman así, un estilo de vida y una organización de las emociones en torno a esas ideas (Koury, 1999). Por eso, poder emprender acciones para pertenecer a cierto ámbito, tiene que ver con la posibilidad real de incorporarse al mismo, pero también con los niveles de sufrimiento y discriminación que la persona está dispuesta a tolerar. No llegar a ciertas exigencias sociales está aquí excusado por la enfermedad. La moralmente cuestionada “falta de voluntad” de muchos “excluidos” es aquí “perdonada” por

una descompensación biológica o por una fragilidad psíquica, a diferencia de lo que sucede con otro tipo de exclusiones. Sin embargo los usuarios se ven a sí mismos apartados del “mundo normal” por no poder emprender o sostener lo que los “incluidos” sí logran hacer. Escuché a más de un usuario decir que, al darse cuenta que a la gente “normal” también le suceden cosas como no tener “voluntad” o sentir inseguridad para emprender proyectos, los hacía sentir “menos enfermos”. Un usuario mencionaba que su psicólogo particular le decía lo siguiente con relación a algo que lo aquejaba: “Bueno Carlos, pero eso le pasa a todo el mundo”; entonces esto lo aliviaba.

En otra oportunidad, cuando en el grupo hablábamos sobre planificar un proyecto de vida o realizar actividades, intervine y mencioné que me parecía entendible que a veces no tuviéramos la voluntad necesaria, que a todos nos pasa eso a veces. Juan decía: “es verdad, eso me hace pensar en que a veces esto que me pasa a mí también le pasa a otros y que yo me excuso en la enfermedad”. Mi referencia impactaba en el usuario como alguien “no enfermo” que también atravesaba dificultades.

Cuando Mary Douglas señala la vigilancia que ejerce cualquier comunidad sobre la enfermedad, recalca:

Cuando una persona se define como enfermo, puede escapar a la censura por hacer mal su trabajo, por llegar tarde, por estar de mal humor, etc., pero la comunidad, si bien es indulgente con el rol del enfermo, también le hace pagar un precio: se le excusa su conducta negligente con la condición de que acepte plenamente su rol [...] que permanezca en su habitación de enfermo y que se aparte del camino de los demás. (Douglas 1998: 50).

Esta sentencia identitaria que implica la cronicidad tiene que ver con permanecer en ese rol de enfermo, asumiendo una no curación, y por tanto una identidad estática que aísla a la persona de ámbitos “no enfermos”. La rehabilitación como propuesta que intentó *humanizar* al tratamiento psiquiátrico, apostando a la convivencia social del enfermo, aún da batalla contra las propias nociones del diagnóstico, constituido como “identidad anormal”. Y al mismo tiempo apuesta a una inclusión social que implica, para los usuarios, asumir una negociación constante entre el diagnóstico y la inclusión. Las historias que vivencié en el CNRP, tanto de usuarios como de técnicos, son historias que buscan una transformación, por momentos emocional, por momentos política y social; si es que estos “mundos” pueden realmente separarse.

Consideraciones finales

En el intento de dar cuenta del sentido que le dan a un proceso de rehabilitación psicosocial quienes se someten a él hemos hecho un repaso de las trayectorias sociales de usuarios y de los relatos de los técnicos en cuanto a la institución, su historia y pretensiones.

El tratamiento psicosocial, a menudo, lucha contra lógicas provenientes del clásico tratamiento psiquiátrico, pero al mismo tiempo, éste es un tratamiento al cual los usuarios deben adherirse, y los técnicos asociarse. Los usuarios encuentran en el Centro un trato brindado que no se les da usualmente en sus propios entornos o en lo social. Se pone confianza en ellos y en lo que deseen emprender, a la vez que al darles la palabra –y a través de ella la posibilidad de un intercambio con el otro– se genera la socialización de este sufrimiento que contribuye a que sus situaciones ya se vean modificadas.

La identidad social de los usuarios está fuertemente marcada por el estigma de la enfermedad y su principal característica: lo crónico. Esta particularidad le da al usuario una inseguridad para emprender “cosas nuevas” o distintas, estando siempre latente (y no tanto) la posibilidad de una descompensación. En este sentido, cuando se piensan a sí mismos aparece la idea de que la enfermedad les impide ser “normales”, incursionar en actividades vinculadas siempre a la “normalidad”. Sin embargo a través del concepto establecido por Rose (1990) sobre el *gobierno del alma* vemos que las pretensiones de las personas con respecto a elaborar un proyecto de vida, “salir adelante” y poseer autonomía tienen que ver con disposiciones específicas para gobernar a una población, que se instalan en las personas a modo de deseos y ansias por llevar adelante emprendimientos propios, pero que siempre son acordes a formulaciones hegemónicas. Transformarse en cierto tipo de persona implica la internalización de discursos disciplinarios que moldean las identificaciones subjetivas. Y es justamente en este sentido que el proceso de rehabilitación es un dispositivo, al proponerse formar en los usuarios cierto tipo de subjetividad (García Fanlo 2011).

El relacionamiento cotidiano al que se someten usuarios y técnicos deja a la enfermedad en un lugar particular: se la invoca, pero también se la desplaza. O mejor dicho, se la pone entre paréntesis, ya que la definición del síndrome y su etiqueta han alcanzado un peso que sobrepasa la significación real de la enfermedad en sí misma (Slavich, en Basaglia 1972).

El cambio de lógica en la atención, al hablar de rehabilitación e inclusión, es dar cuenta del protagonismo que tiene lo social en esta enfermedad. En el CNRP la realidad se comparte, no solo porque en ella se ponen en juego herramientas para

recuperarse, sino porque a partir de “socializar el sufrimiento” puede entenderse un poco más qué implica tener una enfermedad mental.

Referencias citadas

- Apud, Ismael y Andrés Techera. 2013. “Políticas de Salud Mental en Uruguay”. En: N. De León (coord.). *Salud mental en debate. Pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental*. pp. 25-35. Montevideo: UdelAR CSIC Art. 2.
- Apud, Ismael, Cristina Borges y Andrés Techera. 2009. *La sociedad del olvido*. Montevideo: CSIC Universidad de la República.
- Barrán, José Pedro. 1998. *Historia de la sensibilidad en el Uruguay: el disciplinamiento, 1860-1920*. Volumen 2. Montevideo: Ed. De la Banda Oriental
- Basaglia, Franco. 1972. *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Barral Editores
- Bourdieu, Pierre. 1997. *Razones prácticas*. Barcelona: Anagrama.
- Castel, Robert. 2004. *Las trampas de la exclusión: trabajo y utilidad social*. Buenos Aires: Topía.
- _____. 1984. *La gestión de los riesgos: de la anti-psiquiatría al postanálisis*. Barcelona: Anagrama.
- Correa Urquiza, Martín *et al.* 2006. La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales. *Quaderns de L' institut Catalá D' antropología* (22): 48-69.
- De Noronha, Marcos. 2005. La aproximación de la psicología a la etnología: producto e historia. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan* 6 (1): 15-22.
- Dimenstein, Magda. *et al.* 2012. Participación y redes de cuidado entre usuarios de servicios de salud mental en el nordeste brasileño: mapeando dispositivos de reinserción social. *Psicología desde El Caribe* 29 (3): 666-685.
- Douglas, Mary. 1998. *Estilos de pensar*. Barcelona: Gedisa
- Foucault, Michel. 2007. *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- _____. 1998. *Historia de la locura en la época clásica I*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fraser, Nancy. 2008. La justicia social en la era de la política de la identidad: redistribución, reconocimiento y participación. *Revista de Trabajo*. 4 (6): 83-99.
- García Fanlo, Luis. 2011. ¿Qué es un dispositivo? Foucault, Deleuze, Agamben. A Parte Rei. *Revista de Filosofía*. (74): 1-8.

- Goffman, Edwing. 2006. *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- _____. 2001. *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hall, Stuart. 2003. "Introducción: ¿quién necesita identidad?". En: Stuart Hall y Paul du Gay, P. (eds.), *Cuestiones de identidad cultural*. pp.13-39. Buenos Aires. Amorrortu Editores.
- Koury, Mauro. 1999. A Dor como Objeto de Pesquisa Social. *ILHA* (0): 73-83.
- Larrosa, Ivahanna. 2012. "Derechos humanos, un paradigma necesario en la lucha por una vida digna". En: *Documentos relevantes en los ámbitos internacional y nacional sobre derechos económicos, sociales y culturales*. pp. 11-16. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)
- Ley 11.139 Patronato del Psicópata. Recuperado: 2015, 6 de marzo, Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=11139&Anchor>
- López-Ibor, Juan y Manuel Valdés Miyar. 2003. *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los tratamientos mentales*. Barcelona: Masson.
- Ortner, Sherry. 2016. "Poder y proyectos. Reflexiones sobre la agencia". En: Sherry Ortner, *Antropología y teoría social*. pp. 151-176. Buenos Aires. UNSAM-EDITA.
- Plan Nacional de Salud Mental. 1986. Recuperado: 2014, 15 de diciembre. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%201986.pdf>
- Reynolds Whyte, Susan. 2009. Health Identities and Subjectivities: The Ethnographic Challenge. *Medical Anthropology Quarterly*. 23 (1): 6-15.
- Rose, Nikolas. 1996. "Una historia crítica de la psicología". Recuperado: 2016, 24 de febrero, Disponible en: http://www.elseminario.com.ar/biblioteca/Rose_Una%20historia%20critica%20de%20la%20psicologia.pdf
- _____. 1990. "El gobierno del alma. La formación del yo privado". Recuperado: 2015, 10 de abril, Disponible en: http://www.elseminario.com.ar/biblioteca/Rose_Gobierno_Alma_cap1_4.htm
- Vidal, Rubén, Carolina Cornejo y Lucía Arroyo. 2013. La inserción laboral de personas con discapacidad intelectual en Chile. *Rev. Convergencia Educativa*. (2): 93-102.
- Vomero, Fabricio. 2014. "Un anarquista en el Vilardebó". Recuperado: 2014, 1 de diciembre. Disponible en: <http://articulando.com.uy/2014/09/01/un-anarquista-en-el-vilardebo-parte-iii-la-mitologia-psiquiatica/>
- _____. 2006. "Resortes antropológicos de los diferentes procesos de curación". En: Romero Gorski, S. (comp.). *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay*. pp. 169-175. Montevideo.