



Maestría en Psicología Social

Habitaes colectivos para la inclusión social

**Vínculos y producción de subjetividad
en centros residenciales de cuidados**

Tesis para optar al título de Magister en Psicología Social

Autora:

María Verónica Blanco Latierro

Directora de tesis y académica:

Alicia Rodríguez Ferreyra

Uruguay, 2015

Resumen

Esta investigación estudia los habitares que se construyen en un Centro Residencial de Cuidados para adultos, con objetivos de inclusión social, tomando la voz de sus residentes. Nos introducimos en un Centro de Recuperación que surge de la coordinación de políticas de salud pública con políticas sociales y que brinda cuidados en salud a población adulta que se considera en situación de vulnerabilidad social, por lo que se conjugan objetivos de cuidados con objetivos de inclusión social. Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo, que indaga sobre el habitar y su vinculación con los procesos de inclusión social en estos espacios residenciales. Mediante observación participante y entrevistas en profundidad a algunos residentes nos aproximamos a los sentidos vinculados al habitar en el Centro. En este sentido, las prácticas discursivas contienen tres dimensiones: la dimensión social e histórica, la dimensión que refiere al dispositivo y lo que éste habilita, y la dimensión del acontecimiento desde las relaciones cotidianas. La experiencia del habitar colectivo, asociada a una intervención social en un momento de crisis, implica un impacto significativo en las personas que re-significa algunos aspectos de su trayectoria vital a la vez que se generan nuevos procesos de subjetivación. La dimensión de lo colectivo se vivifica desde los procesos compartidos, tanto a nivel histórico como social, económico y político, y se potencia desde los espacios de encuentros. Las conclusiones apuntan a fortalecer la dimensión política de la inclusión que favorezca los procesos autonómicos y creativos, valorando la necesidad de promover el conocimiento mutuo, la participación, la reflexión crítica sobre las formas de habitar en el Centro y la negociación de sentidos como acción política en el habitar colectivo.

Palabras clave: habitar colectivo, inclusión social, dispositivo residencial.

Abstract

This research studies the dwell that is constructed in an adult's residential that provide cares and have objectives of social inclusion, from the perspective of residents. We enter in a Recovery Center where public health policies are coordinated with social policies and provides cares on health to adult population in a socially vulnerable situations. This center has objectives of cares combined with social inclusion objectives. This is a qualitative, exploratory and descriptive study about the dwelling and its link with the processes of social inclusion. We conducted participant observation and in-depth interviews to some residents for approaching the senses linked to dwell in this center. Discursive practices showed three dimensions: the social and historical dimension, the dimension of *dispositif* and the dimension of *eventalization* from the everyday relationships. The collective experience of dwell on a crisis situations, have impacts on people who resignify some aspects of their vital trajectory, while new processes of subjectivation are generated. The dimension of the collective becomes stronger on the shared processes, both an historical and social level, as an economic and political, also becomes stronger as of the meeting places. Conclusions indicate an strengthen the policy dimension of social inclusion. This favors the autonomic and creative processes, highlighting the need to promote the mutual knowledge, the participation, the critical reflection on ways to dwell in the Centre and the negotiation of meanings like a political action in the collective dwelling.

Keywords: collective dwelling, social inclusion, residential *dispositif*

Índice

pág.

Agradecimientos	6
Siglas y tablas	7
Introducción	8
1 Problema y objetivos	11
1.1 Área temática	11
1.2 Dimensiones del problema	11
1.3 Definición del problema e interrogantes	12
1.4 Objetivos.....	13
1.4.1 Objetivo General.....	13
1.4.2 Objetivos Específicos	13
2 Fundamentación y Antecedentes	14
2.1 Psicología y Políticas Públicas	14
2.1.1 Las políticas públicas y la psicología social comunitaria.....	14
2.1.2 Políticas públicas en salud: la Salud comunitaria	16
2.2 La Psicología y lo Social en el campo de la Salud.....	17
2.2.1 Breve reflexión sobre los paradigmas	17
2.2.2 La Psicología de la Salud	18
2.2.3 Integralidad y determinantes sociales de la salud.....	20
2.3 Antecedentes: sobre el escenario y el dispositivo residencial	22
2.3.1 Políticas de cuidados y el dispositivo residencial	23
2.3.2 Políticas hacia la Inclusión social	28
2.3.3 Las Casas Asistidas y los Centros de Recuperación.....	30
2.4 Implicación en la elección del tema.....	32
3 Referencias teóricas	33
3.1 Vínculo y producción de subjetividad	33
3.1.1 El vínculo en Psicología Social.....	33
3.1.2 Desde el vínculo hacia la producción de subjetividad.....	36
3.1.3 Apuntes sobre la noción de dispositivo	38
3.2 Explorando la noción de exclusión social.....	39
3.2.1 Origen y evolución del concepto de exclusión social	39
3.2.2 Algunos agrupamientos y significantes posibles	41
3.3 Pensar la inclusión en las Políticas Sociales	45
3.4 Aportes de la psicología social para una teoría del habitar	47
3.4.1 El sujeto social.....	47
3.4.2 Habitar es construir.....	48
3.4.3 Habitar lo cotidiano	49
3.4.4 Habitar lo comunitario.....	50
3.4.5 Síntesis conceptual sobre el habitar.....	52

4	Diseño metodológico	53
4.1	Consideraciones éticas	55
4.2	Técnicas e Instrumentos	55
4.3	La Muestra.....	56
4.4	El análisis.....	59
4.5	Presentación de las categorías construidas.....	60
5	Análisis preliminares	61
5.1	Sobre la muestra	61
5.2	El Centro y su funcionamiento	62
5.2.1	Recursos humanos y características edilicias.....	62
5.2.2	Temporalidades cotidianas: los turnos	64
6	Resultados y discusión.....	67
6.1	Dimensión histórica – singular	67
6.1.1	El Motivo de Ingreso o sobre cómo se construye la situación de vulnerabilidad.....	67
6.1.2	Trayectorias de afiliación.....	74
6.1.3	Trayectorias en salud: el todo o nada	81
6.2	Aspectos vinculados al dispositivo	84
6.2.1	Lo público y lo privado en la “Casa de Gran Hermano”	84
6.2.2	El control y la represión: el sujeto sujetado.....	88
6.2.3	Las gestiones y los procedimientos: la dimensión burocrática	93
6.3	Dimensión relacional	98
6.3.1	Vínculos entre residentes	98
6.3.1.1	¿Qué somos?.....	98
6.3.1.2	Conocerse: hablar y escuchar	103
6.3.1.3	Ayudarse y compartir	107
6.3.2	Vínculos con el equipo técnico: ¿Quiénes, qué y cómo?.....	110
6.3.3	Vínculos con otros trabajadores: acompañar, cuidar y educar	113
6.3.4	Redes materiales y virtuales	120
6.4	Sentidos desplegados: hacia futuros posibles	122
6.4.1	Proyectos: tener un lugar	123
7	Conclusiones y proyecciones	126
7.1	El Centro en su dimensión política y organizacional.....	126
7.1.1	El desafío de la integralidad	126
7.1.2	Capacitar para un cambio de modelo.....	128
7.1.3	Tradiciones e innovaciones	130
7.2	Subjetividades ¿excluidas?	132
7.3	Construyendo habitares colectivos	136
	Referencias Bibliográficas.....	139

A Eduardo y Victoria por su amor e inspiración.

Agradecimientos

A mis compañeras de ruta:

- del **Programa de Psicología Social Comunitaria**
- del **sub programa Políticas Públicas**
- del **grupo de estudio de la Maestría**

con quienes compartimos experiencias, emociones, reflexiones, problematizaciones y mas... y de quienes aprendo cotidianamente.

A los compañeros y compañeras del **Instituto de Psicología Social** que han estado presente en este tránsito de múltiples formas.

Al **MIDES** y al **Centro Tarará Prado**, en especial al **Equipo Técnico y Administrativo**, que abrieron sus puertas para este estudio y colaboraron en todo momento.

A **PRODEFU** por su solidaridad y apoyo constante.

A **los residentes** del Centro Tarará Prado, en especial aquellos que **participaron** en esta investigación y la hicieron posible.

Al **Núcleo de Estudios da Subjetividade** de la PUC.SP, especialmente a **Peter** y a **Suely** por su cálido recibimiento y disposición.

A **Mary Jane Spink** por su escucha y consejos al inicio de este tránsito.

A la **CSIC-Udelar** que ha apoyado el desarrollo de esta investigación.

A **Alicia Rodríguez** que promovió, acompañó y nutrió todo el proceso.

A **mi familia** por su apoyo incondicional.

Siglas

ANTEL – Administración Nacional de Telecomunicaciones
ASSE – Administración de Servicios de Salud del Estado
APA - Asociación Psicoanalítica Argentina
APS – Atención Primaria en Salud
BPS – Banco de Previsión Social
CNPS - Consejo Nacional de Políticas Sociales
DINACIS – Dirección Nacional de Asistencia Crítica e Inclusión Social
ECRO – Esquema Conceptual Referencial y Operativo
HLE – Hogares de Larga Estadía
INAU – Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay
INDA – Instituto Nacional de Alimentación
INE – Instituto Nacional de Estadística
MEC – Ministerio de Educación y Cultura
MEF – Ministerio de Economía y Finanzas
MIDES – Ministerio de Desarrollo Social
MSP – Ministerio de Salud Pública
MTSS – Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
ONAJPU – Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas del Uruguay
OPP – Oficina de Planeamiento y Presupuesto
OSC – Organizaciones de la Sociedad Civil
PASC – Programa de Atención a Personas en Situación de Calle
PPSS – Políticas Sociales
PSC – Psicología Social Comunitaria
SMI – Servicio Médico Integral
SNC – Sistema Nacional de Cuidados
SNIC – Sistema Nacional Integrado de Cuidados
TMS – Trastorno Mental Severo
UCEA – Unidad Coordinadora de Egreso Asistido

Tablas

Tabla 1 – Conformación de la muestra
Tabla 2 – Categorías de análisis del contenido.
Tabla 3 – Motivos de ingreso al Centro
Tabla 4 – Dimensiones asociadas a los motivos de ingreso al Centro
Tabla 5 – Códigos de las relaciones familiares
Tabla 6 – Códigos relativos a la dimensión laboral

Introducción

Esta investigación estudia los habitares que se construyen en un Centro Residencial de Cuidados para adultos, con objetivos de inclusión social, tomando la voz de sus residentes. Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo, que indaga sobre el habitar y su vinculación con los procesos de inclusión social en estos espacios residenciales. Para ello nos aproximamos a los procesos subjetivos que se producen en estas residencias a partir de las relaciones que allí se establecen.

En nuestro medio, las demandas de cuidado han aumentado de forma exponencial, por lo que las políticas de cuidado han tomado creciente relevancia, conformándose hace pocos años un grupo de trabajo a partir del cual se generó un debate con la participación de varios actores sociales. Asimismo, diversos dispositivos vienen abordando problemas asociados al cuidado desde políticas sociales con objetivos de inclusión social. Estas políticas sociales tienen la particularidad de articularse con el sector salud lo que representa un campo novedoso a la vez que complejo. En este contexto, el dispositivo residencial se piensa para la población más dependiente, en situación de mayor vulnerabilidad y donde se ven afectadas las redes sociales. Por ello nos interrogamos por los habitares que se construyen en estos espacios residenciales, particularmente por los procesos de subjetivación que allí se despliegan. Nos interesa estudiar las condiciones de posibilidad de procesos creativos y autónomos en un escenario que se diseña para las situaciones de dependencia y vulnerabilidad social.

Para realizar este estudio nos introducimos en un Centro de Recuperación que surge de la coordinación de políticas de salud pública con políticas sociales y se integra institucionalmente al área de salud del Programa de Atención a Personas en Situación de Calle del Ministerio de Desarrollo Social. Este Centro brinda cuidados en salud a población adulta que se considera en situación de vulnerabilidad social, por lo que se conjugan objetivos de cuidados con objetivos de inclusión social.

Esta tesis aporta algunos elementos para comprender las vivencias de los residentes de este Centro, a partir de los sentidos que éstas adquieren, tanto desde una dimensión histórica singular, como desde la contingencia en sus relaciones y disposiciones cotidianas. Entendiendo la complejidad de tramas y sentidos presentes en estos espacios, tomamos la voz de los residentes para hacerla dialogar con un dispositivo que contiene la doble condición de novedoso a la vez que tradicional. A su vez, tenemos presente que nuestra mirada

particular, como una perspectiva, magnifica algunos aspectos mientras que otros parecen pequeños a la distancia, en un recorrido con intencionalidades definidas desde nuestras elecciones teóricas y metodológicas.

Comenzamos presentando el problema de Investigación, definiendo las áreas de conocimiento implicadas y las dimensiones del campo para plantear el problema, las preguntas y los objetivos de esta investigación.

En el segundo capítulo de Fundamentación y Antecedentes desarrollamos algunas elaboraciones sobre las relaciones entre la psicología, las políticas públicas y las políticas en salud, posicionándonos desde el paradigma de la Salud Comunitaria. A su vez, abordamos algunos elementos que entendemos importantes para comprender la relación histórica e institucional entre el campo de la salud y el campo de lo social, tomando la Psicología de la Salud como un modelo de integración desde la experiencia cubana. Aquí presentamos antecedentes de investigaciones que permiten situarnos en un campo de problemas relativo a las políticas de cuidado, por lo que consideramos estudios que abordan la situación de los cuidados en nuestro país, las negociaciones que el diseño de este sistema conlleva y las particularidades propuestas para los grupos de población en los que se focaliza. A su vez, consideramos investigaciones sobre el dispositivo residencial para estas poblaciones, donde se plantean la diversidad de modelos en los llamados Programas Residenciales y algunos problemas concretos asociados a la convivencia. En este punto ubicamos la situación de estos dispositivos residenciales en nuestro país. Finalmente, en relación a estudios locales sobre las políticas públicas con objetivos de inclusión social tomamos aportes de una investigación sobre la producción de subjetividad desde la implementación de proyectos sociales. También entendimos necesario incluir en este capítulo algunas reflexiones acerca de mi implicación en la construcción del problema, a partir de una experiencia de trabajo profesional.

En el tercer capítulo abordamos las principales referencias teóricas que utilizamos. Partimos de la noción de *vínculo* desde la Psicología Social Rioplatense y Comunitaria, y sus relaciones con las elaboraciones acerca de la *producción de subjetividad*. En esta línea presentamos algunas conceptualizaciones sobre la noción de dispositivo. Luego, exploramos la noción de *exclusión social*, analizando sus implicancias desde un abordaje histórico y desde sus variadas significaciones, para posteriormente pensar la presencia de esta noción en las políticas sociales. Finalizamos este capítulo desarrollando una posición teórica sobre el *habitar*, como una herramienta conceptual que conjuga los sentidos y las prácticas cotidianas, que son productoras de subjetividad. El habitar se constituye genéricamente en nuestro objeto de estudio.

En el capítulo cuarto desarrollamos la estrategia metodológica, con las consideraciones éticas, las técnicas e instrumentos que utilizamos durante todo el proceso de investigación, y presentamos el mapa de las categorías teóricas construidas.

Ya en el quinto capítulo comenzamos con un análisis preliminar de resultados, analizando la muestra conformada para este estudio y el marco organizacional del mismo, introduciendo elementos de análisis del habitar cotidiano en este Centro. Continuamos en el sexto capítulo con el abordaje de los resultados y su discusión. Estos resultados los organizamos en cuatro grandes ejes que contienen los principales sentidos otorgados por los residentes al habitar en el Centro. Un primer eje refiere a la *dimensión histórica singular*, emergente desde las condiciones que incidieron en el ingreso al Centro, las trayectorias de afiliación y específicamente las vinculadas al sector salud. Otro eje sobre el *dispositivo*, donde éste es problematizado desde las dimensiones de lo público, con asociaciones vinculadas a la sociedad del espectáculo, el control y la represión propios de las lógicas de las Instituciones Totales, y las burocracias operantes. Un tercer eje sobre *la dimensión relacional*, da cuenta de los vínculos que los residentes construyen y sostienen, dentro y fuera del Centro; en este punto trabajamos los sentidos otorgados a las relaciones entre los residentes, con los técnicos y demás trabajadores del Centro, con quienes construyen cotidianamente una forma de habitar. También abordamos las relaciones que mantienen más allá del Centro, sus redes. El cuarto y último eje refiere a los proyectos, los sentidos vinculados al futuro y su asociación con el espacio habitable como aquel lugar para vivir.

Esta tesis finaliza con un capítulo de conclusiones y proyecciones donde reflexiono sobre los resultados obtenidos desde una posición propositiva. En este último capítulo se sintetizan las tres grandes dimensiones presentes en esta tesis: la dimensión política y organizacional, la dimensión relativa a los llamados procesos de inclusión social y la dimensión de lo colectivo desde el habitar.

1. Problema y objetivos

1.1. Área temática

El área temática de la investigación refiere a las políticas públicas y la producción de subjetividad. El interés en esta área surge de considerar el diseño y la implementación de políticas públicas relevantes, pues desde la definición de problemas se distribuyen recursos, se gestionan acciones que estructuran la vida cotidiana de las personas, generando dispositivos que ubican a los sujetos en diversos lugares simbólicos en nuestra sociedad. Las políticas son productoras de subjetividades (Foucault, 1988; Sandominsky, 2010) y en este sentido interpelan las construcciones sociales vinculadas a la exclusión social. En esta investigación priorizamos el estudio de los procesos subjetivos involucrados en la inclusión y exclusión social, así como también los procesos colectivos en el marco de dispositivos que implementan políticas públicas sociales. Consideramos la articulación del sector social con el sector salud en las políticas públicas de particular relevancia, atendiendo la posición hegemónica que históricamente han tenido las ciencias de la salud sobre el área social, definiendo éstas los marcos interpretativos e incidiendo en el diseño y la implementación de políticas sociales.

1.2. Dimensiones del problema

La temática tiene múltiples dimensiones donde confluyen junto a la psicología social, las ciencias políticas, el derecho, la medicina, la antropología, la ética y la filosofía. Nuestro interés radica en el estudio de la producción de subjetividad y los procesos de inclusión social. En este campo, son relevantes las institucionalidades operantes, los modos organizativos y las definiciones conceptuales que adquieren las políticas sociales, así como las nociones de inclusión social. Del mismo modo resulta relevante un análisis histórico de las definiciones de problemas sociales y los modos de abordaje, así como el estudio de los diversos dispositivos que se formulan desde las políticas sociales. Nos interesa particularmente, en este marco, centrarnos en los sentidos que se producen en la vida cotidiana. Por esta razón, de los diversos encuadres propuestos por las políticas sociales, el residencial como dispositivo resulta especialmente significativo. En el estudio de la vida cotidiana interesa particu-

lamente comprender los sentidos otorgados a los vínculos, las prácticas discursivas sobre las relaciones sociales y sobre las formas colectivas del habitar. También interesa considerar las relaciones con el espacio residencial donde se conjuga, desde el habitar, el espacio de la intimidad con el espacio público, y comprender los sentidos otorgados al mismo, en el marco de un dispositivo de política pública de cuidados. Se prioriza la dimensión vincular, con énfasis en los procesos de subjetivación, tomando como referencia las relaciones entre sujetos destinatarios de una misma política social en convivencia junto a los operadores de la política. Los procesos de inclusión social pueden pensarse desde múltiples dimensiones: económica, política, cultural, relacional, todas ellas en estrecha relación. En los aspectos relacionales centraremos nuestro estudio, sin obviar las otras dimensiones.

1.3. Definición del problema e interrogantes

El problema de investigación refiere el estudio de los habitares que se construyen en el marco de la implementación de políticas públicas con objetivos de inclusión social. La propuesta busca aportar a la generación de procesos inclusivos desde proyectos residenciales para personas adultas en situación de vulnerabilidad social, que requieren cuidados especiales. De esta forma, nos interrogamos sobre los procesos inclusivos en la implementación de políticas sociales que se articulan con el sector salud. Valoramos la producción de sentido de los sujetos destinatarios de las políticas sobre las relaciones sociales, a partir del carácter de los vínculos construidos en la cotidianidad de estas residencias. Para ello consideramos las prácticas discursivas (Spink, 2010), así como también las prácticas y sentidos que portan los campos disciplinares que operan en estos espacios. Consideramos el dinamismo de la vida cotidiana en cuanto a los sentidos que se construyen y a las interacciones entre residentes y entre residentes y operadores.

Las preguntas de investigación refieren a los sentidos que adquieren los habitares que se construyen en la implementación de políticas públicas sociales que se articulan con el sector salud. Específicamente nos preguntamos por los procesos que se generan desde el dispositivo residencial y por las vivencias de los residentes. ¿Puede esta experiencia considerarse una forma de habitar colectiva? ¿Qué sentido adquiere el habitar en estas residencias? Para ello nos interrogamos sobre ¿Cuáles son las características de los vínculos que los residentes construyen en estos espacios? y estos vínculos ¿favorecen procesos inclusivos? Valoramos el pensarse *con* otros, el sentir apoyo social y afectivo, así como el poder de generar reconocimiento desde la construcción de subjetividades autónomas.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Estudiar los habitares que se construyen en espacios residenciales que implementan políticas públicas de cuidados con objetivos de inclusión social para población adulta.

1.4.2. Objetivos Específicos

Identificar características de los vínculos que se construyen en la vida cotidiana de estos espacios residenciales.

Conocer los sentidos otorgados por los residentes a las relaciones establecidas entre ellos y con los operadores.

Analizar los vínculos y los sentidos construidos en la vida cotidiana de estos espacios, atendiendo las condiciones de posibilidad de procesos inclusivos.

Identificar, en este escenario, sentidos y prácticas que puedan promover procesos inclusivos.

2. Fundamentación y Antecedentes

2.1. Psicología y Políticas Públicas

2.1.1. Las políticas públicas y la psicología social comunitaria

Hace ya algunos años que las Políticas Públicas representan un campo importante de acción de los psicólogos y especialmente de los psicólogos y psicólogas sociales. La Psicología Social Comunitaria (PSC) ha desarrollado su cuerpo teórico, conceptualizando su campo de acción, ampliando la mirada a los fenómenos sociales y colectivos, desarrollando también un amplio espectro metodológico de intervención en lo social.

En nuestro país, la PSC comenzó a desarrollarse a finales de la década del '50, en actividades de extensión universitaria, con la dirección del Prof. Juan Carlos Carrasco, pionero en el trabajo con comunidades y en utilizar la expresión *psicología comunitaria*. Propuso una Psicología Crítica Alternativa (Carrasco, 2010), que se asentara sobre la realidad social y se ocupara de los problemas de las mayorías vulneradas en sus derechos fundamentales. Propone redefinir los conceptos en psicología, adecuándolos a los contextos donde éstos son aplicados, formulando una teoría en estrecha vinculación a la práctica, una praxis dialéctica e integradora. Estas primeras incursiones en el ámbito comunitario desde la extensión universitaria y desde la Psicología Crítica Alternativa se vieron interrumpidas por la dictadura cívico-militar que en 1973 intervino la Universidad de la República, clausurando la Licenciatura en Psicología que se impartía en la Facultad de Humanidades y Ciencias. A partir de la apertura democrática, esta línea de trabajo comenzó a tomar fuerza, sobretodo ligado al ámbito de la salud, en la implementación de estrategias de Atención Primaria en Salud (APS) (Giorgi, Rodríguez y Rudolf, 2011). Los psicólogos comenzaron a trabajar en policlínicas barriales y en proyectos sociales de base comunitaria, cada vez más en vinculación con las políticas públicas. Al comienzo en la implementación de proyectos y programas, en los últimos años, también en el diseño de los mismos (Rodríguez, 2006). Esto ha representado una producción conceptual propia que, en diálogo con otras disciplinas, aporta elementos novedosos a las políticas públicas. Este proceso se dio en toda Latinoamérica (Saforcada, et al 2007).

Alfaro y Zambrano (2009) plantean:

la Psicología Comunitaria tiene un claro y nítido espacio de contribución en las estrategias y también en el diseño de políticas sociales, en particular frente a las carencias en la integración de componentes participativos y de valoración de las dinámicas socio comunitarias (p.281).

La PSC introduce la mirada en los procesos subjetivos involucrados, los discursos y las connotaciones simbólicas que éstos conllevan (Rodríguez, 2006), así como también las dimensiones afectivas y ético-políticas de las situaciones vitales de los sujetos de la política (Sawaia, 1999). Por su parte, la PSC aporta un importante componente político desde su concepción misma por su carácter participativo y transformador, Montero (2004) se refiere a la dimensión política de la Psicología Social Comunitaria en cuanto:

Atañe al carácter y la finalidad del conocimiento producido, así como a su ámbito de aplicación y efectos sociales, esto es, al carácter político de la acción comunitaria y a la posibilidad que toda persona tiene de expresarse y hacer oír su voz en el espacio público (p.139).

Montero (2004) también plantea el aporte de la PSC en la diferenciación de dos modelos políticos: uno de corte paternalista, donde las políticas del Estado se definen *de arriba hacia abajo*, determinando el Estado las prioridades y necesidades de implementación de determinadas políticas para las comunidades; y otro participativo, donde son las comunidades las que definen sus prioridades, necesidades y formas de acción. La PSC se define, pues, por el rol activo de la comunidad, la participación de ésta como agente activo, con “voz, voto y veto” (Montero, 2004, p.31). Esta característica fundamental marca la diferencia de políticas e intervenciones puramente asistencialistas con las comunitarias. De este modo, plantea sobre la Psicología Social Comunitaria:

...tiene como centro el desarrollo de comunidades autogestoras para la solución de sus problemas; estudia para ello las relaciones de poder y de control sobre las circunstancias de vida, su efecto sobre procesos psicosociales y, en el ámbito latinoamericano -como también en ciertos centros de docencia, investigación y práctica en otros lugares del mundo-, se orienta hacia la intervención crítica para la transformación social, facilitando y fortaleciendo los procesos psicosociales que posibilitan el desarrollo de comunidades autogestoras para la solución de sus problemas. (Montero, 2004 p.35)

2.1.2. Políticas públicas en salud: la Salud comunitaria

La Salud Comunitaria representa un paradigma en Salud Pública que incorpora el paradigma de la Psicología Social Comunitaria. La misma se basa en la gestión de la Salud Positiva (Saforcada, De Lellis y Mozobancyk, 2010), un enfoque salubrista para la salud pública, donde ésta representa un campo de gran relevancia en cuanto a la vulnerabilidad económico, política y sociocultural de un país (Saforcada, 2011). Es un modelo centrado en la salud, en lugar de en la enfermedad. En este sentido, el accionar colectivo y comunitario, así como la educación, son factores sumamente importantes. Del mismo modo, este cambio de paradigma implica cambios en la formación de los profesionales de la salud. Todavía la formación profesional –principalmente en el campo de la salud- se centra en la enfermedad, es de carácter individualista, fragmentada y minimiza los factores sociales (De Lellis, 2010). El mercado de la enfermedad, con la sobre especialización ha acarreado más dificultades que soluciones:

Necesitamos despatologizar la medicina, la odontología y la psicología para poder desarrollar un paradigma centrado en una comprensión holística y sistémica del proceso de salud, necesitamos que se imponga un paradigma que lleve a gestionar salud positiva dado que seguir gestionando fundamentalmente enfermedad nos hace, por un lado, más vulnerables y, por otro, nos genera más enfermedad que la que se produciría naturalmente. (Saforcada, 2011, p.12)

En este sentido, las políticas públicas en salud, requieren cada vez más de los aportes de la Psicología Social Comunitaria en la implementación de un modelo de salud comunitario, participativo y promotor de salud. Desde la declaración de Alma-Ata, en el año 1978 (OMS, 1978), las políticas en salud se han dirigido a la salud promocional, el problema se suscita en contextos de políticas neoliberales, donde se ha deformado el modelo preventivo, tornándose demasiado prescriptivo en cuanto a los estilos de vida, reforzando la responsabilidad individual en el mantenimiento de la salud y desdibujando el papel del Estado (Spink, 2010). El derecho a la salud pasa a ser un deber de mantener la salud, donde se pierden las condicionantes culturales, sociales y económicas singulares, en una supuesta homogenización de las condiciones de vida. En este sentido, la perspectiva de la PSC introduce la complejidad que configuran los territorios socioculturales más diversos, la participación garantiza esto, el paradigma de la Salud Comunitaria refiere el trabajo en

conjunto de la población con los técnicos, pensando a los profesionales de la salud como colaboradores de la población en la determinación de problemas y soluciones.

2.2. La Psicología y lo Social en el campo de la Salud

2.2.1. Breve reflexión sobre los paradigmas

Las ciencias biomédicas, en su versión tradicional, tienen una fuerte impronta positivista que se posiciona hegemónicamente con respecto a las ciencias sociales. Esto tiene un correlato en la implementación de políticas en salud y en las prácticas institucionales, en los dispositivos y en los recursos humanos vinculados a la salud, por lo que nos exige una reflexión sobre los mismos que habilite una inclusión plena de los aportes de la psicología al campo de la salud.

La noción de paradigma propuesta por Kuhn (1971) puso de relevancia la existencia de una matriz disciplinaria, un conjunto de acuerdos tácitos en la ciencia que ha operado bastante para las ciencias básicas e incluso en las ciencias humanas y sociales. Sin embargo, la propuesta de *paradigmas* en cuanto al conocimiento, aparece como sistemas cerrados, donde existe cierta inconmensurabilidad con otros paradigmas. Además, se refiere a las ciencias humanas y sociales como ciencias *inmaduras* o *blandas* en relación a las ciencias *duras* o *maduras* de las ciencias básicas. Históricamente las ciencias humanas han intentado paradigmaticarse, buscando alcanzar el estatus de las ciencias naturales. Sin embargo la relación objeto-sujeto es radicalmente diferente en las ciencias humanas y sociales, lo que interpela la noción kuhniana de paradigma, por las restricciones que presenta para el abordaje de los fenómenos humanos. En este sentido, en lugar de pensar que las ciencias sociales están en una etapa pre-paradigmática o son inmaduras, podemos comprender que la noción de paradigma no aporta al desarrollo de éstas, sobre todo por su carácter cerrado, de sustrato fijo, que en el caso de las ciencias humanas lo cuestiona permanentemente. Esta es una problemática histórica cuyas raíces han sido identificadas desde diversos estudios epistemológicos (Álvarez Pedrosian, 2008), que encierra conflictos de poder que aún están presentes en los ámbitos científicos y profesionales, y el campo de la salud no es ajeno a estos devenires.

2.2.2. La Psicología de la Salud

Desde sus orígenes, la psicología tuvo una fuerte impronta del modelo médico, centrado en la enfermedad, en la clínica psicopatológica, atendiendo los trastornos de manifestación predominantemente mental, subordinado, en muchos casos, al médico psiquiatra quien se hacía cargo del tratamiento. El papel del psicólogo se centraba fundamentalmente en la realización de diagnósticos. En forma paulatina, ante la necesidad de comprender afecciones orgánicas que no se explicaban desde factores biológicos, comenzó a desarrollarse la psicósomática, que realizó importantes aportes sobre todo en el tratamiento de alergias o trastornos respiratorios como el asma. En este sentido se desarrolló también la llamada psicología médica y la medicina social, incorporando la psicología a la medicina, abordando por ejemplo la relación médico-paciente, ocupándose de informar procedimientos difíciles, entre otras tareas a la interna de los centros que pretendían facilitar el trabajo al equipo de salud. Con el propio desarrollo disciplinar, la psicología en el ámbito de la salud se ha visto en la necesidad de incorporar a su corpus de conocimiento la comprensión de los fenómenos sociales en la producción de subjetividades y comportamientos vinculados a la salud. La necesidad de dar solución a diversos problemas vinculados a la salud de las comunidades ha llevado a incorporar los aportes de la psicología social y comunitaria, ampliando el área de trabajo de los psicólogos. Es así que el eje de atención no se limita a la enfermedad, sino que se amplía a la salud. Como veíamos, la gestión de la salud positiva (Saforcada et al., 2010) comienza a tomar relevancia y con esto se gestan los aportes teóricos y metodológicos desde lo que se llamó en Argentina Psicología Sanitaria y en Cuba Psicología de la Salud. En el Río de la Plata y especialmente en Uruguay, el área de la salud, el sanitarismo y el enfoque de APS (OMS, 1978) han sido pilares en el surgimiento de la Psicología Social Comunitaria, caracterizándose por una fuerte influencia psicoanalítica que ha aportado un enfoque clínico. Estas vertientes otorgan una impronta particular a las producciones teóricas de la Psicología Social Comunitaria en la región. (Giorgi et al., 2011). A su vez, en el Río de la Plata, el espacio universitario ha sido desde entonces el principal campo de desarrollo, atendiendo los principios del papel de la universidad pública, así como también se ha caracterizado por su enfoque hacia los temas de salud colectiva basándose en los principios de APS.

...en el Río de la Plata, cuna de la Reforma Universitaria, el papel de la Educación Pública y, específicamente, el de la formación Universitaria ha sido decisivo en la definición del lugar de

los profesionales y académicos en relación a las problemáticas sociales(...) La dimensión del compromiso social que ha caracterizado a gran parte de la PC latinoamericana ha tenido también un papel central en ambos países, lo que se ha reflejado en que los aportes más reconocidos de la PC en el Río de la Plata hayan estado ligados al campo de la Salud Pública. Esto ha sido así, también debido a la adopción de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) en ambos países como la vía más eficaz para solucionar los problemas que plantea la salud colectiva. (Saforcada et al., 2007, p.22)

Desde estas premisas, la relevancia de los aspectos sociales y culturales, del lazo social, la calidad de los vínculos, la afiliación y el bienestar emocional, resultan claves en la implementación de una política de salud. Este proceso paulatino de incorporación de los aspectos psicológicos y sociales de los seres humanos, ha repercutido en políticas de salud muy efectivas (Morales Calatayud, 1997). Es necesario aclarar que este modelo de atención en salud está en proceso de desarrollo en nuestro territorio, donde opera todavía un modelo médico, biologicista, individual restrictivo y centrado en la enfermedad. Esta hegemonía es parte constitutiva del devenir de la psicología en el campo de la salud, por lo que es relevante tenerlo en cuenta a la hora de pensar en el desarrollo de una psicología que aporte al bienestar de las personas.

En este sentido, la experiencia cubana representa un ejemplo en cuanto a logros alcanzados en el campo de la salud, en estrecha relación al desarrollo de una psicología de la salud. Es importante destacar que esto fue posible gracias a un contexto de cambios sociales y políticos propicio, permitiendo trascender el modelo clínico tradicional (Morales Calatayud, 1997). Ese contexto favorable representó cambios sociales y en las lógicas de poder que repercutieron en la población y en los profesionales de la salud. La *accesibilidad cultural* implica que los prestadores de servicios de salud no se encuentren muy alejados socialmente de los usuarios, dando lugar a una comunicación más espontánea: “si el profesional no asume a la comunidad la comunidad no puede asumir al profesional” (Morales Calatayud, 1997, p.91). Estos aspectos resultan claves a la hora de pensar las condiciones necesarias para que se produzca un desarrollo efectivo de los aportes de la psicología de la salud en nuestro medio.

Los fenómenos sociales y culturales son de gran relevancia ya que es la propia población la que va a apropiarse de los dispositivos de salud, va a formular una demanda específica a los servicios y va a contar o no con las instituciones para ello. Por su parte, en lo que refiere a recursos humanos del área de la salud, también representa un mojón importante el quantum de cultura psicológica y social de éstos para que puedan comprender los fenómenos subjetivos y comportamentales de las personas con quienes trabajan, así como

el pensarse a sí mismos como trabajadores de la salud y sujetos sociales en una trama de relaciones complejas que pueden llegar a distorsionarse cuando no son pensadas.

En este sentido, en el caso cubano, desde un contexto de integración social positivo, tomó relevancia el trabajo docente y la formación en recursos humanos en salud, incorporando la psicología en la formación de técnicos de nivel medio y enfermeras, en el pregrado y en los posgrados de medicina. Esto ha repercutido directamente en los tres niveles de atención –primero, segundo y tercero-, en las instituciones y los equipos de los servicios, atendiendo la salud, el riesgo, la enfermedad y sus secuelas. De esta forma se ha priorizado la promoción del bienestar subjetivo, considerando los estilos de vida, la motivación para el cuidado de la salud, la detección de los factores psicológicos y sociales de riesgo y su modificación, la relación entre el sujeto y la enfermedad en cuanto a su estado, secuelas y rehabilitación, así como la calidad de atención en salud y los ambientes institucionales positivos.

Resumiendo, podemos sintetizar que la Psicología de la Salud aporta en los tres niveles de atención, con importantes desarrollos desde la docencia y la investigación, trabajando tanto con los profesionales como con la comunidad. El desafío está en el desarrollo interdisciplinario, en los vínculos con los demás profesionales de la salud y a la interna del propio cuerpo de psicólogos, así como de los servicios de salud con la población.

2.2.3. Integralidad y determinantes sociales de la salud

A nivel internacional, la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2009) propone tres principios de acción para reducir la inequidad en salud. En primer lugar busca mejorar las condiciones de vida, lo que implica atender las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece. También refiere a luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, considerando los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, tanto a nivel mundial, como nacional y local. Finalmente se propone medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública acerca de éstos.

En el estudio de las redes sociales, Sluzki (1996) pone en relevancia la relación entre pobreza en la red social y enfermedad o muerte, se apoya en investigaciones epidemiológicas que dan cuenta de una mayor mortalidad en los subgrupos con una red social menor,

con mayor énfasis en el género masculino que en el femenino, aludiendo a que este último presenta una mayor calidad en los vínculos, aunque sean pocos. También se ha evidenciado que los vínculos familiares y afectivos disminuyen el estrés, y la red social actúa como monitor de salud, activador de consultas y de regímenes saludables. Las relaciones sociales dan sentido a la vida. Por otra parte, la red social es afectada por la salud considerando que ante procesos de enfermedad, se disminuyen las interacciones sociales, se dificulta la reciprocidad para el cuidado de los otros, se produce efectos evitativos y de cansancio ante enfermedades crónicas, ya que éstas generan poca gratificación al no presentar mejoría. Esto repercute en los vínculos generando situaciones de aislamiento, debilitando las redes sociales.

Cabe destacar que son varios los trabajos donde se evidencia una fuerte interrelación entre los procesos de inclusión – exclusión social con la producción de salud de grupos vulnerables, atendiendo la necesidad de producir conocimiento en ésta línea (Agost Felip, Martín Alfonso, 2012; Estébanez, 2002; Santos Padrón, 2011). De igual modo se pone de relevancia la necesidad de producir conocimiento priorizando los enfoques interdisciplinarios e integrales.

Ver a la salud y su determinación como un producto social, significa estudiar a la población interconectada a la realidad social en que vive, a los diferenciales, desigualdades e inequidades en salud que se encuentran presentes en ese contexto y que se hacen visibles a partir de la caracterización de los determinantes de la salud y de las premisas para su estudio. No hay dudas del impacto que ejercen el ingreso y el nivel social, las redes de apoyo social, la escolaridad, la cultura y la organización de los servicios de salud sobre los niveles de salud de la población, basta observar los cambios que dejaron en el estado de salud de la población de la región los procesos de reforma sectorial basados en la privatización y mercantilización neoliberal, donde el incremento de la desigualdad y la exclusión de la sociedad son algunas de sus consecuencias. (Álvarez, García, Rodríguez & Bonet, 2007 pp.3-4)

En el campo de la salud y su relación con el campo social se han señalado cinco dimensiones para una perspectiva integral: la perspectiva económica, la social-comunitaria y comportamental, la antropológica-cultural, la política y la ética (OPS-REDET en Agost & Martín, 2012). Finalmente, cabe destacar que los logros y avances en materia de salud pública han ido de la mano del trabajo intersectorial y de la voluntad política para ello (Álvarez et al., 2007).

2.3. Antecedentes: sobre el escenario y el dispositivo residencial

Los antecedentes que identificamos como relevantes para nuestro estudio podemos discriminarlos en las áreas relativas a las políticas de cuidados, al dispositivo residencial y a la producción de subjetividad en el marco de proyectos sociales con objetivos de inclusión social.

En lo referente a las políticas de cuidado, tomamos en consideración estudios sobre la situación de los cuidados en Uruguay, especialmente en relación al género (Aguirre, y Batthyány, 2005), estudios surgidos de los grupos de trabajo sobre las necesidades de cuidados de sectores de la población como son las personas adultas mayores (Papadópulos y Falkin, 2011), y las personas con discapacidad (Bagnato, Da Cunha y Falero, 2011). También consideramos estudios sobre el diseño del Sistema de Cuidados en Uruguay, donde se abordan las vicisitudes del proceso de su construcción, desde nuestro contexto y con la participación de diversos actores sociales, lo que exigió la negociación de sentidos y la construcción de acuerdos para llegar a definiciones necesarias para operativizarlo (Aguirre y Ferrari, 2014).

Sobre el dispositivo residencial, es significativo que no se hallaron investigaciones sobre Centros de Recuperación o Centros Residenciales de Cuidados genéricos, es decir, de perfiles heterogéneos. Se produjo conocimiento sobre centros residenciales que refieren a sectores de la población bien definidos ya sea por el tipo de problema: discapacidad, trastorno mental, o grupos etarios como adultos mayores. En este sentido, considerando la población objetivo del SNIC, nos basamos en un estudio sobre las diversas concepciones del dispositivo residencial en el marco de Programas Residenciales para personas con Trastornos Mentales Severos (López et al., 2005) y en otro sobre la convivencia en centros residenciales para adultos mayores (Carbonell-Cutillas, y García-Longoria, 2012). Asimismo consideramos la sistematización de una experiencia de trabajo en un refugio para adultos mayores en situación de calle en nuestro medio, donde se abordan los procesos de inclusión social (Pérez, 2008).

Finalmente consideramos una investigación sobre la inclusión social y la producción de subjetividad en el marco de políticas sociales, la que nos aportó elementos para pensar estos procesos desde la implementación de proyectos sociales (Rodríguez et al., 2012).

2.3.1. Políticas de cuidados y el dispositivo residencial

En nuestro medio, las políticas de cuidado han tomado creciente relevancia, conformándose en mayo de 2010 un grupo de trabajo donde pensar un Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) a partir del cual se generaron espacios participación con varios actores sociales¹.

Este espacio fue adquiriendo formalmente poder de decisión en el diseño, conducción y planificación del sistema, determinando algunos compromisos como ser:

Fomentar cambios en la legislación para que mujeres y hombres puedan disfrutar de licencia para el cuidado de los/as hijos/as de manera igualitaria; aumentar y mejorar los servicios estatales de cuidado (niños/as, enfermos/as, discapacitados/as, ancianos/as); adecuar el funcionamiento de los servicios estatales a las necesidades de hombres y mujeres para una distribución equitativa de las responsabilidades familiares. (MIDES, 2014a, p.16)

El Sistema se piensa a partir del Plan de Equidad (CNPS, 2007) donde se reformuló la Matriz de Protección Social que comprende las políticas sociales universales y la Red de Asistencia e Integración Social que componen las políticas sociales focalizadas (MIDES, 2011a). El SNIC se fundamenta considerando principalmente la necesidad de implementar políticas sociales que impacten en la distribución del ingreso, la equidad entre géneros y generaciones, así como en los cambios poblacionales que implican las tasas de natalidad y envejecimiento, la división sexual del trabajo y el déficit de cuidados, así como el aumento de la tasa de actividad femenina y las condiciones equitativas de las mismas. Se define cuidado como “una función social que implica tanto la promoción de la autonomía personal como la atención y asistencia a las personas dependientes. Esta dependencia puede ser transitoria, permanente o crónica, o asociada al ciclo de vida de las personas”. (MIDES, 2011a, p.7)

Posteriormente se siguió trabajando en la definición de cuidado relativa al SNIC, determinando obstáculos y facilitadores percibidos por los actores participantes, así como las priorizaciones en la focalización o universalidad del sistema (Aguirre y Ferrari, 2014).

¹ Resolución Presidencial 863/010 creó el GT sobre el Sistema de Cuidados en el marco del Consejo Nacional de Políticas Sociales (CNPS: MIDES, MSP, MTSS, OPP, BPS, MEC, ASSE, INAU, INE y MEF)

Asimismo se diferenci6 su referencia exclusiva al cuidado de la poblaci6n dependiente, excluyendo el cuidado de la enfermedad y el cuidado del hogar. En este sentido, el Ministerio de Salud P6blica (MSP), en un documento de circulaci6n interna -citado por una publicaci6n del MIDES- especifica:

...”son cuidados en salud los vinculados al proceso de curaci6n, rehabilitaci6n o paliaci6n de la enfermedad” y “son cuidados provistos a personas en situaci6n de dependencia los vinculados al ciclo de vida y/o que son consecuencia de alteraciones patol6gicas”. “Los primeros son una responsabilidad esencial del sistema de salud y los segundos deber6n ser garantizados por el Sistema Nacional de Cuidados“(MSP, 2014). (MIDES, 2014a, p.11)

Finalmente, desde el SNC se van a discriminar las acciones de cuidado directo de las acciones de cuidado indirecto. El cuidado directo implica la ayuda a otras personas a realizar las actividades de la vida diaria, especificando: “bañarse, comer, movilizarse, etc.” (MIDES, 2014a, p. 12) y las acciones de cuidado indirecto se definen como aquellas m6s instrumentales, vinculadas al trabajo en el hogar como cocinar, lavar, limpiar. De esta forma, el cuidado se conceptualiza en tres niveles: cuidado en salud (acciones orientadas a los procesos de curaci6n, rehabilitaci6n, paliaci6n de alguna enfermedad), cuidado directo (para realizar acciones de la vida cotidiana de la persona) y cuidado indirecto (realizar acciones de la vida diaria del hogar donde vive la persona). El SNC se centra en las acciones de cuidado directo, sin desconocer la interrelaci6n con el cuidado indirecto, y especificando que los cuidados en salud corresponden al sistema de salud.

La poblaci6n objetivo del SNIC abarca tres grandes grupos: los niñ6s y las niñ6s de 0 a 12 añ6s, priorizando la poblaci6n de 0 a 3 añ6s; las personas con discapacidad y los adultos mayores en situaci6n de dependencia, as6 como tambi6n las cuidadoras o cuidadores sean remunerados o no. Considerando el criterio de universalidad, el sistema pretende llegar a todas las personas que pertenecen a estas poblaciones, sin embargo, en un principio el sistema se propone focalizar en la poblaci6n m6s vulnerable. Esta pol6tica de cuidado busca paliar las desigualdades sociales y de g6nero, vinculadas a la divisi6n sexual del trabajo, as6 como promover la redistribuci6n de las tareas de cuidado en el hogar y la familia. En este sentido, las cuidadoras y cuidadores son objeto del SNC, pens6ndose acciones concretas para 6stos, en sus distintos 6mbitos formales o informales.

En el diseño del sistema se propone una “nueva sectorialidad” (MIDES, 2014a, p. 14) que se complementa con el sistema de salud, el sistema educativo y de seguridad social. Proponiendo como principios orientadores: el enfoque universal, no discriminatorio, la calidad del servicio, la promoci6n de la corresponsabilidad, la descentralizaci6n territorial, y la

capacitación de los agentes del sistema, así como su integración para superar la fragmentación actual de prestaciones y servicios.

En Uruguay la demanda de cuidados es creciente. A nivel general es en promedio un 40% superior a la población proyectada para 2020. Si analizamos estas proyecciones, la demanda de cuidados hacia la población adulta, de entre 20 y 64 años -el sector de la población que se ocupa generalmente del cuidado del resto de la población-, se ubica en el 250%, es decir, que cada adulto deberá cuidar promedialmente a 2.5 personas (Aguirre y Batthyány, 2005).

A partir de diversos relevamientos se ha evidenciado la insuficiencia de servicios y prestaciones para población en situación de dependencia. En lo referente a la población objetivo del SNC y las prestaciones de cuidados actuales se constata que en la población adulta mayor y la población con discapacidad en situación de dependencia, si bien ésta representa una proporción minoritaria de la población, gran parte de estos adultos mayores en situación de dependencia viven solos, y una proporción significativa de niños y jóvenes con limitaciones moderadas y severas viven en hogares mono-parentales, indicando fragilidad en las redes de contención y apoyo a nivel familiar. Por su parte, hay necesidad de regular servicios como el de compañía en sanatorio y domicilio, y de ampliar y adecuar los programas que se han comenzado a implementar en materia de cuidados, así como avanzar en las regulaciones y prestaciones para los cuidadores (tanto en la formación como en la regulación laboral). Se hace necesaria la formación de cuidadores ya que se ha relevado que, mayoritariamente quienes hoy atienden a adultos en situación de dependencia no cuentan con formación específica. Se piensa en fortalecer el carácter social del cuidado, desde una perspectiva de derechos que incluya un enfoque de género, superando un enfoque reduccionista.

Actualmente, la formación en cuidados para esta población (adultos mayores en situación de dependencia) tiene un enfoque principalmente sanitarista, excluyendo de la formación aspectos relacionados al enfoque social del cuidado vinculado, desde una perspectiva de derechos, al apoyo en las actividades de la vida diaria y la promoción de la autonomía de las personas dependientes. (MIDES, 2014a, p. 68)

El SNIC se propone una atención integral, desde una perspectiva de derechos, valorando para ello la coordinación entre diferentes actores, donde se incluye la formación de cuidadores, la regulación de los servicios que se prestan a nivel privado y la construcción de centros de cuidado. Los dispositivos residenciales aparecen como propuesta en el sistema, principalmente en relación a la población más dependiente y donde se ven afectadas las redes sociales (Bagnato, Da Cunha y Falero, 2011; Papadópolos y Falkin, 2011). En la última propuesta (MIDES, 2014a) se propone la creación de hogares de larga

estadía (HLE) regionales: se plantea la incorporación de 2 centros regionales de larga estadía públicos en el interior del país y para 50 usuarios cada uno. Se propone este servicio para adultos mayores con dependencia severa y en situación de vulnerabilidad social. Ambos centros se construirán en los primeros años de funcionamiento del SNIC.

En nuestro medio, el dispositivo residencial se ha utilizado principalmente, en el sector privado, en la atención a personas con trastornos mentales y en la atención a adultos mayores dependientes, y en el sector público, en la atención a niños y niñas sin contención familiar. En los últimos años, principalmente desde el sector público social, también se han desarrollado albergues para personas en situación de calle, algunos de ellos de carácter residencial -llamados Refugios 24 horas-, hogares Medio Camino, Casas Asistidas y Centros de Recuperación. Éstos se caracterizan por brindar alojamiento transitorio a personas que se consideran vulnerables o en situación de vulnerabilidad.

Las experiencias actuales en materia de residenciales de cuidado se hallan vinculadas a los sectores salud y social, principalmente desde el trabajo con personas dependientes -por discapacidades psíquicas y/o físicas- que se encuentran en situación de vulnerabilidad social -por situación de pobreza económica y/o debilidad de redes sociales-, exigiendo una articulación de estos sectores. Esta articulación de sectores ha configurado un espacio complejo (Spink, 2010a) y poco investigado en nuestro país, relevante en el diseño e implementación del SNC, específicamente en la construcción de una nueva sectorialidad.

Otro de los desafíos que enfrenta el SNC es el administrar la interinstitucionalidad que implica. En este sentido, existen dos cuestiones fundamentales a ser trabajadas: por un lado, establecer qué servicios deben ser brindados por los prestadores de cuidados saliendo de la órbita de la salud, en el entendido de que la atención a la vida diaria de las personas dependientes requiere de una mirada social que hasta el momento ha estado ausente; y, por otro lado, hay un desafío de articulación necesaria de los diferentes organismos involucrados para mantener la visión sistémica a la que aspira el SNC. (MIDES, 2014a, p.114)

En nuestro medio, las residencias destinadas a personas con trastornos mentales severos (TMS) surgen a partir de la reforma psiquiátrica con la llamada psiquiatría comunitaria, donde comenzó un importante proceso de desinstitucionalización que se consolida, en gran medida, con la declaración de Alma Ata en 1978. En Uruguay recién en 1986 con la formulación del Programa Nacional de Salud Mental comienza a expresarse la intención de transformar un modelo de atención en salud mental asilar así como de generar estrategias comunitarias con objetivos de reinserción y rehabilitación (Bentura y Mitjavilla, 2012; Del Castillo, Dogmanas, y Villar, 2011). Los primeros dispositivos residenciales para

personas con TMS en Uruguay de carácter público exclusivamente surgen en 2007 con la implementación de dos Casas Asistidas en Montevideo. Las mismas son producto de la articulación de políticas de salud desde la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), con la Unidad Coordinadora de Egreso Asistido (UCEA) del Hospital Vilardebó (Hospital psiquiátrico de referencia de agudos), y políticas de inclusión social desde el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), con el Programa de Atención a Personas en Situación de Calle (PASC). Este tipo de residencia, que se focaliza en personas con TMS en situación de pobreza y sin redes sociales contenedoras -por lo que la situación de calle es inminente-, se encuentra en expansión, abriéndose recientemente una nueva Casa Asistida en la ciudad de Minas (Lavalleja) y otra en Treinta y Tres.

Este formato es utilizado también en varios países donde se han realizado numerosos estudios al respecto, nos basamos en una investigación realizada en Andalucía (España) sobre los dispositivos residenciales en Salud Mental (López et al., 2005). Esta investigación aporta elementos para pensar el dispositivo en sus múltiples variantes, describe cómo se ha pasado de los objetivos más tradicionales de brindar alojamiento a los objetivos que refieren a la reinserción social. También enuncia las variadas situaciones en cuanto a los destinatarios, considerando el mayor o menor grado de dependencia, la característica de los vínculos familiares, entre otras, lo que ha conducido a diferentes abordajes dentro del dispositivo residencial. Este estudio presenta un panorama amplio acerca de las residencias para personas con TMS, centrándose en la experiencia Española. En este contexto y en los últimos años comienza a hablarse genéricamente de *Programas Residenciales* destacando los componentes intersectoriales que caracterizan al dispositivo residencial, donde la rehabilitación y la integración social se conjugan y tensionan conceptualmente a un dispositivo que ha adoptado múltiples nomenclaturas y formatos, pero que sin lugar a dudas denota una importante extensión y evolución. En este sentido López y Laviana (2012) resumen:

Los programas residenciales son un componente indispensable en una red intersectorial de servicios comunitarios para personas con trastornos mentales graves, organizándose habitualmente fuera del sistema sanitario, pero estrechamente conectados con él. Aunque la diversidad es la norma, en función de variables locales diversas, hay una serie de rasgos generales comunes en relación con la estructura y los principios de funcionamiento. Se trata básicamente de apoyar la vida en la comunidad mediante la atención en el propio domicilio o en alojamientos con distinto nivel de supervisión y soporte, sobre la base de planes individuales de atención coordinados con los profesionales sanitarios. Con el objetivo de favorecer procesos de recuperación y contrarrestando las tendencias de exclusión social e institucionalismo que siguen estando presentes en nuestras sociedades (p. 454).

No contamos, en este sentido, con estudios acerca del dispositivo residencial en el ámbito de la salud mental en nuestro país. Si bien existen algunos trabajos que abordan los dispositivos de rehabilitación psicosocial en general (Del Castillo et al., 2011), el dispositivo residencial por sí mismo no ha sido abordado en investigaciones de nuestro medio.

Sobre las residencias para adultos mayores y considerando los efectos del dispositivo en los residentes, valoramos un estudio realizado en Murcia (España) (Carbonell-Cutillas y García-Longoria, 2012). El mismo aborda las relaciones interpersonales y los conflictos en los centros residenciales para adultos mayores. Los resultados obtenidos por este estudio indican que las relaciones interpersonales entre los adultos que conviven en estos espacios son limitadas y frecuentemente conflictivas, generando situaciones de aislamiento y apatía que no favorecen la integración. El estudio destaca la importancia de la formación de los operadores en la gestión de los conflictos y en la comunicación en la vida cotidiana.

En nuestro medio, considerando el dispositivo residencial desde políticas públicas del sector social, el trabajo de Robert Pérez (2008) sobre los procesos inclusivos de adultos mayores en situación de calle, nos aporta algunos elementos significativos desde la implementación de una propuesta de refugio para adultos mayores en Montevideo. Este trabajo destaca las líneas de acción estratégicas de apoyo psicoafectivo, apoyo social, desarrollo de procesos creativos, así como la valoración de los procesos de socialización y autonomía.

Estos estudios, como antecedentes, comprenden parte de la población objetivo del SNIC, adultos mayores y personas con discapacidad, en ambos casos en situación de dependencia y vulnerabilidad social, ya sea por carencias económicas como por debilidad en las redes sociales. Sin embargo, en nuestro medio, este tipo de dispositivos, desde una política pública social, aún resulta novedoso, por lo que se torna necesario comenzar a producir conocimiento sobre estas residencias, centros donde conviven personas dependientes de cuidados, en la implementación de políticas públicas.

2.3.2. Políticas hacia la Inclusión social

Si analizamos los componentes de la Matriz de Protección Social (MIDES, 2011) la misma caracteriza al conjunto de habitantes del país en tres niveles: (1) el indigente y el vulnerable a la indigencia, ambos se incluyen dentro de lo que sería (2) la situación de pobreza y la vulnerabilidad a la pobreza, las que se incluyen dentro de (3) la población general del país. Por su parte, para estos tres niveles se establecen propósitos: para el nivel que comprende la indigencia y la vulnerabilidad a la indigencia se propone la inclusión, para

el nivel de pobreza y vulnerabilidad a la pobreza se propone la integración, y para el conjunto de la población no comprendida en los niveles anteriores, la Matriz de Protección Social se propone la igualdad.

Por su parte, algunos de los dispositivos residenciales que atienden a población en situación de especial vulneración y que además se encuentran en un nivel de indigencia o vulnerabilidad a la misma, actualmente se encuentran en el Programa de Atención a Personas en Situación de Calle (PASC) -antes Programa de Atención a los Sin Techo-. En este programa se desarrollan las llamadas Casas Asistidas para personas con Trastornos Mentales Graves, y las Casas de Recuperación para personas dependientes que requieren cuidados, incluidos adultos mayores (Rovira, 2012). Considerando una primera instancia de focalización del SNIC en población vulnerable, su vinculación con la Red de Asistencia e Integración social (MIDES, 2011), y los objetivos de inclusión social con población en situación de indigencia o vulnerable a la misma de los centros residenciales que comenzaron a implementarse desde el PASC, este escenario es particularmente relevante para nuestro problema de investigación.

A nivel de las políticas públicas, la inclusión social aparece dirigida a sectores que se consideran *excluidos*, un colectivo producto de un proceso de pauperización que ha establecido una situación que se percibe duradera. Como ya se hizo referencia, en Uruguay desde la Matriz de Protección Social, los objetivos de inclusión se dirigen a la población en estado de indigencia o vulnerable a la misma (MIDES, 2011), considerando principalmente factores económicos. Sin embargo, la identificación de colectivos de excluidos, destinatarios de políticas sociales asistenciales, va mas allá de lo económico, afectando aspectos identitarios. El pensar en los sujetos de la política implica considerar las nominaciones y su lugar simbólico en la trama social, lugar que lo constituye socialmente. Es en este sentido que consideramos los aportes de la investigación *Inclusión Social y Subjetividad* (Rodríguez et al., 2012). La misma pone de relevancia el significado que los sujetos destinatarios de las PPSS dan a las mismas, la producción de sentido sobre la inclusión, así como la importancia del vínculo entre operadores y usuarios en los proyectos de inclusión social, donde éste es clave en la generación de procesos subjetivos inclusivos. La personalización y la personificación en el vínculo (Rodríguez et al, 2012) así como la dimensión colectiva que implica la política pública social resultan analizadores valiosos de la construcción de sujetos sociales.

Sintetizando podemos afirmar que los habitares que se producen en dispositivos residenciales que articulan el sector salud con el sector social no han sido estudiados en nuestro medio, y los procesos vinculados a la inclusión social en estos sectores han tenido

escaso desarrollo. En este sentido resulta un desafío la gestión de espacios que articulan políticas de salud pública con políticas sociales, generando muchas veces tensiones entre los servicios y competencias de los sectores involucrados. Es así que podemos identificar la coexistencia de lógicas de funcionamiento diferentes, que dan cuenta de modelos de referencia disímiles, aspecto que es necesario tener en cuenta en el estudio de las políticas públicas de cuidado.

2.3.3. Las Casas Asistidas y los Centros de Recuperación

A mediados del año 2007, en nuestro medio comenzó a implementarse un Programa de Casas Asistidas, una política pública a cargo de la Dirección Nacional de Asistencia Crítica e Inclusión Social del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) en coordinación con la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). El diseño articula políticas de salud pública con políticas de inclusión social. En este programa se abrieron inicialmente tres Casas Asistidas, dos de ellas alojan entre 8 y 12 personas con trastornos mentales severos egresadas del Hospital Psiquiátrico Vilardebó. La otra Casa Asistida, que comenzó a funcionar a mediados del año 2008, consiste en un Centro de grandes dimensiones –con capacidad para varias decenas de personas-, que surge de un convenio entre MIDES, MSP, ASSE, BPS, ONAJPU, ANTEL e INDA, con la misión de prestar cobertura a personas con alta hospitalaria de los servicios públicos de salud, que al momento de ésta necesitan un período de recuperación o cuidados especiales por un tiempo acotado y no cuentan con soporte familiar y social para la adecuada rehabilitación. En una presentación de este dispositivo se plantea:

Las casas asistidas son alojamientos transitorios para personas en situación de vulnerabilidad donde se conjugan problemas sanitarios y sociales. - Los beneficiarios son usuarios de los Servicios de Salud del Estado que se encuentran en situación de extrema vulnerabilidad biopsicosocial y no cuentan con acceso a los cuidados necesarios en domicilio, por carecer del mismo o por no tener familia contenedora. (Domínguez, 2010)

Este Centro mayor se diseñó principalmente para personas que al recibir el alta de hospitales generales, necesitan cuidados, pero que no poseen una residencia adecuada o redes familiares que los contenga. En un principio se pensó que el Centro oficie como un espacio sustituto de los hogares de las personas, por lo que se incluyó dentro del Programa de Casas Asistidas. Los ingresos son derivados por los médicos (MSP - ASSE) y por trabajadores sociales. El perfil se define por personas adultas, de ambos sexos, con alta hospitalaria y/o indicación médica de reposo o cuidados de enfermería que se encuentran en situa-

ción de vulnerabilidad social. También se ha pensado en brindar alojamiento a madres con sus hijos ante nacimientos prematuros, de bajo peso o con alguna patología y que necesitan de rehabilitación, aunque en la actualidad estos ingresos son excepcionales. La solicitud de ingreso es evaluada por el equipo técnico de la Casa integrado por médicas, psicólogas, enfermeras y trabajadoras sociales. ASSE es responsable del seguimiento de los usuarios desde el punto de vista médico y proporciona medicamentos y los tratamientos que requieran los usuarios. El MIDES se hace cargo de la gestión del Centro, de los insumos, el equipamiento y mantenimiento, y proporciona acompañantes -que son capacitadas por el MSP- y un equipo técnico (MIDES, 2009).

A partir de diversas reestructuras institucionales, en el año 2011 el Programa de Casas Asistidas se ubica dentro del Área Salud del Programa de Atención a Personas en Situación de Calle (PASC), y la Casa Asistida de mayores dimensiones pasó a denominarse Centro de Recuperación, focalizando en esto sus objetivos y discriminándose de las otras dos Casas Asistidas, más pequeñas, del mismo programa pero que alojan exclusivamente a personas con TMS derivadas por la Unidad de Egreso Asistido del Hospital Vilardebó. A diferencia del Centro de Recuperación, las Casas Asistidas implican una estadía más prolongada, asociadas a la elaboración de estrategias de inclusión que implican la reconstrucción de vínculos familiares y de inserción laboral, así como el sostén de estas estrategias para concretar otras soluciones habitacionales. Esto puede implicar estadías de varios años en estas casas.

Las personas que se alojan en el Centro de Recuperación ingresan con un objetivo ligado a la recuperación de una afección orgánica, aunque también se interviene en el acceso a recursos y beneficios sociales tendientes a la inclusión, se prevé un alojamiento acotado a unos meses. Previo al ingreso, técnicos del Centro realizan una entrevista donde acuerdan con el usuario las condiciones generales de su estadía. Al momento del ingreso los residentes firman un contrato de acuerdo para con el tratamiento y aceptación de normas internas del Centro. En este Centro residen aproximadamente cincuenta personas y trabajan casi un centenar.

2.4. Implicación en la elección del tema

El interés en esta línea de trabajo emerge de la articulación de mi experiencia profesional vinculada a las Casas Asistidas y a este Centro de Recuperación, en el marco del PASC en el MIDES² y mi actividad docente en el Programa de Psicología Social Comunitaria del Instituto de Psicología Social de la Universidad de la República³. En ambos espacios las políticas sociales adquieren relevancia, priorizando los aspectos subjetivos de la inclusión social. El interés por el estudio de los procesos de inclusión social y las elaboraciones acerca de la producción de subjetividad, vinculadas al dispositivo residencial, surge de esta experiencia profesional. Trabajando desde mi campo disciplinar y en diálogo con otras disciplinas, la dimensión vincular tomó relevancia en la tarea diaria en esta casa. La vida cotidiana se torna protagonista, con sus rutinas, hábitos y habituaciones. También emergen problemas asociados a la exclusión social, como estigmas vinculados a la pobreza, a las discapacidades y a los ciclos vitales; el desempleo crónico o el trabajo informal, así como también dificultades en el acceso a los servicios sociales y de salud, la escasa red social y frecuentes problemas en materia de vivienda. En esta trama de categorizaciones emerge la pregunta por el sujeto en singular y en colectivo.

Relativo al escenario de la política pública: la experiencia de trabajo en un Centro, puertas adentro de una organización, también resultó inquietante, pues provenía del trabajo en territorios comunitarios, en escenarios barriales, de fronteras difusas, con dinámicas bien diferentes. A su vez, las tensiones referidas a los sectores y a los campos disciplinares del sector salud y el sector social, muchas veces fueron protagonistas, en las reuniones de equipo, en los problemas planteados, así como también en las intervenciones propuestas y los vínculos establecidos.

La vuelta a este escenario desde otro lugar, ahora como investigadora, me ha permitido sumergirme en cuestiones que me interpelaban en el ejercicio profesional, sobre todo en lo relativo a mis vivencias y la de las personas con las que trabajaba, así como también estudiar procesos similares, en otros contextos y problematizar algunas nociones presentes. También resulta interesante constatar el carácter dinámico del dispositivo, que ha ido mutando sutil y constantemente desde sus inicios, y los sentidos que esto adquiere. Mucho del relato histórico sobre el dispositivo en cuestión se orientó a partir de esta experiencia como trabajadora. En este sentido, y aludiendo estos puntos a propósito de mi implicación en esta investigación, explico que la experiencia como trabajadora en este Centro, integra todo el proceso investigativo y fue re-significado desde esta experiencia.

² Desde enero de 2009 a enero de 2013.

³ Desde junio de 2009.

3. Referencias teóricas

3.1. Vínculo y producción de subjetividad

3.1.1. El vínculo en Psicología Social

El sujeto, desde la psicología social rioplatense, es concebido como sujeto social, producto y productor de una trama vincular. No se concibe el sujeto aislado, sino inserto en estructuras vinculares que lo ligan indefectiblemente a los otros. El sujeto emerge inserto en un tejido social que lo ubica en diversas tramas de lo grupal, lo institucional y lo comunitario. “El vínculo es siempre un vínculo social, aunque sea con una persona; a través de la relación con esa persona se repite una historia de vínculos determinados en un tiempo y en espacios determinados” (Pichon - Riviére, 1985 p.47).

La teoría propuesta por Pichon - Riviére (1985) alude a un sujeto que se construye en el interjuego entre necesidades y su satisfacción en el contexto. Este contexto es el que va configurando las significaciones que adquieren las personas y los objetos. La cotidianidad representa el espacio y tiempo donde esto se manifiesta. Se configura así su “mundo interno” a partir de la internalización con las estructuras vinculares que lo rodean. Esto incluye la asunción de roles y modalidades de interacción en la trama. Esta construcción, necesita un reconocimiento intersubjetivo que implica que el rol asumido se vea ajustado al rol adjudicado por el contexto. De aquí que algunos autores hablen de “carácter social” aludiendo a los rasgos psicológicos comunes de colectivos humanos que comparten un mismo contexto social, cultural y económico (Giorgi, 1990). En la dialéctica sujeto –contexto es que se configura el sujeto, la comunicación y el aprendizaje representan así nociones claves en el análisis de esta construcción, que se profundiza desde una perspectiva histórica. Al incluir la variable temporal, las cosas no *son*, sino que *devienen* en las interacciones. El sujeto emerge así como una producción social - histórica. No se trata de un sujeto pasivo, sino de uno que es capaz de convenir y producir nuevos imaginarios comunes. Hay un hacer que involucra al sujeto en el devenir colectivo. Entonces, el sujeto es construido y es constructor:

Lo único natural en el sujeto complejo es la conciencia de ser a la vez natural y artificial: el sujeto complejo se ve a sí mismo construir el mundo, (...) Construido en su intercambio social, ya que solo adviene sujeto en la cultura, en la red relacional de la que forma parte, ligado al imaginario social compartido. (Najmanovich, 2002 p.69)

La hipótesis de la identidad dinámica (Najmanovich, 2002) se basa en la interacción de las partes con el todo, desde donde adquieren sentido. Podemos pensar así las identidades como constructos que emergen de las tramas vinculares que le dan sentido. El pensar en movimiento es clave en este horizonte epistemológico. El devenir, el proceso, los acontecimientos, constituyen las configuraciones que brindan corporeidad al sujeto. La no esencialidad del sujeto radica en este devenir, aunque muchas veces realicemos síntesis que generen una ficción de esencialidad (Álvarez Pedrosian, 2011 p.278).

La teoría del vínculo (Pichon Rivière, 1985) desarrollada principalmente en la segunda mitad del SXX en el Río de la Plata ha implicado un pasaje de una psicología individual a una psicología social, de la mano del psicoanálisis. Pichón Rivière trabajó con Mary Langer, ambos fundadores de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), que, junto a Rodrigué, Bauleo, Pavlovsky y Kesselman, entre otros, en la década de los '70 decidieron alejarse de esta asociación por problemas políticos - ideológicos. Principalmente cuestionaron fuertemente el carácter elitista y dogmático de la asociación y su capacidad para dar respuesta a los problemas sociales.

El supuesto ideológico implícito en la problemática psicoanalista es la ilusión metafísica de la "naturaleza humana", esencia inmodificable. La peligrosidad del supuesto reside en su carácter ocultante de la determinación por la estructura socio-económica de hechos como la guerra, la violencia, la dominación, la propiedad privada, el autoritarismo, etc....

...La consecuencia, más o menos explícita, es que frente a la escasa variabilidad de los modelos biológicos tomados como determinantes, se extraen conclusiones acerca de la inmodificabilidad de las relaciones sociales. (Pichón Rivière & P. de Quiroga, 2003 p.3)

En ese entonces se crearon los Grupos Plataforma y Documento como espacios de cuestionamiento, a la vez que herramienta política en un momento social e histórico de profundas crisis sociales e institucionales (Blanco Latierro, 2013). Las décadas de los años 60 y 70 representaron momentos de auge de las luchas populares y reivindicaciones sociales, fuertemente reprimidas por las instituciones del estado.

El materialismo histórico resultó clave en el desarrollo de las conceptualizaciones de esta Psicología Social. De estos nexos surge la noción de un sujeto que se concibe como producción social e histórica, se conceptualiza al hombre como ser en situación, y contempla las condiciones concretas de existencia. La lógica dialéctica, las nociones de producción,

el valor constitutivo de la historia y el contexto pasan a ser claves en la teoría Pichoniana. Los planos políticos – sociales – históricos, así como la crítica para la transformación, son elementos fuertemente presentes en estas producciones que se sustentan en una lógica y una ontología dialéctica. En *La Teoría del Vínculo* Pichón Rivière (1985) concibe al hombre como resultante de una relación dialéctica entre sujeto y mundo externo, se refiere también a *necesidades* y mundo externo, el que es determinante de las condiciones para la satisfacción de esas necesidades y del marco de posibilidades de desarrollo. Dice: “*Para nosotros el individuo humano es un ser de necesidades que sólo se satisfacen socialmente, en relaciones que lo determinan*” (Zito Lema, 1976 p.107). Dirá también “*El hombre es una construcción histórico-social resultante de una praxis*”. (Pichón-Rivière & P. de Quiroga, 2003 p.3)

De aquí surge la noción de *vínculo* que es relevante para nuestro estudio. El vínculo es constitutivo del ser humano, éste constituye la estructura simbólica que lo sostiene en el mundo de lo humano. El sujeto es uno y es múltiple ya que su estructura es vincular, un ser entramado en el tejido social. No toda relación humana representa un vínculo. Si la estructura simbólica, representada por la ligadura a significantes del propio sujeto, se ve afectada, modificada por la relación, configura entonces un vínculo. Para que haya vínculo tiene que haber afectación mutua. De esta noción de base de la Psicología Social surgen vastos desarrollos conceptuales.

Para Pichón Rivière el sujeto siempre es *sujeto en situación*, y va a ser su situación contextual, social e histórica. lo que va a determinar sus formas de pensar, sentir y hacer, su ECRO. Las conceptualizaciones sobre la comunicación y el aprendizaje, así como su propuesta de una psicología social como herramienta para una crítica de la vida cotidiana, son valiosos aportes para la comprensión de las relaciones sociales, lo que permite también la creación de nuevas prácticas y sentidos.

En la Psicología Social Comunitaria el contexto, llamado también el ambiente, en la relación con los sujetos, constituye un elemento central. No obstante, aparecen matices diferenciales en los desarrollos en EEUU y en Latinoamérica, donde, en el caso de los EEUU, únicamente el ambiente cercano es valorado como el contexto, mientras que en Latinoamérica toma relevancia también el contexto macro estructural (Lapalma, 2001; Montero, 1994). En común encontramos la noción de una psicología social que halla en la vida cotidiana las claves para la producción de conocimiento.

Nociones provenientes de la fenomenología, de la etnometodología, comienzan a plantear una perspectiva diferente que enfatiza la necesidad de estudiar la vida cotidiana de las personas, puesto que es en ella donde se da sentido a su entorno. Y a la vez, las propias condi-

ciones sociales exigían respuestas más eficientes, económicas y expeditas a esas ciencias, entre ellas la psicología, que si bien no fue la primera en responder, si ha sido una de las más impactantes en su respuesta, una vez que ésta comenzó a estructurarse. (Montero, 1994, p.20)

Estos enfoques ecológicos tienen en común la producción de conocimientos para operar en el ambiente con los sujetos, donde el sujeto es un activo constructor, trabajando en la relación con su entorno. Implica un enfoque crítico que estudia la construcción de la realidad a través de los significados que se le atribuyen. El sujeto aparece como actor capaz de reflexionar críticamente y producir conocimiento que incide sobre la realidad en un proceso de transformación mutua. Montero (2004) se refiere al Paradigma de la Construcción y la Transformación Crítica en Psicología Comunitaria, donde se refiere a la relación entre los psicólogos comunitarios con los actores sociales como un aspecto central con su correlato a nivel ético y metodológico.

3.1.2. Desde el vínculo hacia la producción de subjetividad

Estos planteos sobre la dimensión vincular y contextual o ambiental, se manifiestan simultáneamente a los aportes del pensamiento complejo (Morin, 1990) y algunas corrientes del llamado pensamiento pos-estructuralista en Europa. Se distancia de un pensamiento moderno donde se priorizó *una episteme de lo uno* que reconoció al ser humano como individuo – indivisible, en la segunda mitad del SXX y asume un paradigma complejo –que en Pichón Riviere se puede asociar a un paradigma convergente-, comienza a tomar fuerza una corriente de carácter transdisciplinaria, que intentó superar la dicotomía del individuo – sociedad. La dimensión vincular porta elementos dialécticos propios de esta antinomia, intentando unir, desde el vínculo, aquello que fue separado (Bozzolo, 1999).

Los aportes del marxismo que fueron retomados por la psicología social rioplatense y comunitaria, introduciendo la dimensión temporal, aparecen en el campo de la subjetividad incorporando la noción de *proceso* y de *producción*. Los hombres son producidos desde determinantes históricos y esta cualidad también implica la capacidad de transformación. En concordancia a esto, en Europa el pos-estructuralismo puso en movimiento las categorías rígidas propias de los sistemas cerrados como son los paradigmas científicos (Khun, 1971). Integrando los aportes del psicoanálisis, el *ser* que había pasado a ser *sujeto* –desde el vínculo-, comienza a *subjetivarse*. Este movimiento habilitó que comencemos a pensar la subjetividad como un *campo de problemas* (Fernández, 1996) de carácter netamente trans-

disciplinario; un nivel más asequible como lo son los *programas de investigación* (Lakatos, 1993) en lugar de en *paradigmas* que son inconmensurables unos con otros (Kuhn, 1971). Es desde esta visión que alineamos la noción de vínculo con las elaboraciones que hablan de producción de subjetividad o procesos de subjetivación (Deleuze & Guattari, 1997; Foucault, 1995). Las nociones, estáticas y bidimensionales en la concepción de sujeto – sujeto-, cobraron vida al dinamizarse en los llamados *procesos de subjetivación*.

Nuevamente en diálogo, las producciones de cuño francés con el Río de la Plata se encuentran en el trabajo arqueológico (Foucault, 2006) de elucidación (Castoriadis, 1989) de las condiciones de producción de subjetividad, como vía de acceso a la transformación, ya sea por una mayor libertad o autonomía.

Foucault plantea que la utilidad de °mostrar las determinaciones históricas de lo que somos, es mostrar lo que hay que hacer. Porque somos más libres de lo que creemos, y no porque estemos menos determinados, sino porque hay muchas cosas con las que aún podemos romper, para hacer de la libertad un problema estratégico, para crear libertad, para liberarnos de nosotros mismos” (Foucault, 1987). Castoriadis propone el trabajo de elucidación de las significaciones imaginarias sociales como parte de un “proyecto de autonomía” que incluye el trabajo del psicoanálisis y el trabajo político, ya que no concibe un sujeto autónomo en una sociedad que no lo sea (Castoriadis, 1993). (Bozzolo, 1999 p.17)

En los años 80 Foucault trabaja los procesos de subjetivación desde un componente político, de las relaciones con los otros, en articulación con un componente estético, en la relación con uno mismo, dando lugar a la ética como la resultante de la intersección del cuidado de sí con el cuidado del otro (Foucault, 2005)

Finalmente, integrando aspectos del pragmatismo en el ámbito científico y filosófico, el pensar la teoría como caja de herramientas (Foucault & Deleuze, 1994) y en procesos de subjetivación (Deleuze & Guattari, 1997) nos aporta elementos para comprender la construcción de lo humano, sus determinaciones y potencialidades, desde formas de hacer, prácticas concretas que producen y reproducen sentidos y significados donde se encuentran disposiciones preexistentes con lo nuevo, lo contingente.

La subjetividad, como producto social se materializa en experiencias concretas, ya sea desde sus determinaciones -que en el marco de una sociedad capitalista produce subjetividades homogéneas y alienadas- o desde sus indeterminaciones, su potencial creativo y experiencial, su singularidad. Los procesos de singularización y la creación de territorios existenciales, constituyen una micropolítica de lo que Guattari y Rolnik (2006) llamaron revolución molecular: el paso de las formaciones de poder macropolíticas a una micropolítica del

deseo, como potencia a nivel molecular en la desestructuración y des-estratificación de lo social (Rangel, 2014)

En este sentido, tanto los aportes de Foucault, como Deleuze y Guattari integran el sustrato filosófico de esta tesis, encontrando en sus trabajos un posicionamiento ético y estético que compartimos ampliamente. En adelante, se podrá encontrar el uso de *sujeto* para referirnos a la persona *en proceso de subjetivación*. El uso del primero pone el acento en un recorte particular e instrumental del sujeto, cuando nos referimos al movimiento, a las prácticas, hablaremos de *procesos de subjetivación*, reconociendo las implicancias mutuas.

3.1.3. Apuntes sobre la noción de dispositivo

La noción de dispositivo introducida por Foucault (1976) fue desarrollada por varios pensadores y muy utilizada en ciencias sociales. Sin embargo, su amplia utilización no ha implicado una clarificación de este concepto, su utilización contiene múltiples derivas. Nosotros nos aproximaremos a los desarrollos de Deleuze (1990) y de Agamben (2011) para problematizar esta noción y utilizarla como herramienta conceptual en el estudio de los habitares que se construyen en el centro residencial que nos convoca.

En este sentido, Deleuze (1990) destaca que los dispositivos son máquinas para poder ver y para poder hablar. Se refiere a *curvas de visibilización y de enunciación*. También refiere a *líneas de fuerza*, tangenciales, que involucran la dimensión del poder y del saber, que pueden implicar líneas de subjetivación, siendo éstas últimas un camino novedoso, creativo y autónomo en relación a las demás líneas. Se distingue de esta forma lo nuevo, que es lo actual.

La novedad de unos dispositivos respecto de los anteriores es lo que llamamos su actualidad, nuestra actualidad. Lo nuevo es lo actual. Lo actual no es lo que somos sino que es mas bien lo que venimos siendo, lo que llegamos a ser, es decir, lo otro, nuestra diferente evolución. En todo dispositivo hay que distinguir los que somos (lo que ya no somos) y lo que estamos siendo: *la parte de la historia y la parte de lo actual*. La historia es el archivo, la configuración de lo que somos y dejamos de ser, en tanto que lo actual es el esbozo de lo que vamos siendo. De modo que la historia o el archivo es lo que nos separa de nosotros mismos, en tanto que lo actual es eso otro con lo cual ya coincidimos. (Deleuze, 1990, p.159-160)

De esta forma, las líneas de los dispositivos pueden catalogarse en dos grandes grupos, uno referente a lo tradicional e histórico: las líneas de sedimentación o estratificación, y otro referente a lo actual y novedoso: las líneas de creatividad.

Para pensar el dispositivo referente a la organización del Centro tomaremos además los aportes de Agamben (2011) en alusión a una forma de gobierno, considerando las cuestiones administrativas que el dispositivo implica. El énfasis está puesto en lo que produce, más que en lo que es.

El término dispositivo nombra aquello en lo que y por lo que se realiza una pura actividad de gobierno sin el medio fundado en el ser. Es por esto que los dispositivos deben siempre implicar un proceso de subjetivación, deben producir su sujeto. (Agamben, 2011, p. 256)

En este sentido, Agamben va a referirse a una actualidad en lo que producen los dispositivos como procesos de desubjetivación. Aludiendo a dispositivos en la era capitalista, post-industrial donde la producción refiere a sujetos pasivos, en una especie de hiperadaptación que no deja lugar a un sujeto “real”.

Como consecuencia de ello, surgen el eclipse de la política que suponen los sujetos y las identidades reales (el movimiento obrero, la burguesía, etcétera) y el triunfo de la economía, es decir, de una pura actividad de gobierno que no persigue otra cosa que su propia reproducción. (Agamben, 2011, p.262)

3.2. Explorando la noción de exclusión social

3.2.1. Origen y evolución del concepto de exclusión social

El término *exclusión social* comenzó a utilizarse en Francia muy vinculado al sistema productivo, para referirse a las personas que no se integraban al mismo. Se le atribuyó el origen del término a René Lenoir en 1974 (Belfiore 1999) quien lo vinculó al funcionamiento de las sociedades modernas, con el acelerado desarrollo urbano, la tendencia a la uniformización del sistema escolar, los desarraigos producidos por la movilidad laboral, así como las desigualdades en los ingresos y acceso a los servicios. Se categorizó, de esta forma, como excluidos a minorías étnicas, hogares monoparentales, discapacitados en general y a delinquentes. Se los llamó “los olvidados del progreso”, grupos minoritarios que no acompañaban el desarrollo productivo. Es ese contexto, algunos trabajos de Foucault (1976; 2000) abordan el tema de la exclusión desde una perspectiva analítica de las relaciones de poder.

De esta forma, el término exclusión aparece asociado también a nociones como expulsión, exilio, reclusión y confinamiento, que ponen el énfasis en los efectos segregadores de diferentes dispositivos de control social.

Más adelante, en la década de los '80 y '90 el término consolidó su alianza a los factores económicos a partir de grandes crisis a nivel del empleo, el aumento exponencial de la pobreza y la pérdida de derechos sociales de grandes colectivos humanos. Sin embargo, ya Marx (1981) planteaba una reflexión crítica en torno a la exclusión al referirse a una inclusión marginal, inclusión perversa (Sawaia, 1999), servil al sistema capitalista que genera mano de obra barata desde lo que llamó un “ejército de reserva”.

Con la revolución industrial, el trabajo se convierte en el principal elemento socializador, los valores de la modernidad asociados al progreso colocaron al trabajo en un lugar central, no solo por el acceso a una renta económica y a protección social, sino también como generador de identidad y prestigio. A su vez, el consumo comienza a tomar relevancia, los objetos de consumo comienzan a ser signos de posiciones sociales. En este contexto, la pobreza y la marginación se entienden como situaciones provisorias y residuales del sistema, que la gestión política se encargaría de solucionar. No se cuestionaban las bases de la organización social. El trabajo y las protecciones que se asocian a él se convierten en el soporte del tejido social, en ese entonces, un muy bajo nivel de desempleo consolidó esta situación. Sin embargo, a mediados de la década del '70 este modelo entra en crisis con un aumento masivo del desempleo, lo que provocó que cada vez más personas demanden ayuda del Estado. Al mismo tiempo, comienza a producirse un debilitamiento del sentido social del trabajo. El Estado Social comienza a acusarse de paternalista y surge un modelo de mercantilización del mismo. (Arriba González, 2002; Willadino, 2003).

A comienzos de los 80 empieza a hablarse de “nueva pobreza”: la pobreza se extiende a grandes sectores de la población, el desempleo masivo y una creciente precariedad en las condiciones de trabajo generan una situación de *vulnerabilidad de masa* (Castel, 1997), la exclusión deja de ser un riesgo asociado a aquellas personas que se encontraban en los márgenes de la sociedad, sino que comienza a situarse como un problema central a nivel social. De aquí surge lo que se ha llamado *la nueva cuestión social* (Castel, 1997). Castel es crítico a la noción de exclusión ya que la misma simula referirse a un estado o condición y no da cuenta de su carácter procesual. A partir de definir dos grandes ejes de integración: los vínculos socio-familiares y el trabajo, comienza a hablar de desafiliación en lugar de exclusión, ya que entiende que da cuenta de los procesos subyacentes y de recorridos donde pueden darse simultáneamente integración en un aspecto y desvinculación en otro. Por ello, propone un esquema de pensamiento por zonas que van desde la zona de

integración a la zona de desafiliación pasando por las zonas de vulnerabilidad y asistencia (Castel, 1995). Este enfoque se ha constituido en un clásico a la hora de pensar los fenómenos sociales que se asocian a la exclusión, sin embargo representa una de las variadas formas de pensar el problema.

3.2.2. Algunos agrupamientos y significantes posibles

En este sentido, Nascimento (1994) propone tres grandes agrupamientos de los múltiples usos del término en el campo sociológico. Uno de estos usos, el más genérico, está vinculado a la *noción de discriminación*, se refiere a aquellos colectivos sociales estigmatizados (Goffman, 2006) pero que no necesariamente ven afectados sus derechos formales; otro gran grupo se refiere a la *nueva pobreza*, vinculada a la *nueva cuestión social* donde sí hay una pérdida parcial de derechos vinculada a la exclusión del ámbito laboral; y un tercer gran grupo será lo que ha dado en llamar la *nueva exclusión* donde colectivos humanos ven negado su derecho a tener derechos (Arendt 1974). La tendencia es a la *expulsión* de la condición humana.

Agamben (2010) desde la filosofía jurídica ha retomado la figura de Homo Sacer de la Roma Antigua donde hombres considerados sagrados y malditos a la vez, apartados de las leyes de los dioses y de los hombres, quedaban en un limbo jurídico. Aquellos que eran categorizados de esa forma eran considerados *impuros* e indignos, por lo que su vida no valía y su asesinato no era condenado, tampoco recibía sepultura. Se trata de una vida sin protección jurídica y el concepto de *homo sacer* representa un concepto límite del ordenamiento jurídico. En este sentido, Osorio (2006) vincula esta figura al trabajador contemporáneo, que queda en la paradoja de la fortuna del trabajo, alienando su existencia material y simbólica en el capital, así como la carencia de trabajo lo deja carente de protección. La figura del *homo sacer* puede aportar para pensar el fenómeno de la exclusión, desde una analítica del poder, que incluye la lógica del capital. Osorio (2012) plantea también que el campo del capital aparece reducido a los factores económicos, desligando su implicación política, la que se piensa generalmente como una dimensión diferente. Del mismo modo, aparece la dimensión relacional, no se la considera en la lógica del capital. El plano de las relaciones sociales, del factor humano aparece olvidado, negado. En este sentido, destacamos la noción de antagonismo social (Vakaloulis, 2000) que introduce las relaciones de poder, el factor político y relacional de la exclusión capitalista. Esta noción introduce los implícitos que la noción de exclusión social encubre, específicamente los factores estructurales del sistema capitalista: la temática del trabajo asalariado y las relaciones de explotación, las

relaciones hegemónicas de poder, los conflictos generados por las desigualdades y las polarizaciones, así como la necesidad de acción colectiva en la dimensión política. El factor económico, desde el mercado y el modelo liberal, justifica la desigualdad, desde el principio de retribución individual según el trabajo y el esfuerzo realizado, y al proponer esto como motor del desarrollo.

En un mismo registro, Lewcowicz (2004) se refiere a las formas de producción de subjetividad a partir del desplazamiento del Estado y el surgimiento del mercado como regulador del orden social. La transmutación de la figura de ciudadano por la de consumidor, ha dejado a los sujetos fuera de un orden de protección jurídico. La pérdida del lazo social al diluirse la figura del Estado trae consigo la pérdida de derechos, o los derechos se reducen a la figura del consumidor o sea, tan sólo tienen derechos aquellos con capacidad de consumir. Los que eran excluidos y encerrados en el orden del Estado, ahora son expulsados. El nuevo orden expulsa a aquellos que no consumen. Nuevamente queda la interrogante sobre el vínculo social en este contexto.

El papel del Estado es cuestionado también por Wacquant (2007) quien en el estudio de la segregación urbana alude a una desaparición del Estado en la vida de los sujetos como una decisión política de no actuar en estas situaciones. Aclara que lo que se denominó *lucha contra la pobreza* pasó a ser una inclusión marginal. Los guetos los *banlieues* se convierten en territorios de privación y abandono legitimados tanto por quienes los habitan como por los sectores medios y altos de la sociedad. Wacquant (2007) sitúa la problemática como un desafío para la condición de ciudadanía, ya que esta categorización fue pensada como mecanismo que mitiga las diferencias que genera el mercado. Sin embargo, esta categoría aparece erosionada por las diferencias suscitadas por el flujo del capital, a la vez que la clase obrera se descompone y aumentan las corrientes migratorias, por lo que el desafío se coloca en los sistemas políticos y su capacidad para contrarrestar la creciente tendencia a la fragmentación así como de generar mecanismos e instancias de participación y construcción de ciudadanía. Por su parte, la investigación da cuenta de las fracturas que organizan la existencia y las relaciones de los habitantes en las zonas de “indignidad territorial” (Wacquant, 2007, pag.227), insinuando algunos efectos corrosivos de la marginalidad en la estructura social y la necesidad de reafirmar las obligaciones del Estado.

El aislamiento de los parias urbanos norteamericanos es producto de un *proceso activo de desidia institucional* y de segregación (recordemos que *segregare* significa “dejar a un lado”) favorecido por el hundimiento y la descomposición avanzada del sector público. Se sigue de esto que sus fuentes no son sólo económicas, sino políticas, ancladas en el abandono del gueto por parte del Estado, hecho posible por la marginación del subproletariado urbano en los campos políticos local y nacional. (Wacquant, 2007 p. 259)

Nuevamente encontramos estudios que ponen de relevancia el fundamental papel de lo político y las políticas en el abordaje de esta problemática.

El carácter multidimensional de la noción de exclusión social alude a estos planteos, la necesidad de considerar, no sólo la dimensión económica –en materia de consumo y del empleo-, sino también de la cultural –que incluye la identidad y las formas de sociabilidad- y la política –aludiendo a las formas colectivas de protección y participación- (Franco Leal, 2008). Recordamos también que el uso del término *exclusión social* se ha extendido desde Francia al resto de Europa y se hizo visible en los planes y programas sociales de las políticas públicas. Sin embargo, su uso indiscriminado no ha aportado a la comprensión del fenómeno.

En América Latina se han producido procesos similares aunque con aspectos novedosos. Si bien también se ha precarizado el mundo del trabajo, sobretodo en la década del '90, los profundos problemas de desigualdad y pobreza han complejizado una noción de exclusión ligada únicamente al ámbito laboral, pues en América Latina no llegó a instalarse un Estado de Bienestar (Baraibar, 2000). Es así que puede pensarse la exclusión social como un fenómeno multidimensional, donde al desempleo de larga data se suma la inestabilidad de los vínculos sociales, en la familia y en otras redes comunitarias, generando condiciones de aislamiento social. La *dimensión económica* implicada en la precarización del trabajo conduce a la desafiliación y al desempleo crónico. En una estructura económica capitalista, el desempleo presiona en la precarización de las condiciones de trabajo existentes, “desestabilizando los empleos estables”, constituyéndose así en elementos amenazadores para el entorno social.

Castel (...) utiliza el término de vulnerabilidad para designar un enfriamiento del vínculo social que precede a su ruptura. En lo que concierne al trabajo significa la precariedad en el empleo y en el orden de la sociabilidad, una fragilidad de los soportes proporcionados por el entorno familiar, en tanto dispensan una protección próxima. Esta zona ocupa una posición estratégica. Reducida o controlada, ella permite la estabilidad de la estructura social. Cuanto más se agranda, mayor es el riesgo de ruptura que conduce a las situaciones de exclusión. (...) En lugar del término exclusión, el autor prefiere usar el de desafiliación (como un modo particular de disociación del vínculo social) para designar la finalización de este proceso. (Baraibar, 2000, p.13)

La *dimensión social* implica las relaciones sociales, lo que incluye el acceso a beneficios sociales y los aspectos residenciales. Considerar la dimensión relacional ha permitido el pasaje de la categoría de pobreza a la de exclusión social, trascendiendo las implicancias únicamente materiales, considerando la noción de proceso, multifactorial y multidimensional.

Una aproximación al fenómeno de la exclusión no puede ser plenamente satisfactoria atendiendo únicamente a variables macro (renta familiar disponible, situación laboral, nivel de estudios) ni estrictamente micro (trayectoria biográfica del sujeto, estrategias de supervivencia) sino que tenemos que atender también a la importancia de las redes sociales con las que el sujeto interactúa. (Bonet i Martí, 2006 p.3)

El concepto de *vulnerabilidad relacional* (Bonet i Martí, 2006) desde el análisis de las redes sociales, resulta una herramienta importante a la hora de comprender e intervenir en la dimensión social de los procesos de exclusión social. La vulnerabilidad relacional es entendida como aquella situación generada por la ausencia o la debilidad de los vínculos de inserción comunitaria. Este planteo resulta sumamente interesante ya que al análisis de los aspectos *estructurales* de las redes sociales (tamaño, densidad, nodos, conexiones), considera aspectos *funcionales* (tipos de vínculos, acceso a recursos) y aspectos *contextuales* (historia, territorio, valoración social), incluyen la percepción de los directamente involucrados en la misma y la de aquellos que se encuentran en relación a ella. Parte del análisis incluye el determinar aquellas fracturas relacionales que se asocian a la situación de vulnerabilidad relacional, lo que generalmente implican situaciones traumáticas como separaciones matrimoniales, fallecimientos de referentes, afecciones de salud, entre otras.

En relación a esto, Giorgi (1990) ha desarrollado los planteos de la Teoría del Vínculo en la constitución de la subjetividad en contextos de marginación. Ha valorado dos espacios claves de la vida cotidiana: la familia y el trabajo. El espacio de la vida privada, donde ubicamos a la familia, aparece como el espacio privilegiado de socialización, red primaria constructora de identidad y de reproducción de las relaciones sociales. Se materializa en la vivienda como escenario. Sus planteos refieren a un sujeto negado socialmente, donde la carencia de vivienda o la precariedad de la misma materializan un espacio simbólico deteriorado, desvalorizado. A su vez, el trabajo se representa como espacio socializador secundario, donde se constituye un lugar social que también aparece negado o precarizado. La desocupación o el sub empleo determinan un lugar social marcado por la carencia. Estos son elementos a considerar en el análisis de los procesos de subjetivación asociados a la exclusión social.

Finalmente, reconocemos que el concepto de exclusión social exige una profunda problematización, sobre todo por su amplia utilización en las políticas públicas, lo que impacta fuertemente en los imaginarios sociales. Además, su uso indiscriminado no ha contribuido a generar soluciones a los problemas que representa, sino que muchas veces ha enmascarado situaciones de inclusión marginal, simulando un “afuera” pasivo e inoperante, como condición individual y no como proceso político, económico y social. Por otra parte, sitúa el problema en los “sujetos excluidos” promoviendo intervenciones sobre éstos para generar

inclusión, generalmente en la línea de reactivación del empleo, en lugar de proponer un cambio social que posibilite la participación en sus distintas modalidades.

3.3. Pensar la inclusión en las Políticas Sociales

El modelo neoliberal tiene su repercusión en las políticas sociales, donde éstas se focalizan en los sectores pobres y eliminan los sectores medios de los servicios públicos. De esta forma adquieren relevancia las prestaciones privadas en lo que antes eran servicios públicos universales como la educación, la salud y la seguridad social, lo que ha conducido a la mercantilización de los mismos.

Estas políticas focalizadas implican una discriminación positiva que reactivan una lógica asistencial donde la incapacidad y las dificultades constituyen identidades deterioradas que naturalizan y consolidan las desigualdades sociales.

En este sentido Álvarez Leguizamón (2008) se refiere a las *focopolíticas* como nuevas formas de la gubernamentalidad neoliberal, como una forma de *biopolítica*, que bajo la consigna del *desarrollo humano* colocan a sectores de la población en condiciones mínimas básicas para la vida.

Entiendo a la focopolítica como un nuevo arte de gobernar a los más pobres de entre los pobres y a los países pobres, ciertas virtudes, habilidades, mañas, distinciones, conjunto de reglas, dispositivos para influir sobre sus vidas, para gobernarlos y como una forma particular de lo que Foucault denomina gubernamentalidad neoliberal. (Álvarez Leguizamón, 2008 p.3)

El pensar en los sujetos de la política implica considerar las nominaciones, el lugar simbólico que lo constituye socialmente. Pensando en la inclusión, las condiciones que habilitan la participación de un sujeto dependen de su inserción semiótica y material en un contexto portador de dispositivos y prácticas que determinan lo que puede o no puede hacer. La participación en este sentido resulta paradójal ya que la determinación de sujetos “excluidos” los coloca en un lugar de ajenidad para intervenir en acciones políticas. La identificación de colectivos de excluidos, destinatarios de políticas sociales asistencialistas, va más allá de lo económico, afectando aspectos identitarios y su participación social.

La producción de sujetos que no se conectan a nivel decisorio alguno y que no perciben las consecuencias de la pérdida de la participación en una historia colectiva, coloca a amplísimos sectores de la sociedad en una situación de desafiación creciente. (Saidón, 2002 p.204)

Plaza (2012) plantea sobre este punto lo que denomina *signos de época* donde se refieren a la *pérdida de confianza en lo público*, la *vulnerabilidad política asociada a una subjetividad debilitada*, así como a *condiciones precarias de existencia* asociadas a procesos de *desafiliación social* que obturan la acción política.

De este modo, uno de los principales modelos de políticas de inclusión social se sustenta en una perspectiva burocrática -donde se brinda un servicio social- o un modelo profesionalista –basada en la relación del técnico profesional con el usuario- (Bonet i Martí, (2006). Estas políticas tienden a relegar la acción comunitaria, no consideran la red social ni la noción de vulnerabilidad relacional. Basándose en un modelo tradicional, focalizan la intervención en la inserción laboral como única vía de superación de la situación de exclusión. La estrategia es individual o reducida al ámbito familiar lo que mantiene la vulnerabilidad relacional.

Una buena parte de la intervención dirigida a los excluidos se ha orientado a modificar estos rasgos individuales, entrenar las habilidades personales, disciplinar, socializar o modificar pautas de comportamiento. Otra parte, se ha dedicado a la búsqueda, creación o adaptación de nichos de empleo adecuados para personas en situaciones de exclusión social. (Arriba González, 2002 p.18)

En este sentido, la Psicología Social Comunitaria plantea la diferenciación de dos modelos políticos: uno de corte paternalista, donde el Estado define las prioridades y necesidades de implementación de determinadas políticas para las comunidades; y otro participativo, donde son las comunidades las que definen sus prioridades, necesidades y formas de acción. Esta característica fundamental marca la diferencia de políticas e intervenciones puramente asistencialistas con las comunitarias (Montero, 2004)

Es necesario revisar el carácter restrictivo o transformador (Rodríguez, 2007) de la política social en las estrategias de intervención que se plantea, donde muchas veces el foco se centra en la satisfacción de necesidades con políticas compensatorias y estigmatizantes que reproducen las relaciones de poder y ofician de control social. De allí la importancia de la reflexión sobre la estrategia y la importancia de los efectores de las políticas implementadas, valorando el tipo de vínculo que se genere. En este sentido la PSC aporta elementos para pensar sobre el asistencialismo en las Políticas Públicas, la incorporación de las redes sociales y comunitarias, el papel de la participación ciudadana en las mismas y del Estado en la construcción de ciudadanía. La propuesta implica considerar también a las Políticas Sociales como una construcción social donde se negocian enfoques, teorías y modelos, lo que conduce a reflexionar sobre los contextos y formas de diseño e implementación además de sus implicancias conceptuales (Alfaro, 2012).

Estos elementos relativos a las políticas sociales son categorías que retomamos mas adelante para analizar la política pública que nos convoca. Los procesos inclusivos vinculados al fortalecimiento de las redes de inserción comunitaria, los procesos participativos y colectivos-políticos son claves en el análisis de una política de cuidados con objetivos de inclusión social..

3.4. Aportes de la psicología social para una teoría del habitar

Es este punto se introducen herramientas conceptuales propias de la psicología social comunitaria y rioplatense para aportar a una teoría del habitar. El habitar, como concepto, ha sido poco abordado como tal desde la psicología social, sin embargo, podemos re interpretar conceptos clásicos de la misma como los de vida cotidiana, vínculo y comunidad, incorporando elementos sustanciales de la producción de subjetividad. Tomamos también el aporte de Heidegger (1994) que retoma antiguos usos donde el habitar y el construir se significan mutuamente, atravesados por el cuidado como una forma de construcción, la de espacios para la vida. El cuidado y el abrigo permiten el crecimiento, por ello son formas de construir habitares.

El habitar lo pensamos desde las formas y los sentidos que se construyen en los espacios de la vida cotidiana, espacios donde se mora, donde se reside y también donde se transita. En esta construcción de sentido adquieren relevancia las tramas vinculares y los procesos colectivos que conllevan las comunidades. La vida cotidiana emerge como espacio-tiempo de un habitar, clave en la producción social de significados, dimensión privilegiada de producción de subjetividad. El sujeto, como un activo constructor en el habitar, puede pensarse y proyectarse desde los procesos de construcción y cuidado de su cotidianeidad con otros. Por tanto pensamos los habitares como una construcción social – histórica de sentidos que se expresan en la vida cotidiana y se sostienen en tramas vinculares. En estas categorías hayamos las claves de su análisis y su potencial creativo.

3.4.1. El sujeto social

Como ya hemos desarrollado, el sujeto desde la psicología social, es concebido como un sujeto producto y productor de la trama vincular en la que se mueve. No se lo concibe

aislado, sino inserto en estructuras vinculares que lo ligan indefectiblemente a los otros. Pichón-Rivière desde su Teoría del Vínculo (1985) alude a un sujeto que se construye en una praxis transformadora, de mutua afectación con las personas y objetos de su entorno, en distintos grados de proximidad.

Cuando nos referimos al entramado en el tejido social, la noción del *rizoma* (Deleuze & Guattari, 1997) se constituye en la entidad que sintetiza las propiedades y formas de los lazos que producen la subjetividad. Es un proceso dinámico de determinaciones e indeterminaciones, donde se suceden síntesis identitarias. Podemos pensar así las identidades como constructos que emergen de las tramas vinculares que le dan sentido. El sujeto como construcción múltiple es capaz de asumir diferentes formas, realizar movimientos de adaptación a diversas situaciones y re-significar su propia historia, que también es una historia social – compartida. El sujeto como una producción que es social e histórica, también es capaz de convenir y producir nuevos imaginarios sociales (Castoriadis, 1993).

3.4.2. Habitar es construir

Heidegger (1994) nos remite al uso del término de habitar asociado al construir. Desde un uso compartido en el lenguaje, encuentra un sentido compartido donde el habitar se significa en el construir. Hay dos formas de construir: erguir lo que no crece y cuidar aquello que crece, ésta es su asociación con la vida. Construimos porque habitamos, construimos edificios y construimos sentidos para la vida, y ambos están en estrecha relación, forman parte del entramado relacional que construye al sujeto, desde los sentidos y las materialidades que adquiere. El construir que nos remite al cuidado, también refiere a la preservación, al resguardo, al sostén. De aquí asociamos el habitar con la morada, la residencia, porque ésta representa su espacio de contención. Pero el habitar no remite solamente al hogar, consideremos que implica también aquellos espacios donde se transita, habitamos la ciudad, los puentes, las calles, las instituciones, la comunidad, la cultura. Al habitar ligamos vitalmente los objetos a los sentidos, un puente no es un puente si no cumpliera esa función vital que motivó su construcción y su uso, sería una cosa simplemente. Es desde lo vital que la construcción toma sentido, desde el habitar. A partir del *sentido* los espacios se tornan lugares (Silvestro Geuna & Roca Caladera, 2007) y es el *sentido* el carácter vital del construir. En el habitar encontramos pues al sujeto mismo, en su forma de ser, estar y actuar en el mundo, su subjetividad.

A partir del cuidado, del abrigo, también se construyen habitares, podemos agregar, y se construyen sujetos. Los espacios, materiales y simbólicos, que se construyen desde el afecto, el cuidado y el reconocimiento mutuo, construyen también a los sujetos que los habi-

tan. Heidegger aclara que el modo que el hombre tiene de ser en la tierra es el habitar, y este habitar se materializa en la construcción de espacios para la vida, construcción que no es solo material, sino también simbólica. Habitar desde el cuidado, significa cultivar, hacer crecer y un construir diferente al de producir objetos, implica una forma de cotidianidad en la tierra, el construir la vida cada día es habitarla. Sin embargo, este sentido generalmente es olvidado, se naturaliza y se torna invisible, el habitar parece algo dado tan solo por el hecho de estar, que simplemente se produce, pierde su sentido vital. Desde su uso cotidiano, se naturalizan formas, sentidos y prácticas. El sujeto social, que se construye a partir de la trama vincular, necesita para esta construcción del cuidado y del abrigo al que Heidegger hace referencia. En este proceso, se cultivan los sentidos que producen la subjetividad, dando lugar al sujeto, ya que sin un Otro, que brinde ese sostén y ese cuidado, que lo invista de sentido desde la trama vincular, no existiría el sujeto. Habitar es clave en la producción social de la vida, recordando y explicitando su construcción cotidiana, ya que desde éste se produce y re-produce el sentido vital que nos liga indefectiblemente al mundo.

3.4.3. Habitar lo cotidiano

En las lenguas latinas, la palabra *Habitar* proviene del *Habitare*: frecuentativo de *habere*. Implica un tener de forma reiterada (Huber & Guérin, 1999). Aquello que tenemos una sola vez, no se torna significativo, cuando pasa a ser cotidiano, familiar, podemos decir que lo habitamos. De aquí la raíz común con habituación y habitual. Lo cotidiano toma una relevancia especial en nuestra cultura, un sentido particular para nuestro habitar, lo que nos conduce a aquello que nos es familiar, diario, cargado de sentido vital. Es desde estos espacios devenidos lugares que nos construimos como sujetos.

(...) el lugar es - recordando la relación existente en el ser humano entre subjetividad / corporeidad - el espacio vivido con profundidad por la subjetividad personal de cada uno; un espacio en el que uno nota que forma parte (de algún modo) del propio ser (es decir, con el que se siente identificado); un espacio con el que uno tiene una relación prolongada (es decir, forma parte de su propia biografía o historia personal); un espacio en el que abundan las relaciones con sus elementos materiales o personales (vinculación con el entorno). (Silvestro Guena & Roca Caladera, 2007, p. 402).

En la Psicología Social la relación de los sujetos con su entorno, su espacio material y simbólico, constituye un elemento central. En concordancia a los planteos anteriores y a diversas corrientes presentes en las ciencias humanas y sociales, encontramos la noción de una psicología social que pone a la vida cotidiana como elemento clave. Las prácticas y sen-

tidos cotidianos se naturalizan, se tornan invisibles en sus determinaciones. Su crítica, su análisis, su deconstrucción permiten comprender las tramas vinculares, los significados de éstas, a la vez que abren brechas a la generación de lo nuevo.

Montero (2004) se refiere al Paradigma de la Construcción y la Transformación Crítica en Psicología Comunitaria. Pichón Rivière (1977) se refiere a un Esquema Conceptual Referencial y Operativo (ECRO) con el que conectamos con la realidad. Desde nuestras latitudes se caracteriza a la Psicología Social por su carácter de operativo, un sistema de conocimientos abierto, flexible, cuya misión es aprehender la realidad con el fin de transformarla creativamente. De allí surge el concepto de *adaptación activa a la realidad*, donde la adaptación implica la adecuación de las necesidades al medio social, *el aprendizaje y la comunicación* de manera activa implican una creación, una acción propia, crítica y, a su vez, transformadora de la realidad. Como método se propone una *crítica de la vida cotidiana*, como una forma de aprendizaje que implica un reconocimiento de lo real concreto como forma de lograr un proceso de transformación, en una praxis que modifica situaciones individuales y colectivas. En esta crítica de la vida cotidiana el mecanismo de des-naturalización y cuestionamiento de lo dado, lo obvio, la problematización, permite la apertura a lo nuevo, la creación y la ruptura de estereotipias.

3.4.4. Habitar lo comunitario

Como sujeto social, la subjetividad no es individual, es una producción colectiva, surge del entramado relacional y su contexto social e histórico, es un pliegue del afuera que conforma un adentro (Deleuze, 1989). Entonces, el habitar es siempre un habitar colectivo, donde el sentido vital se encuentra estrechamente vinculado a la trama de la vida.

Nuestra subjetividad producto y productora de nuestro habitar, en su devenir cotidiano, muchas veces vuelve invisible la preponderancia de su lazo social. En un mundo que se siente atomizado, donde las personas suelen pensarse como individuos aislados y no como integrantes de redes de interacciones (Najmanovich, 2002), los lazos vitales del habitar y el construir aparecen debilitados, sin poder de acción, sin capacidad de afectar, sin posibilidad de generar vínculo. Paradójicamente, deja al sujeto en un lugar pasivo, donde ya no habita sino simplemente ocupa el espacio (Lewkowicz, Cantarelli y Doce, 2003).

(...) estar y habitar describen operaciones de pensamiento radicalmente distintas, aunque ambas condicionadas por las transformaciones actuales. Si bien el terreno es el mismo, las estrategias de relación con ese terreno no lo son. Y no lo son porque el estar, como estrategia de reinención continua, permanece sometido a la operatoria de mercado. Mientras que el

habitar, como operación sobre ese funcionamiento, determina un espacio y un tiempo en autonomía respecto del mercado. (Lewkowicz et al., 2003, p. 21).

En tiempos donde la categoría de lo común aparece vaciada de sentido, sino secuestrada, expropiada (Pal Pelbart, 2008) por contenidos de aislamiento, de miedo a los otros, acompañada de la banalización de los lazos afectivos, los espacios públicos sufren un efecto de des-habitación, pierden su cualidad de lugares y se tornan pasajes, materialidades puramente utilitarias, des-afectadas de los sentidos vitales. De allí se producen destrucciones de los espacios públicos, espacios de nadie, abandonados o utilizados como “depósitos espaciales” (Álvarez Pedrosian, 2010).

La psicología social rioplatense y comunitaria nos aporta en la comprensión del habitar en su dimensión simbólica y relacional. Los vínculos, el lazo social desde lo compartido, los sentidos comunes y la dimensión política del sujeto en su acción construyen subjetividades y, desde allí, habitares. La vida cotidiana contiene los elementos constitutivos de esto, los usos y sentidos compartidos, a los que estamos habituados, el sentido común, tan natural e incuestionado construye automatismos, mecanismos reproductivos que aplastan el sentido vital, sofocan la creatividad y obturan la posibilidad de transformación. La psicología social como crítica a la vida cotidiana y la psicología comunitaria desde un paradigma de la transformación crítica, contienen herramientas conceptuales capaces de abrir brechas en territorios aprensivos.

La fenomenología presente en las ciencias humanas y sociales, desde la etnometodología al interaccionismo simbólico a lo largo de sus sucesivos desarrollos, así como más recientemente el construccionismo social (Hacking, 2001), han sido relevantes en el proporcionar una visión holística de la comunidad, asumiéndola como una totalidad construida a partir de una cotidianidad. La noción del sujeto como protagonista en la construcción de esa realidad encuentra sustento en estas corrientes filosóficas. La inclusión de la lógica dialéctica considerando las condiciones de producción en la explicación de los procesos psicológicos permitió superar una visión individualista y descontextualizada de los sujetos. Específicamente desde la Psicología Social Comunitaria se destacan los aportes que surgen del estudio de las relaciones de exclusión, de sumisión, de opresión y obediencia, así como también de resistencia. Sobre todo en la ciencia social crítica, como es el caso del colombiano Fals Borda (1986) con una praxis innovadora en la investigación y la intervención desde la participación de los involucrados, lo que posteriormente se llamó Investigación Acción Participativa (IAP). La Educación Popular concebida por Paulo Freire (1970) representa un pilar significativo que, desde el campo socioeducativo introdujo una forma de intervención

con la comunidad donde los sujetos son actores y protagonistas de su propia transformación. Los conceptos de problematización, desideologización, concientización y liberación, surgen de esta importantísima corriente de pensamiento latinoamericano (Montero, 2004).

Pensamos, entonces, en un habitar que es siempre colectivo y que incluye lo político como acción que incide directamente en el potencial creativo y transformador.

Es necesario entender lo instituyente como aquella facultad de recrear, reelaborar, hacer algo nuevamente. Esto es lo que hacen los habitantes de un lugar. Si se trata de un país sus habitantes, a través de su habitar en las acciones colectivas instituyen nuevas instituciones o reelaboran o dan nuevamente sentido al actuar de las instituciones, esto es, redireccionan la política. (Mesa Escobar, 2012, p.117).

Habitar lo comunitario -que integra las dimensiones económicas, sociales y políticas- se torna necesario para generar procesos creativos, en la posibilidad de una acción transformadora donde los sentidos se materializan en las construcciones de los espacios colectivos, construcciones materiales y vitales, para cargarlos de sentidos compartidos, hacer historia, crear lazos. De esta forma valoramos la participación, la desnaturalización, la reflexión crítica como herramientas intersubjetivas capaces de generar estas transformaciones, habilitando una adaptación activa, un movimiento vital hacia el habitar y con ello la posibilidad de generar procesos creativos.

3.4.5. Síntesis conceptual sobre el habitar

Partimos de una realidad compleja que intentamos abordar de forma integral, tomando en cuenta las materialidades y los sentidos que las atraviesan. Por ello situamos al sujeto, en primer lugar como sujeto social, producto y productor de tramas vinculares que lo determinan, generando identidades dinámicas, que corporizan situaciones, ámbitos, relaciones. Esto implica también pensar al sujeto desde su potencial creativo, desde sus determinaciones pero también desde sus indeterminaciones, pensarlo en devenir, como sujeto de posibilidades. Entonces, desde la trama vincular el sujeto se construye determinado por su entorno y sus vínculos, pero también puede transformar estas determinaciones, puede crear nuevas condiciones, materialidades y sentidos, puede habitar. Habitar es construir, construir espacios vitales, construir sentidos desde los afectos, desde el cuidado y al abrigo. El habitar implica indefectiblemente el vínculo social, aquello que nos liga unos a otros como sujetos. Si bien el habitar se materializa en una cotidianeidad que es necesaria para investir de sentido el espacio y las prácticas, no puede tornarse inerte al punto de vaciarse, de obviar-

se, como una actividad mecánica, desvitalizada. La crítica como deconstrucción a la vida cotidiana, habilita una adaptación activa, una problematización tendiente a desnaturalizar las determinaciones, reflexionar críticamente sobre las ideologías, las relaciones con los otros y con el espacio colectivo. La dimensión comunitaria da cuenta de la trama vincular que constituye nuestro habitar, los sentidos construidos colectivamente permiten significar el espacio público, como lugar. La participación es una herramienta fundamental para la creación de sentidos desde la apropiación de los espacios públicos, desde un habitar político, necesario para vitalizar lo comunitario y habitar lo colectivo.

4. Diseño metodológico

Para investigar sobre los habitares que se construyen en un residencial de cuidados, elaboramos un diseño cualitativo y flexible (Mendizábal, 2006). En primer lugar cualitativo, ya que nos interesa comprender los sentidos que otorgan los actores involucrados al habitar, y flexible lo que habilitó la posibilidad de introducir cambios durante el proceso de investigación en función de situaciones no previstas. Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio.

Tomamos el caso de las *Casas Asistidas y de Recuperación* que representan una política pública que lleva adelante el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) desde el Área Salud del Programa de Atención a Personas en Situación de Calle (PASC) en coordinación con la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Estas Casas surgen de la articulación de políticas de salud pública con políticas de inclusión social. En el año 2007 desde la entonces llamada Dirección Nacional de Asistencia Crítica e Inclusión Social (DINACIS) se crea un programa de Casas Asistidas cuyo objetivo primario se vinculaba a la desinstitucionalización. Este programa aloja transitoriamente a personas con trastornos mentales severos o a personas con afecciones orgánicas, que se encontraban institucionalizadas en centros hospitalarios -sin requerir atención de un centro de alta especialización- por no contar con soporte material ni afectivo para vivir fuera del ámbito hospitalario. Estas casas desde sus orígenes se caracterizan por el trabajo coordinado con ASSE y la articulación público-privada donde se integran cooperativas y asociaciones civiles en modalidad de convenio para su gestión. Todas las Casas cuentan con una cooperativa de acompañantes, integradas principalmente por mujeres que se organizaron de tal forma como vía de acceso al trabajo, donde algunas integrantes han pasado por proyectos de inclusión social como destinatarias. Desde el año 2011, estas residencias pasaron a formar parte del Programa de

Atención a personas en Situación de Calle⁴ (PASC), manteniendo la coordinación con la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

De las residencias que integran este programa, seleccionamos por sus características -en cuanto a experiencia y variedad de situaciones-, un Centro que tiene capacidad para alojar transitoriamente a aproximadamente 50 personas con afecciones de salud, que requieren soporte material y afectivo para realizar tratamiento médico en un proceso de recuperación. El ingreso se determina por la necesidad de un periodo de recuperación y tratamiento médico, muchas veces luego de una hospitalización, y por la carencia de contención familiar, apoyo social y/o vivienda adecuada para realizar la recuperación o sostener el tratamiento indicado. La estadía puede ir desde unos pocos días hasta varios meses. En él se aloja población en situación de vulnerabilidad social que requieren cuidados, por lo que representa un caso paradigmático para estudiar el dispositivo residencial en la implementación de políticas sociales que se articulan con el sector salud, tal como se está pensando para el SNC. Este Centro cuenta también con un *equipo técnico*, de profesionales en trabajo social, psicología, enfermería y medicina, contratado en su mayoría por una organización de la sociedad civil (OSC) en modalidad de convenio, a lo que se suman unas pocas funcionarias públicas con cargos técnicos y administrativos. En esta casa conviven usuarios con situaciones bien heterogéneas, en general sobresalen adultos mayores en situación de dependencia, personas en situación de calle que cursan por un cuadro agudo que requieren tratamiento de enfermería o cuidados especiales, adultos en situación de dependencia que requieren cuidados transitoriamente. En su mayoría no cuentan con redes de sostén y apoyo, ni vivienda adecuada a sus necesidades. También residen en el centro de forma transitoria niños y adultos provenientes de otras regiones del país, que necesitan tratamiento en la capital y no cuentan con recursos propios para permanecer en Montevideo mientras se realiza el tratamiento o estudio indicado, si bien estas situaciones representan un pequeño porcentaje de los residentes.

Desde el año 2011 esta casa, que aloja aproximadamente a cincuenta personas, ha pasado a llamarse Centro de Recuperación, pues ha priorizado para su ingreso, aquellas situaciones que pueden llevar adelante un proceso de recuperación, pautado principalmente por la recuperación a nivel orgánico, atendiendo aquellas limitantes físicas que colocan a la persona en situación de dependencia. Sin embargo, ingresan también usuarios que instalan patologías crónicas que cambian su situación, generando dependencias a tratamientos,

⁴*“El PASC tiene como cometido generar un sistema que atienda a personas en situación de calle, en riesgo de estarlo o que hayan padecido esta situación, con el fin de evitar la reincidencia, a través de diversas modalidades de atención. Se prestan servicios que procuran la captación, contención e inclusión social, apoyándose en un abordaje multidisciplinario que colabore en la adquisición de hábitos de la vida cotidiana, cuidados de salud y recuperación de redes sociales. El Programa opera a través de centros de diferentes modalidades para la atención de diferentes perfiles poblacionales que están en situación de calle”*(MIDES, 2014(b) pp.354)

cambios en hábitos y en el acceso a recursos, por lo que requieren una atención integral para adecuarse a la nueva situación, así como también realizar las gestiones necesarias para el acceso a protección social como ser el cobro de una pensión o jubilación. Por la variedad de situaciones que se conjugan en este Centro, así como por la accesibilidad al mismo, decidimos constituir a sus residentes en nuestro universo de estudio.

4.1. Consideraciones éticas

En primer lugar se acordó con los referentes institucionales los términos y condiciones para llevar adelante esta investigación. Se realizaron diferentes instancias de reuniones con referentes institucionales donde se presentó el proyecto de investigación y se acordó la modalidad de trabajo. También se realizaron instancias de presentación del proyecto a los residentes del Centro, con convocatoria abierta, donde se plantearon los principales objetivos de la investigación, la forma de trabajo y se invitó a participar en la misma. La participación fue de carácter exclusivamente voluntaria, con consentimiento informado y manteniendo el anonimato. Finalmente se realizó una jornada de presentación, socialización e intercambio de los primeros resultados con entrevistados y otros residentes interesados, y se recogieron estas reflexiones en el análisis. Cuidamos especialmente el vínculo con los participantes, evitando situaciones o preguntas que victimizaran a los residentes o arrastraran prototipos estigmatizantes. Mantuvimos especial cuidado en afectar lo mínimo posible la dinámica cotidiana de la residencia y valoramos que los resultados de la investigación puedan derivar en mejoras en la calidad de vida de los residentes para este u otros centros de similares características.

4.2. Técnicas e Instrumentos

Realizamos cinco instancias de observación participante y diez entrevistas en profundidad. Se realizó una instancia grupal de presentación y reflexión sobre los primeros resultados, instancia que ofició de triangulación ya que participaron entrevistados y otros residentes que no habían participado antes en la investigación. En esta instancia grupal se presentaron las primeras líneas de análisis de resultados las que fueron abordadas por el colectivo. En esta instancia se profundizó en algunos de los ejes propuestos y surgieron nuevas derivas, de igual forma otras líneas de análisis no generaron repercusión.

Se llevó un registro de audio, para las entrevistas y la instancia grupal, que luego se transcribió, así como también se llevó un diario de campo con registro de las observaciones, conversaciones informales, impresiones y sentimientos que surgieron en el campo. Se elaboró una pauta general de entrevista y para las observaciones que operaron de guía, dejando abierto el campo a otras líneas de desarrollo discursivo en función de las prioridades planteadas por los entrevistados. En las entrevistas, la pauta general refería a cuatro grandes líneas sobre: las *causas del ingreso al centro*, el *cómo es vivir allí*, los *vínculos establecidos y su percepción acerca de éstos*, y las *perspectivas a futuro*. Para las observaciones se atendió la utilización de *los espacios*, *los agrupamientos* y *las interrelaciones* en general. Se realizaron en diferentes días –hábiles y no hábiles- y en diferentes horarios –mañana, tarde y noche-.

4.3. La Muestra

La muestra se constituyó en diez residentes del Centro que voluntariamente se interesaron en participar en una entrevista en profundidad. Para convocar a participar en esta investigación se realizaron instancias de presentación del proyecto a los residentes. En estas instancias se tomaron los datos de las personas que expresaron su voluntad en participar y se coordinaron fechas para realizar las entrevistas. Se mantuvo el anonimato y se solicitó consentimiento informado. Las diez entrevistas y las observaciones se realizaron entre los meses de setiembre de 2013 y junio de 2014. La selección de la muestra se basó principalmente en la voluntad de participar y la posibilidad de otorgar un consentimiento informado, teniendo en cuenta que algunos residentes tienen deterioro cognitivo. También se consideró para la conformación de la muestra la heterogeneidad de situaciones que motivaron el ingreso, la edad, el género y el tiempo de permanencia. En este sentido, integrantes del equipo técnico orientaron en la definición de algunos entrevistados. De los residentes que expresaron interés en participar se conformó un listado tentativo y fuimos coordinando las entrevistas paulatinamente, en cada visita al Centro se acordaba la siguiente entrevista, y así sucesivamente. No todos los interesados en participar fueron entrevistados, pues algunos egresaron durante el proceso. Sólo uno de los residentes que expreso interés fue considerado inapropiado por el equipo técnico por presentar deterioro cognitivo y por ello no fue entrevistado. De igual modo, se mantuvo conversaciones informales con varios residentes y se realizó una convocatoria abierta a una instancia de trabajo grupal de presentación de resultados preliminares. De esta forma la muestra se constituyó en tres

mujeres y siete hombres cuyas edades van de los 34 a los 64 años, que han permanecido en el Centro un mínimo de tres meses hasta un año.

Entrevista	Género	Edad	Antigüedad en el Centro
A	Femenino	54	3 meses
B	Femenino	64	3 meses
C	Masculino	57	3 meses
D	Masculino	59	4 meses
E	Masculino	61	5 meses
F	Masculino	48	4 meses
G	Masculino	48	7 meses
H	Masculino	62	12 meses
I	Masculino	57	7 meses
J	Femenino	34	4 meses

Tabla 1 – Conformación de la muestra

Las visitas al Centro pueden distinguirse en dos periodos donde se efectuaron observaciones y entrevistas con una frecuencia quincenal. En el primer periodo se realizó una presentación general a todos los residentes durante una de las llamadas “reuniones de usuarios” que se hacen periódicamente en el Centro, donde se presentó la investigación y se invitó a participar, también se realizaron observaciones participantes y tres entrevistas en profundidad. El segundo período se efectivizó unos meses después, ya que en el intervalo transcurrió el período estival. Durante este tiempo se comenzó a analizar el material y a profundizar en algunas herramientas teóricas, realizamos una pasantía en el exterior donde se problematizaron algunos ejes de análisis alusivos a la producción de subjetividad desde la noción de habitar. El regreso al Centro implicó nuevas coordinaciones con referentes institucionales, contactos que se retomaron al regreso de las licencias anuales asociadas al verano. Para este segundo momento integramos la mirada de los técnicos del Centro, por un lado en el acercamiento a residentes con un perfil que contemplara la heterogeneidad buscada, y por otra parte en la valoración de su participación en este estudio, en el entendido de que el equipo técnico es activo hacedor en la construcción del habitar que estudiamos. En esta segunda etapa se realizaron observaciones y entrevistas a siete residentes que expresaron interés en participar. Se volvió a presentar el proyecto en instancias algo más informales –pequeños grupos en el comedor o en espacios de recreación- y se priorizaron las recomendaciones de referentes del equipo técnico en cuanto a posibles interesados en participar y la accesibilidad cognitiva para sostener una entrevista.

Que el elemento principal para participar de este estudio fuera el deseo y la voluntad expresa de participar no fue ingenuo, ni se acopla simplemente a un protocolo ético, sino que

se sustenta en un posicionamiento epistemológico, ético y político. Si bien no desarrollamos una investigación de corte participativa, sí pensamos a los sujetos como activos en la producción de conocimiento, el que se construye dialógicamente, en colectivo.

En este sentido Sisto (2008) se refiere a un cambio en la relación con el Otro en el proceso de investigación, que ya no se lo considera como un proceso de recolección de datos: sujeto – objeto, sino que se lo piensa como un *proceso de producción dialógica*, entre dos sujetos. Entendiendo la investigación como un proceso dialógico sujeto – sujeto, los resultados de la investigación son productos negociados, co-construidos en un proceso activo entre informantes e investigador, dice Sisto (2008, p. 124) “...*la investigación social debe ser una producción dialógica, un encuentro activo entre sujetos subjetivándose.*” Ante la relación sujeto – sujeto, Villasante (2006) propone hablar de “conjuntos de acción”, donde la acción colectiva es lo apreciable, en un conjunto que integra al investigador como un actor más en lo que allí se produce.

Es desde esta postura que la muestra fue conformándose, en función de la participación, en distintos niveles y grados, del colectivo que habita el Centro. Desde los residentes o usuarios, el personal técnico, acompañantes y demás trabajadores, incidieron de diversas formas –dentro de los marcos institucionales-, en que los entrevistados sean éstos y no otros. Ya sea habilitándolo desde sus “capacidades” o facilitando la comunicación de la invitación, disponiendo de espacios y rincones para entrevistar, movilizándose en general a partir de este estudio.

Una vez procesado el material surgido en las observaciones y en las diez entrevistas realizadas, se convocó a los entrevistados y a otros interesados, a una instancia de reflexión grupal de los resultados preliminares. Por diferentes circunstancias⁵ solamente participaron tres de los entrevistados y nueve residentes que no habían sido entrevistados pero se interesaron en la convocatoria desde la consigna del “estudio sobre su habitar en el Centro”. Esta instancia, a modo de triangulación, puede aportar a la validez ecológica del estudio (Concha; Barriga & Henríquez, 2011; Parker, 2000), a la vez de contener las consideraciones epistemológicas, éticas y políticas ya expuestas. Finalmente, el grupo de reflexión con el que trabajamos los resultados preliminares -12 participantes-, fue heterogéneo en cuanto a edades – entre 26 y 73 años-, género, permanencia y vínculo con la investigación. Esta instancia grupal fue sustancial a la hora de cotejar categorías primarias de investigación y profundizar en alguna de ellas, así como la emergencia de nuevas categorías. La participación fue activa, generando interés y diálogo entre los residentes quienes manifestaron valorar la

⁵ En un caso por encontrarse internado en un centro hospitalario momentáneamente, en la mayoría por haber egresado del Centro y no poder trasladarse hacia allí el día del encuentro, en otro caso no se logró contactar a la persona una vez egresó del Centro.

instancia y el deseo de nuevos encuentros para la reflexión colectiva sobre el habitar en el Centro.

4.4. El análisis

Se realizó un análisis del contenido de las entrevistas y observaciones realizadas. El análisis se efectuó durante todo el proceso y en base a esto se fueron definiendo algunas categorías cuyos resultados trabajamos colectivamente en la instancia grupal. Con los datos obtenidos, se realizó una codificación y categorización para la elaboración de teoría sustantiva.

Para analizar los habitares consideramos los sentidos otorgados a la experiencia de residencia en el Centro y específicamente a los vínculos establecidos durante la estadía. Para pensar los procesos inclusivos tomamos como referencia primaria la dimensión relacional donde incluimos los sentidos de apoyo y pertenencia a colectivos, grupos, comunidades, así como el carácter autónomo y transformador de los vínculos generados. Durante el proceso investigativo, la dimensión social – histórica asociada al ingreso al Centro, tomó relevancia, por lo que se la incluyó como categoría de análisis.

Utilizamos como herramienta informática el programa de análisis cualitativo MAXQDA para codificar y categorizar el material de campo. Tomando los aportes de la Teoría Fundamentada, realizamos una codificación del contenido del registro del diario de campo y de la transcripción de las entrevistas en profundidad. La codificación surgida de la comparación constante de los datos obtenidos y de su interpretación, permitió descubrir relaciones, dando lugar a una codificación abierta surgida de los contenidos. Luego, las codificaciones fueron comparadas con categorías teóricas definidas en la primera fase de codificación. Este vaivén de codificación, re codificación permitió establecer propiedades y dimensiones, dando lugar a la codificación axial.

Las categorías definidas, en función de su preponderancia pueden constituirse en centrales ya sea porque: se relaciona con todas las otras categorías, aparece con frecuencia en los datos, surge de forma lógica y consistente, tiene un nivel importante de abstracción, se integra a otros conceptos aportando densidad a la teoría, explica tanto los aspectos centrales como sus variantes (Soneira, 2006). La definición de categorías y las propiedades de las mismas nos permite discutir los resultados con otras teorías y realizar proyecciones.

4.5. Presentación de las categorías construidas

Nuestra investigación refiere a los habitares que se construyen en un Centro residencial que brinda servicio público de cuidados. La disposición del Centro organiza y controla varios aspectos de la vida diaria de sus residentes, lo que refiere en algunos aspectos a lo que Goffman (2001) llamó Institución Total. En este sentido, como establecimiento social donde se reside y se trabaja permanentemente, donde algunos de ellos están encerrados o se debe solicitar permiso especial para salir, y donde hay rutinas diarias administradas formalmente, el Centro adopta características de una Institución Total generando fuertes procesos subjetivantes, en la llamada *carrera moral* (Goffman, 2001) del residente. En este sentido, y considerando el objetivo de esta investigación, la pauta de entrevista comenzó con la pregunta por el *ingreso al Centro, la llegada*, por lo que aspectos del dispositivo hicieron figura en el relato de los entrevistados, marcando una temporalidad en virtud del adentro y el afuera: el *antes*, el *durante* y el *después* (del ingreso al Centro) claramente emergen como tres categorías generales. De esta forma, los relatos referidos al ingreso ponen el acento en diferentes aspectos de la salud y de las relaciones sociales, esto incluye lo económico, de modo que el *Motivo de ingreso* se ha constituido en una categoría en sí misma. En lo concerniente al *antes*, preferimos hablar de *trayectorias*, pues esta noción alude a una construcción narrativa, a modo de recorrido, que da sentido a su situación actual en el Centro. Esta categoría se ha conformado a partir de las *trayectorias en salud, laborales, familiares y en la educación*, que surgieron en los relatos de los entrevistados con un peso considerable. El *durante* como categoría se ha denominado “*en el Centro*” y está compuesta por alusiones a *gestiones para la vida diaria* y los *vínculos entre pares, con los trabajadores y con los técnicos* –colectivos de actores identificables⁶. El *después* como categoría se sintetiza en una única llamada *proyecto*. En cuanto al contenido que refiere a otros territorios existenciales, más allá del Centro, la categoría de *Redes* ha operado transversalmente, ésta es una categoría que atraviesa las otras y, por su presencia, se ha constituido en relevante.

A partir de esto, el análisis y la discusión de los resultados lo organizamos en cuatro capítulos referidos a: la *dimensión histórica – singular* de los entrevistados, sus trayectorias familiares, laborales, asistenciales; la *dimensión relacional, coyuntural*, sus redes, los vínculos establecidos en el centro; los *aspectos vinculados al dispositivo*; finalizando con una

⁶ Identificando por su presencia cotidiana, los distintos colectivos - actores en el Centro serían: **usuarios o residentes, trabajadores** (en seguridad y vigilancia, limpieza, lavandería, mantenimiento, cocina, acompañantes) y **el equipo técnico** (si bien son trabajadores, se diferencian en la administración del poder, pues éstos son operadores directos de la política).

síntesis sobre los *sentidos desplegados hacia el futuro* a partir de los proyectos. De esta forma, el mapa de categorías y sub categorías se ha dispuesto según el siguiente cuadro.

Motivo de Ingreso		Dimensión histórica-singular
Trayectorias	en salud	
	Laborales	
	Familiares	
	Educativas	
En el centro	Gestiones de la vida diaria	
	Vínculos	con pares
		con equipo técnico
		con otros trabajadores
Redes		Aspectos vinculados al dispositivo
Proyectos		Dimensión relacional
		Sentidos desplegados a futuro

Tabla 2 – Categorías de análisis del contenido.

5. Análisis preliminares

5.1. Sobre la muestra

Entendemos que la constitución de la muestra, en cuanto a género y edad, son significativas en tanto el factor determinante para la participación refiere al interés, la voluntad y el deseo expreso de participar, además de requerir las condiciones físicas y psíquicas para realizar una entrevista. En este sentido, la muestra expresa estas cualidades en los residentes que la integraron. Si bien, no contamos con datos sistematizados en cuanto al perfil de la población del Centro –ya que éste es bastante heterogéneo y rotativo-, por las observaciones realizadas y algunas conversaciones informales notamos que no accedimos a entrevistar a mujeres adultas mayores, las que sí tienen una importante presencia en número. Esto puede abrir una línea de análisis en función al lugar que estas mujeres adultas mayores tienen en el Centro –principalmente en cuanto a la participación-, las causas de su residencia allí –que en la gran mayoría de los casos va más allá que la recuperación, principalmente por no contar con soluciones habitacionales y de cuidados para estas personas-, y el estado

de salud en general –sobre todo en materia cognitiva-. De esta forma, podemos decir que entrevistamos adultos *activos en el Centro*, y éstos constituyen mayoritariamente hombres con una edad promedio de 54 años.

En cuanto a los motivos de ingreso, la muestra evidenció una gran diversidad. Si tomamos en cuenta las dimensiones que son consideradas por la organización, donde las causas son denominadas como *médicas y sociales*, notamos que aparecen estos factores en el discurso de los entrevistados, con pesos diferentes en cuanto a explayarse más en las causas médicas o en las sociales, pero siempre están ambas presentes aludiendo a éstas de diversas formas. Este es un aspecto relevante que se halla en los fundamentos de este estudio, pensando la dimensión del cuidado como aspecto común a los sectores de la salud y de lo social. Es interesante observar cómo los motivos de ingreso, que se construyeron en diferentes tiempos y procesos –algunos de hace muchos años-, dan cuenta de trayectorias vitales que se han fragilizado, siendo la estadía en el Centro un quiebre a su cotidianeidad, una ruptura (Álvarez Pedrosian, 2009). En la mayoría, la enfermedad aparece como desencadenante principal en el ingreso. La condición de transitoriedad también se torna significativa en términos de la vida cotidiana, marcando diferentes tipos de temporalidades.

Otro elemento a destacar, que surge de la muestra conformada, es el tiempo de permanencia en el Centro. Si bien en los entrevistados osciló entre los 3 meses y un año, el promedio de estadía fue de 5 meses. Esto también nos puede dar una señal de los procesos subjetivos en cierta forma de apropiación de su habitar en el Centro, habitar del que pueden y quieren hablar. Consideramos este punto a partir del interés, el movimiento y la acción - implicada en la expresión manifiesta y en el sostén de la propuesta- para participar en este estudio. El factor tiempo dentro del Centro, como “antigüedad” se ha ido conformando en una categoría relevante en el habitar, y este aspecto puede expresarse en la conformación de la muestra.

5.2. El Centro y su funcionamiento

5.2.1. Recursos humanos y características edilicias

En la casa brindan servicio cinco cooperativas sociales formadas a partir de la Unidad de Cooperativas Sociales del MIDES con población que se considera en situación de vulnerabilidad social. Éstas se encargan de tareas fundamentales para el funcionamiento de la casa: limpieza, cocina, mantenimiento, lavadero y acompañantes. La cooperativa de acompañantes, integrada por alrededor de una docena de mujeres –paulatinamente se han

integrado algunos hombres pero muy lateralmente-, ha acompañado el proyecto desde la apertura misma del Centro, éstas recibieron capacitación en materia de cuidados en el Hospital Geriátrico Piñeyro del Campo y más recientemente a partir de las primeras mediadas implementadas por el SNIC. La cooperativa de cocina se integró al Centro en el año 2010 y se caracteriza por ser una cooperativa social llevada adelante por personas con diferente tipo de discapacidad. El servicio de portería lo lleva adelante una empresa de seguridad. También se dispone de un coche oficial con chofer.

El edificio donde se ubica el Centro de Recuperación fue brindado en comodato por el BPS a través del Programa de Viviendas para Jubilados, en acuerdo con la Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas del Uruguay (ONAJPU), funcionaba como Residencial para adultos mayores de una colectividad de nuestro medio. Se encuentra en un barrio residencial de la capital del país, a unos treinta minutos del centro. Se compone de un amplio edificio con elementos que permiten la movilidad a sus usuarios (Domínguez, 2009). El lugar cuenta con un comedor, un living, dos salas de estar y una biblioteca rodeados por un verde jardín. Las salas de estar tienen sillones, tres grandes televisores con señal por cable, y una sala cuenta además con aparatos –caminadores- y una barra para realizar ejercicio físico. En los sectores de habitaciones hay una oficina para el personal técnico del área social (trabajadores sociales y psicólogas), dos enfermerías (una grande y otra pequeña con distribución de tareas) y una oficina administrativa. Las acompañantes cuentan con un pequeño vestuario-oficina en uno de los sectores con habitaciones y una amplia mesa con armario en una de las salas de estar. Hay un subsuelo donde se encuentran los vestuarios y sectores de descanso de la cooperativa de limpieza, y el lavadero con espacio para la cooperativa correspondiente. La cocina es amplia y está equipada profesionalmente. En ella desempeñan tareas alrededor de cinco personas por turno, cuentan con un sector de vestuario en una de las alas de habitaciones. El edificio tiene un amplio jardín central, rodeado en forma de U por alas con habitaciones a ambos lados y salas de estar al centro. Cuenta también con otro sector lateral con habitaciones y las oficinas del equipo técnico y una enfermería, esta ala tiene salida a un jardín posterior de grandes dimensiones. La construcción se destaca por su funcionalidad y accesibilidad en los distintos sectores. Las habitaciones son pequeñas y muchas cuentan con baño privado, todas tienen ventanas y algunas tienen balcón al jardín. En ellas se alojan entre una y tres personas por habitación. El jardín está cuidado y cuenta con sillas y juegos infantiles. Lo precede un cerramiento en vidrio y aluminio a modo de patio de invierno y una amplia sala doble con ventanal. El comedor es amplio e iluminado y se organiza en tres largas filas de mesas y sillas. Una sala principal es donde está la entrada que también es vidriada con un amplio ventanal al frente y al fondo, desde ella se ingresa también a un sector superior con habitaciones donde a veces se alojan pacientes del

Hospital de ojos. El Centro tiene aproximadamente 50 habitaciones, su número es variable pues algunas habitaciones se disponen para otros usos, a veces como oficinas, como depósito o permanecen reservadas para usos institucionales.

La Casa se organiza en tres turnos: mañana, tarde y noche; cada turno con personal de todas las áreas, salvo en la noche en que sólo permanece el servicio de acompañante y portería-vigilancia. El servicio de enfermería comienza a las 7:00 am y se extiende hasta las 00:00 horas. Los otros colectivos de trabajadores se hallan en el Centro entre las 7:00 y las 22:00 horas aproximadamente. Los fines de semana si bien se reduce el personal técnico y administrativo, permanece una guardia. El resto de los trabajadores mantienen horario habitual de trabajo. Se estima que trabajan en el Centro aproximadamente un centenar de personas en una distribución aproximada de esta forma: las cooperativas de acompañantes son 15 personas, en la cooperativa de limpieza son alrededor de 25, en lavandería son 5, en mantenimiento son 5, de cocina son aproximadamente 15, el equipo técnico son 15, personal de enfermería y médicos en el sector exclusivo de ASSE son alrededor de 10, y el personal de portería y vigilancia son unas 5 personas. Estas son cifras aproximadas que contemplan todos los turnos, todos los días del año, y se presentan para considerar la magnitud del Centro y sus secciones o áreas.

5.2.2. Temporalidades cotidianas: los turnos

La vida cotidiana, se organiza en tres turnos (mañana, tarde y noche), que como ya vimos implican también rotación de personal. Cada turno adopta formas particulares que caracterizan los procesos que se realizan.

La mañana en los días hábiles emergen como los más dinámicos y activos. Durante el primer turno del día es cuando se realizan los baños para todos los residentes, tarea que llevan adelante las acompañantes en las situaciones que las personas no pueden hacerlo por sí mismas. De igual modo éstas se encargan de controlar que los residentes se bañen, en los casos que las personas pueden realizar esta tarea solas. A las 8:30 se sirve el desayuno, actividad que se extiende hasta las 10:00 como máximo. Durante la mañana es que se realizan la mayor cantidad de consultas médicas, por lo que día a día, y principalmente en las mañanas, salen uno o varios grupos – de residentes y acompañantes- que son conducidos en camioneta, a diversos Centros de Salud. También se realizan los procedimientos de enfermería de rutina, como ser control de la presión, curaciones y entrega de la medicación a aquellos residentes que requieren soporte para sostener el tratamiento farmacológico.

A las 12:30 se sirve el almuerzo, tres filas de mesas se colman de residentes -muchos de ellos en sillas de rueda- y de acompañantes ayudando en la alimentación de muchas personas de manera simultánea. Las sillas entran lentamente, en filas empujadas por otros residentes, y se ubican en lugares que parecen predeterminados en la mesa. Otros ingresan al comedor lentamente ayudados de andadores y bastones. Llegan desde tres entradas diferentes. Entre las mesas circula una enfermera que reparte medicación a muchos de ellos. La indicación de la medicación en función de la ingesta de alimentos parece ser una recomendación ampliamente compartida. Grandes carros que contienen bandejas con el alimento circulan lentamente entre las filas acompañadas de un joven que dialoga con prácticamente todos los comensales mientras sirve. Es un momento de gran jaleo, risas, intercambio de palabras y otras interacciones muy naturalizadas como pasarse una jarra con agua y comentar sobre la comida.

Fragmento de diario de campo. Primavera 2013

El almuerzo marca el final del turno matutino, a las 14 horas rota un importante número del personal. El turno de la tarde aparece algo más tranquilo. Comienza con la siesta obligada para los residentes, a quienes se les solicita permanezcan en sus habitaciones para poder efectuar la limpieza del centro, tarea que se ha coordinado para efectuarse entre las 14 y las 16 horas, tiempo dedicado a la siesta. Si bien no todos duermen en ese tiempo, la actividad en la casa disminuye considerablemente, observándose a las limpiadoras lavando los pisos y a las técnicas yendo de una oficina a otra (de administración a ET a enfermería). Las acompañantes también cambian de turno por lo que el comienzo de la tarde implica una puesta a punto de lo sucedido en el día, indicaciones y novedades que son transmitidas verbalmente por quienes se van a quienes ingresan, y/o registradas en un cuaderno de comunicación propio. A las 16 horas las acompañantes comienzan a levantar a los residentes de la siesta, conduciendo a la sala de estar a algunas personas en sillas de rueda o con dificultad en el traslado, y a las 16:30 se sirve la merienda por lo que nuevamente, en forma paulatina comienza a llenarse el comedor de personas, sillas de ruedas y carros, esta vez con grandes jarras de leche, té o café. Ahora circula el pan y el dulce. También se reparten medicamentos y se realizan controles de glicemia. Del mismo modo que al comienzo, al finalizar la merienda, lentamente se van levantando de la mesa dirigiéndose la más de las veces a las salas o al patio. Jueves y Domingos son tardes especiales pues son días habilitados para las visitas –entre las 16 y las 18 horas- y circulan muchas otras personas, que se agrupan junto a residentes en distintos espacios de la casa, produciendo en las grandes salas de estar pequeños rincones de encuentros.

Luego de la merienda, la mayoría de los residentes se encuentra en alguna de las salas, mirando algún programa de televisión, jugando a las cartas o conversando. Cuando el

tiempo amerita, la sala de estar se abre al patio, donde se agrupan sillas a la sombra de algún árbol. La cena se sirve a las 20:00 horas y el ritual de la alimentación se repite una vez más. Esta vez indica el fin del turno vespertino. Sobre todo las acompañantes y el personal de enfermería preparan el cierre de la jornada acostando a quienes necesitan ayuda para ello, y organizando las tareas para la siguiente jornada.

Las acompañantes junto al servicio de portería y vigilancia son las únicas que cubren 24 horas, quedando pocas trabajadoras en el turno de la noche. Pero como un sector de la planta física es compartida con ASSE, donde alojan personas operadas del Hospital de Ojos residentes en el interior del país⁷, se encuentra en un ala en planta alta. y en el mismo brazo, en planta baja se encuentra una Base de la Emergencia de RAP ASSE, que también permanecen en la noche personal de enfermería del Hospital de Ojos y personal de RAP ASSE, chofer, médico, enfermero de guardia. Éstos otros se hacen más visibles durante la noche, cuando la actividad de la casa desciende al mínimo. Algunos residentes –permiso mediante- permanecen en las salas, mirando televisión, hasta las 23 horas o hasta medianoche, luego todo se apaga, solo por unas horas, pues a las 6:00 comienzan a llegar trabajadores del turno matutino.

Los fines de semana y feriados baja algo la actividad, no se producen salidas a consultas médicas, ni trámites, el equipo técnico se reduce al mínimo.

La dimensión del trabajo está fuertemente presente en el Centro, de la mano de la organización que se da en la vida cotidiana. Los turnos, la entrada y salida de trabajadores, marcan los ritmos en función de la organización para el trabajo. Este es un eje de subjetivación fuertemente presente en el habitar de sus residentes. También nos remite a un dispositivo fuertemente burocratizado, donde se ordena y administra minuciosamente la vida cotidiana.

⁷ Estas personas permanecen en el Centro entre 48 y 72 horas como máximo, y han disminuido en número en el correr de los años, donde ya se ha pesquisado todo el país. Al momento de este estudio se estaban realizando muy pocas intervenciones, por lo que la presencia en el Centro de estas personas operadas no fue significativa.

6. Resultados y discusión

6.1. Dimensión histórica singular

6.1.1. El Motivo de Ingreso o sobre cómo se construye la situación de vulnerabilidad.

Uno de los criterios de ingreso al Centro desde los planteamientos institucionales es la situación de vulnerabilidad social; de hecho, muchas políticas sociales se crean ante estas situaciones. Pero ¿qué quiere decir vulnerabilidad social? ¿Cómo se construye su sentido? Desde distintas líneas teóricas, como ya hemos visto, se la asocia a las carencias económicas y/o a la debilidad de redes sociales, así como también a la etapa previa de “enfriamiento del vínculo social que precede a su ruptura” (Baraibar, 2000 pp.13), una etapa previa a la exclusión, o desafiliación (Castel, 1997). La noción de exclusión social se encuentra fuertemente implicada en la de vulnerabilidad social. Los sentidos que portan las políticas orientadas a la vulnerabilidad social se asocian a los de la exclusión social aludiendo a la noción de proceso, siendo la situación de vulnerabilidad una etapa previa a la de exclusión, destacando dos grandes dimensiones: la económica – laboral, y la vincular social – familiar (Castel, 1995a).

En este estudio, al preguntar sobre el ingreso al Centro, emergen aspectos de las dimensiones vinculadas a los procesos de exclusión, junto a las causas médicas. Siguiendo los criterios institucionales, las causas son médicas y sociales, y esto surge en el discurso de los entrevistados, aunque con pesos relativos y no disociados. Unas veces, la respuesta a la pregunta por el motivo de ingreso se remonta muchos años atrás, a veces a la propia infancia de los residentes, donde comienza a tejerse una trama que explica la ausencia de protección social por la vía familiar, en otros casos se expresa una búsqueda de esa protección por parte del Estado ante situaciones de crisis. Y en otros, el motivo de ingreso es el resultado de una ruptura, un accidente, una caída, generalmente asociado a la afección orgánica, un problema de salud en un mal momento.

“...porque mi familia es disfuncional, por eso estoy acá, si no estaría con mi familia ¿entendés?...” Entrevista A

“yo caí hace 14 meses en un resbalón y me partí la cadera, casi me desnucó, (...) ahora ya no tengo donde... no tengo recursos, porque tuve que entregar el apartamento, (...) tengo que recuperarme bien para poder reinsertar en el ambiente laboral...”

Entrevista D

Otras situaciones plantean problemas de salud de hace muchos años, que han implicado sucesivas internaciones, disrupciones e intervenciones consecutivas en su vida cotidiana, a la que ahora se suma el ingreso a este Centro de Recuperación.

“ hace 8 meses (...) que no voy para casa, yo no tengo problema, no estoy en situación de calle, digo, vivo (acá) porque era lo mejor, el hospital no era... me querían sacar del hospital, estuve 3 meses porque no querían que agarrara nada, aparte estaba en cuarentena por una (...) bacteria de la diarrea, no me acuerdo cómo se llama ahora, de 14 camas éramos 2 que nos habíamos agarrado y querían sacarme del hospital, y mi casa no era el lugar adecuado para la recuperación, por muchos motivos, por el tema del cigarro, por el tema de que mi casa no está adecuada para una silla de rueda porque para entrar al baño tengo un escalón, para mi cuarto tengo un escalón, para entrar a la calle un escalón, para salir al patio un escalón, estaba teniendo... los niveles de diabetes no bajaban de los 2,50, ta, eso por el tema del hospital, también lo mismo, acá estoy teniendo los niveles más bajos..

Entrevista G

En el siguiente cuadro se detallan en un sentido amplio los motivos de ingreso expresados en cada una de las entrevistas.

Síntesis Motivos de Ingreso	
Causa Médica	Causa Social
Recuperación de operación por aneurisma quístico en el cerebro.	Vive sola.
Bronquitis. Infección respiratoria	Situación de calle
En estudio posible daño neurológico	Vivía en el exterior.
Fractura de cadera – Alcoholismo	Vivía en pensión y no pudo continuar pagando luego de una larga internación
Infección en dedo del pie	Situación de calle hace un mes (antes ocupante en un edificio)
Fractura de cadera – Alcoholismo	Situación de calle desde hace unos meses
Erisipela. Diabético Tipo A. Amputado de una pierna.	Vive solo.
Quebradura de tibia y peroné.	Vive solo.
Erisipela extendida en piernas. CTI	Vive solo al fondo de la casa de las hijas. Vivienda inadecuada.
VIH en etapa SIDA	Vivía en el exterior.

Tabla 3 – Motivos de ingreso al Centro

Si analizamos las llamadas “causas sociales” vemos que aspectos como el vivir solo o el volver al país, luego de residir unos años en el exterior, parecen indicar algo más de lo que el titular dice. Al igual que aquellas personas en situación de calle, la vivienda como problema social ha hecho figura en las llamadas “causas sociales”, a veces por inadecuada o alejada de los servicios, otras veces por carecer de la misma y no poder costear un sitio de alquiler. La llamada vulnerabilidad relacional también está presente, pues no se cuenta con referentes que puedan auxiliar o sostener a estas personas ante la dificultad por la que transitan. Del mismo modo, muchas de estas personas necesitan un espacio habitable con características particulares que pueden implicar accesibilidad con silla de ruedas o muletas, o extremar los cuidados en higiene. También necesitan cuidados, así como el poder trasladarse para realizar los tratamientos indicados, lo que a su vez exige determinada infraestructura y logística, que no se consigue. En la actualidad, tanto el acceso a cuidados como a medios de transporte o logística, se encuentran ligados a la estructura económica, esta mercantilizada. El sistema de cuidados en nuestro medio, hasta el momento, es privado, familiarizado y feminizado (MIDES, 2014 p.9). En este sentido las causas relacionales y las económicas se encuentran ligadas. Esto nos remite a pensar en un modelo de protección social que se apoya en la familia y/o el mercado para el acceso a bienes y servicios, lo que sitúa a estas personas en situación de vulnerabilidad ante las carencias económicas y de redes de sostén familiares. En este sentido, la delegación de las tareas de cuidado al ámbito familiar portan un modelo de producción y reproducción social capitalista y patriarcal (Esquivel, Faur & Jelin, 2012).

Los estudios de desigualdades, tanto económicas como de género, están indicando la relevancia que las tareas de cuidado tienen en el sistema económico y social. Estos son elementos que se están teniendo en cuenta en el diseño de un sistema de cuidados (MIDES, 2014) y que se encuentran presentes en este estudio, principalmente asociados a las condiciones de ingreso a este Centro de Recuperación. En este caso, la protección social desde el Estado aparece ante la falta de las otras dos dimensiones, por lo que se apoya en un modelo tradicional que encomienda los cuidados, en primer término, al ámbito familiar y privado, generando una política ante la carencia de los otros soportes. En este sentido, el modelo de política pública es asistencial, pues adopta un rol paliativo, se estructura en base a necesidades y no modifica la estructura social (Alfaro, 2012).

Podemos agrupar estos contenidos referentes a los factores que incidieron en el ingreso al Centro, en función de la alusión directa o preferencial a: una *dimensión vincular* (vivir solo, el aislamiento progresivo), otras a una *dimensión económica* (la gratuidad, la imposibilidad de trabajar), y otras a ambas (no tener quien lo cuide, no tener dónde ir, situación de calle). Teniendo presente que estas dimensiones siempre están interrelacionadas.

Código	Dimensión
Vivir solo	Vincular
El aislamiento progresivo	
La gratuidad	Económica
La imposibilidad de trabajar	
No tener quien lo cuide	Vincular y Económica
No tener dónde ir	
Situación de calle	

Tabla 4 – Dimensiones asociadas a los motivos de ingreso al Centro

Las personas que vivían en el exterior hace ya varios años, al encontrarse con problemas de salud, deciden regresar para recibir asistencia, ya que no contaban con ese derecho en sus países de residencia. Uno de ellos llevaba residiendo casi 20 años en un país vecino, y había construido vínculos con amigos que ahora echaba de menos. Si bien mantenía cierto nexo con nuestro país, a través de algunos familiares, sus redes de confianza se encontraban en su país de residencia. Trastornos en la motricidad lo llevaron a decidir volver y atender su salud, lo que lo separó de sus habituales redes de sostén. Al regreso al Uruguay ingresó en el sistema de refugios, pues no contaba con recursos económicos como para costear un lugar donde residir y sus referentes familiares no podían mantenerlo. Ya desde su llegada a Uruguay, un año atrás, tenía dificultades para desplazarse, ahora lleva ya casi un año en silla de ruedas. Su trastorno a nivel neurológico le ha afectado desde la motricidad fina hasta la marcha.

“...fui a la casa de mi hermana, pero no me vi bien, porque ella no podía mantenerme, entonces sali de la casa de ella y fui a la casa de otra hermana pero no podía mantenerme porque tiene un nivel muy alto y creo que no le guste que yo entre en el ambiente de ella, entonces me mandó a la calle Convención, con el marido, y de ahí me mandaron al refugio, y del refugio después de un tiempo me mandaron para (el Hospital) Pasteur a hacer estudios y estuve un mes, después hicieron un resumen y me mandaron para aquí...”

Entrevista C

En el otro caso se trata de una joven que residió unos pocos años en el exterior, luego de conocer una persona, vía internet, con quien decide irse a vivir. Al poco tiempo de su regreso a Uruguay enfermó y no contaba con recursos económicos para costear una vivienda sin trabajar, a la vez que sus referentes familiares tampoco contaban con espacio donde alojarla.

“...porque yo no estaba en el país, los últimos 3 años estuve (...) trabajando y viviendo con la pareja que tenía allá (...) y de lo que llegué al Uruguay, mucho no he tenido oportunidad ni de andar por las calles ni en ningún lado porque este... todo lo que yo tengo, de las enfermedades (...) la he pasado de hospitales en hospitales, como haciendo tipo tour.”

Entrevista J

La alta movilidad residencial se ha constituido en un elemento clave en la construcción de la vulnerabilidad social, la que al coincidir con un proceso de enfermedad más o menos grave, se produce un quiebre donde la persona entra en situación de emergencia que requiere de una intervención –en este caso- estatal. Esto nos conduce a pensar en el alto número de retornados a nuestro país en los últimos años, y las importantes corrientes migratorias que se producen a nivel mundial, lo que puede incidir en la generación de situaciones de vulnerabilidad.

Por otra parte cabe destacar el protagonismo de las personas en la gestión de su ingreso al Centro. En este sentido vemos cómo, dos mujeres y un hombre entrevistados, prácticamente han autogestionado su ingreso, anticipando la necesidad de este recurso, han movilizad sus redes, solicitado ayuda profesional y recurrido a las Instituciones del Estado. La figura del Trabajador Social emerge en estas situaciones con fuerza. Este aspecto es importante en la dimensión política de la inclusión, pues alude a la apropiación de recursos e información que habilitan el acceso a servicios sociales.

“¿Y porque fue que ingresaste?”

- Porque a mí me hicieron una operación de un aneurisma quístico en el cerebro (...) para retirar parte de un tumor (...) entonces ellos ya me habían dicho que no se podía retirar todo y los riesgos que había, que era de alto riesgo... entonces yo ya había hablado con la asistente social, <mirá yo vivo sola, así que cuando salga, si es de alto riesgo yo no me puedo arreglar...> entonces cuando me dieron el alta médica llamé de vuelta a la asistente social y le dije que necesitaba que me hiciera el trámite este, porque cuando estuve internada las personas que me cuidaban una sabía de este centro...”

Entrevista A

“...era consciente que yo en el SMI (Servicio Médico Integral) no me puedo quedar a vivir, entonces de ahí llamé a un Asistente Social (...) y le pedí que... yo le digo <mirá, no sé, me siento bajada de un platillo volador, te digo sinceramente porque desde que llegué (al país) he estado en los hospitales, por favor, conseguíme un lugar que sea las 24 horas que yo pueda hacer todas las cosas que yo necesite ¿no? porque no puedo estar todo el día en la calle, con la lluvia, con el frío, ir a un lugar a dormir de noche, y después al otro día que me saquen corriendo porque a tal hora te tenés que ir -porque son así los Refugios- y yo necesito

una tranquilidad, una cosa que yo pueda estar y pueda hacer lo que necesito para poder seguir adelante, porque si no, yo no puedo> entonces ella me averiguó de este lugar ...”

Entrevista J

En este sentido, también se han dado situaciones opuestas, de no tener injerencia en su ingreso al Centro, desde una posición pasiva en la que otros han tomado la decisión. Este elemento que nos indica una posición subjetiva en relación a la autonomía, que puede estar relacionada –tal vez potenciada- por el proceso de enfermedad junto a cuestiones estructurales.

“...¿qué fue lo que me pasó? ah! tuve una bronquitis fuerte por el cigarrillo, bah, fumaba, te digo por el cigarrillo... pero tenía fiebre, el cigarrillo no te da fiebre, y yo estaba en un refugio y no podía salir a la calle, ahí tenías que salir a la calle, entonces este... me derivaron para acá, porque pidieron un 24 horas y me trajeron para acá, no sé si lo pidieron en Puerta (de Entrada a Refugios), no tengo idea, lo tramitaron allá”

Entrevista B

“...fue después de la infección, exactamente, y de ahí fue cuando me operaron en el (Hospital) Español y después de ahí me derivaron para el (Hospital) Pasteur, y después de allí este... optaron por venir, para que viniera para acá para la recuperación del pie ¿viste?”

Entrevista E

Analizando los sentidos que adopta el ingreso al Centro y los procesos autonómicos, cabe preguntarse por las posibilidades de elegir residir allí. Si bien las personas al ingresar firman un acuerdo con la aceptación de ciertos términos, parece ser que en sus condiciones, no cuentan con otras opciones. El ingreso al Centro se vincula directamente con una estrategia de supervivencia, lo que se reflexiona y se expresa.

“...hoy sinceramente le digo, que si hubiese ido para mi casa, hubiese... estaría totalmente arrepentido, y con un resultado que no me lo quiero ni imaginar, con la pierna amputada!”

Entrevista G

“...acá está más contenido porque tenemos que estar acá, porque más allá de que nos digan que nosotros estamos voluntariamente, a su vez no es tan voluntariamente porque nadie quiere estar enfermo y tener que estar internado, nosotros como que nos tenemos que cargar obligatoriamente esa mochila encima y hacer las cosas aunque no las quiéramos hacer, porque (...) si a nosotros se nos antoja y nos vamos, sabemos que nos podemos hasta morir, y nadie quiere morirse, entonces, lo que genera todo esto es el aislamiento que tenemos...”

Entrevista J

En cuanto a las expectativas al ingreso al Centro algunos entrevistados esperaban más fisioterapia, un seguimiento más próximo, una casa pequeña donde pasar un período enfocado en su recuperación o más actividades. Al mismo tiempo se plantea que resultó una buena opción, rescatando contar con elementos necesarios para el cuidado de sí. En varias situaciones se expresa gratitud hacia el Centro y los cuidados que brinda. Un entrevistado se refirió a su estancia en el Centro como *unas vacaciones* donde recuperarse. De igual manera, se plantea que resulta tedioso vivir de vacaciones y que, en varios momentos, se siente el agobio del encierro. La necesidad que las situaciones vitales imponen son a la vez Motivos de Ingreso y de permanencia, pero tensionan la autonomía de los sujetos.

“...¿sabés lo que pasa? que todo... digamos, estar acá ¿cómo explicarte? viene a ser unas vacaciones... pero llega un momento que las vacaciones te cansan ¿ta?... entonces, escucháme, vos hacés por lista propia tus cosas...porque acá dependés y yo no estoy acostumbrado a depender, siempre fui yo una persona que me llevé por mis propios actos y todo ¿viste?... y... no, no me cuesta, pero llega un momento que va a llegar a costarme...”

Entrevistado E

Finalmente, si analizamos el desencadenante en el ingreso al Centro, en todos los casos refiere a un problema de salud así como al tratamiento y la recuperación de ese problema de salud -que es *“la gota que desborda el vaso”*- es el determinante de la permanencia en el Centro. De esta forma, la enfermedad como desencadenante se hace figura sobre un fondo que refiere a las situaciones de vulnerabilidad social. En este sentido el protagonismo lo adquieren los fenómenos biológicos, concentrando las intervenciones que apuntan a aquello que desencadenó el ingreso. El *motivo de ingreso* y el de permanencia integran el sentido que tiene su estancia en ese lugar, mientras que la construcción de la situación de vulnerabilidad social requiere una deconstrucción histórica y su problematización. El porqué ingresaron y el porqué permanecen refieren al porqué estar ahí ahora, lo que conlleva un marco lógico, un posicionamiento. En este sentido, la predominancia del sector salud empobrece los abordajes sociales, pues la dimensión social e histórica no es abordada en sí misma, permanece implícita y, a nivel institucional, parece incuestionada, naturalizada. o lo que es peor, sentenciada.

6.1.2. Trayectorias de afiliación

Los relatos siempre incluyeron la dimensión histórica, esta dimensión alude a las relaciones sociales y espacios de integración significativos para los entrevistados, los que surgen en los relatos asociados al ingreso al Centro o en referencia a aprendizajes y experiencias de vida que se re significan en el presente. En esta dimensión histórica las alusiones a la *familia* y al *trabajo* son predominantes, ambas categorías refieren a instituciones con un fuerte simbolismo y presencia en las elaboraciones sobre la inclusión social. Tanto la familia como el trabajo refieren a espacios sociales altamente valorados y a los dos grandes ejes de integración que expresan trayectos de afiliación o desafiliación (Castel, 1997).

Esto emerge claramente en el contenido del discurso de los entrevistados lo que da cuenta de una integración que involucra aspectos inter-subjetivos. Estos aspectos también aluden a la convivencia en el Centro, pues se constituye en una dimensión social-compartida, un lenguaje común, que habilita la comprensión mutua. En este sentido, la familia y el trabajo se instauran simbólicamente como referencia para un habitar colectivo.

En relación a las familias, las alusiones a madres, padres, hermanas y hermanos, hijos, están presentes en todas las entrevistas. Algunas veces se ocupa gran parte de la entrevista en temas y tramas familiares: deudas materiales, herencias, protección, sostén, conflictos. Otras básicamente, en una historia de cuidado parental como único sostén material y afectivo, que al perderse coloca a la persona en una situación de vulnerabilidad por carencia de otras estrategias de supervivencia.

En prácticamente todos los casos la familia ocupa un lugar relevante. El sistema de códigos relativos a esta categoría se ha ordenado en tres grandes grupos: *Inestabilidad – conflictividad* y *apego* en cuanto a la familia de origen, y *separaciones* referidas a las relaciones conyugales. Como veremos más adelante, estas categorías se re significan en los vínculos que se establecen en el Centro.

Las categorías de *Inestabilidad y Conflictividad* agrupan aquellos relatos que contienen elementos que marcan discontinuidades en el vínculo con su familia primaria, distanciamientos o conflictos. En este sentido muchas veces se conjugan malas relaciones con desvinculación. Otras veces había buen relacionamiento, pero el distanciamiento estuvo vinculado a persecuciones políticas de un familiar, a exilios económicos que implicaron experiencias de vida en otros países, o a problemas económicos que implicaron la salida temprana del hogar. En relación a los conflictos que ocasionaron desvinculación, los mismos refieren a litigios legales no resueltos –en relación a la vivienda de los padres u otras heren-

cias-, situaciones de violencia doméstica o simplemente se refieren a “discusiones”, sin explayarse más en el tema.

“...con mi padre no, con mi padre siempre nos llevamos... mal...e incluso te digo más, mi madre murió hace 20 años casi y hay un apartamento (...) mi madre dejó un testamento en el cual le corresponde la mitad a mi padre y la mitad a mí (...) o sea, mi padre se casó con la madre del abogado, de ese que está haciendo los trámites ahora (...) parece que el apartamento está en venta, pero no lo puede vender mi padre hasta que yo no firme (...) me va a tener que pagar él a mí, y yo con eso después veré qué hago.... techo voy a comprar eso sí, es evidente, eso de cajón, lo primero”

Entrevista E

Inestabilidad Conflictividad	Familia de origen	Desvinculación temprana por motivos económicos
		Litigios legales por vivienda
		Vínculo problemático
		Alta movilidad residencial
Apego		Sentido de pertenencia al barrio
		Cuidado de un familiar
		Aprendizajes para la vida social
		Alcoholismo
Separaciones	Relaciones Conyugales	Vínculo con ex pareja
		Vínculo con hijos

Tabla 5 – Códigos de las relaciones familiares

La categoría de *apego* contiene los sentidos de unión a su familia de origen y a su entorno. Alguno de los entrevistados se han referido a su barrio de procedencia, con un fuerte sentido de pertenencia, construyendo una identidad en función de ello; otros se han referido a su familia de origen desde una dimensión educativa, pues expresan que han aprendido a relacionarse, a conocer a la gente y otras habilidades sociales en el seno familiar primario; en otros casos se ha asumido el cuidado de sus padres hasta el fallecimiento, finalmente aparece el alcoholismo como tema familiar que se repite y que varios entrevistados encarnan como sujeción a un modelo.

“...mi madre me enseñó siempre a ser educado y sociable, antes de todo, que en paz descanse, la adoro, (...) en este momento me hubiese gustado tenerla... hubiera sido una base fabulosa...” Entrevista E

“...todo por el alcohol, (...) terminamos como chorros, mi padre, mi madre, mi hermana, y yo, terminamos ¿cómo se llama? viviendo en... no pudimos pagar el alquiler del apartamento, terminamos viviendo en un conventillo ¿ta? mi madre falleció a los 52 años, también de cirrosis, mi padre no, mi padre falleció a los 86 ¿no? ta, y yo... ¿cómo se llama? yo empecé a tomar cuando empezó... cuando falleció mi madre, a los 25 y de ahí empecé...”

Entrevista F

Las referencias a las trayectorias familiares también implican un tramo de su vida en pareja, lo que ha ocurrido en casi todos los casos. Esta categoría se denomina *separaciones* pues las alusiones a la vida en pareja siempre se refieren a *separaciones*. En algunas historias la convivencia fue de varios años, en otros casos se refieren a una corta relación, también hay quien refiere a múltiples casamientos y divorcios. De todas formas, la separación ha implicado una fuente de conflicto que incluye momentos de tristeza y estrés en la vida de los entrevistados. Es interesante destacar que en varias historias los vínculos con las ex - parejas se mantienen, oficiando de sostén, referencia y amistad. Estos vínculos constituyen la trama relacional actual de algunos entrevistados. Otro aspecto a destacar en cuanto a la trayectoria familiar en relación a la vida conyugal es la presencia de hijos en la mitad de los entrevistados, en todos los casos con un vínculo débil en cuanto a que no los visitan, o están en otra ciudad o tienen muy poca comunicación. El vínculo con los hijos es intermitente por periodos, conviviendo en algunos momentos y con escaso diálogo en otros.

“...estoy casado, tengo un hijo, mi hijo tiene ahora unos 18 años, casi 19 tiene, soy casado 3 veces, legales eh! Vamos a entendernos (...) casado legalmente y la tercera fue que tuve el pibe, y bueno ta, cosas que pasan en el matrimonio ¿no? (...) fijate que mi hijo va a tener 18 ahora y debe hacer unos... sí, unos 11 años (que me separé),(...) yo lo llamo por teléfono, no, no, el contacto con él yo nunca lo perdí...”

Entrevista E

“...fue todo mal, mal, pero mal, mal, mal, y después un año espantoso, yo me había separado ¿no? eh... yo estuve casado con mi señora, estuve casado 27 años y después vino la separación, claro, eso fue después de 5 años, hace 5 años que estoy separado, (...) fue espantoso! me quedé sin trabajo, me quedé sin casa ¿no? terminé ¿cómo se llama? menos mal que un muchacho me dio una mano para cuidar ¿cómo se llama? autos...”

Entrevista J

Las trayectorias familiares señalan rupturas, distancias y cierto nivel de sufrimiento a partir de las relaciones que han dejado huellas en los entrevistados, las que emergen en los relatos generalmente dando sentido a sus problemas actuales. Estas trayectorias vinculares se actualizan en las relaciones cotidianas, como modelos de relacionamiento que dificulta o

aporta en la convivencia, en todo caso las relaciones familiares son una referencia tanto en la permanencia como en el cambio.

“... yo no soy una persona que...¿cómo es? que demuestre sentimientos, en el sentido que no lloro adelante de nadie, no lloré a mi padre cuando falleció, claro, yo tenía 4 años, pero sabía, sabía que había fallecido pero ta, no tenía mucha noción de lo que estaba pasando, (...) no lloro ante nadie (...) yo era una persona que tenía un problema y hasta que no explotaba, no se lo decía a nadie, (...), ahora no, ahora tengo una lastimadura y se lo cuento (...) digo, fui muy cerrado, y acá estoy aprendiendo...”

Entrevista G

Las cualidades de inestabilidad y conflictividad, el apego y las separaciones se vivifican en el habitar cotidiano a partir de la condición de transitoriedad que implica el dispositivo. La alta movilidad de residentes signa el tipo de relaciones, incidiendo de una forma u otra en las dinámicas vinculares. De esta forma, las características generales de los vínculos en el Centro re significan las historias singulares de sus residentes, lo que retomaremos más adelante, cuando abordemos los sentidos presentes en los vínculos dentro del Centro.

La institución educativa también estuvo presente en el contenido de las entrevistas, donde casi todos han aludido a la educación. En este aspecto los entrevistados presentan una gran diversidad, algunos poseen la primaria incompleta mientras que otros han estudiado en la universidad no culminando estos estudios. Uno de los entrevistados obtuvo un título técnico en UTU, la gran mayoría ha ingresado a secundaria pero no ha culminado el ciclo básico. Los sentidos alusivos a la educación son disímiles como los perfiles, entonces tenemos: por un lado quienes han forjado una identidad profesional a partir de sus estudios universitarios –aunque no hubiesen conseguido el título- trabajando en áreas vinculadas a su estudio; en otro caso, quien culminó sus estudios en la UTU obteniendo una tecnicatura nunca ha ejercido, dedicándose finalmente a otra cosa; en otras situaciones se han planteado discusiones a nivel familiar en cuanto a la continuidad o no de los estudios, discusiones que se inscriben en el relato en función de *estudiar* o trabajar, o en cuanto a si le gustaba o no estudiar. En general es un referente presente pero con poca reflexión en general, aparece vinculado a la historia de vida de cada uno, como componente de aspectos identitarios, ya sea por su presencia o ausencia. Siempre se encuentra asociado a un valor, si no es para sí, para los demás, un valor social – compartido, algunas veces aparece en contraposición al trabajo –estudiar o trabajar.

De igual modo, emergen las trayectorias laborales, donde se asientan gran parte de los relatos, en este caso en relación a los saberes y los quehaceres. Una característica que forjó esta categoría es su fuerte presencia en todos los entrevistados. Observamos que las trayectorias laborales son relevantes para los residentes, encontrando en el trabajo fuertes elementos subjetivantes, que constituyen aspectos identitarios. Este eje, que ha sido teóricamente denso en la bibliografía referida a los procesos de inclusión social, está fuertemente presente en los habitantes del Centro. Las particularidades se hallan en las cualidades de estos trabajos, pues es significativa la informalidad, la alta movilidad y los emprendimientos autogestivos individuales. En el siguiente gráfico se muestran las actividades desarrolladas por los entrevistados –en distintos momentos de su historia- y aspectos cualitativos referidos a la formalidad y estabilidad del trabajo y sus combinaciones, entre otros. También destacamos algunas alusiones presentes en las entrevistas sobre la incidencia de la trayectoria laboral en la situación actual.

Actividades laborales desempeñadas	Cualidades
secretaria [1]	formal - inestable [1]
dibujante [2]	formal - estabilidad [1]
construcción [1]	informalidad [4]
cuida coches [2]	informalidad - estabilidad [3]
cultivo [1]	Informalidad - alta movilidad [3]
guardia de seguridad [2]	autogestión [3]
administrativo [2]	empleo público [2]
tallereista autoayuda [1]	Otras alusiones
ventas [2]	vinculado a redes amigos [2]
atención al público en diseño grafico [1]	incidente disputa [1]
diariero [1]	pérdida reciente [1]
empleado en Cristalerías [2]	denuncia en ministerio [1]
ayudante lavado en fábrica de autos [1]	dificultades durante dictadura [1]
empleada en sector salud [1]	
tenía empresa ferretería [1]	

Tabla 6 – Códigos relativos a la dimensión laboral

*los números refieren a la cantidad de personas que plantearon estas actividades

Los aspectos cualitativos revelan historias ricas en materia laboral –en relación a la variedad de tareas desempeñadas-, a la vez que pobres en formalidad, generalizando la falta de acceso a la seguridad social. Este es un elemento importante a la hora de pensar los procesos inclusivos en materia de derechos como ciudadanos, en relación al acceso al trabajo como espacio social, y a la presencia de éste en materia económica pero sin brindar protección social. Nos remite a una forma de exclusión que caracterizó las últimas décadas del SXX, con la llamada *nueva cuestión social* (Castel, 1997), donde la economía transnacional generó profundos cambios en los sistemas de protección social, ya de por sí incompletos en nuestra región (Baraibar, 2000). En este sentido, los habitantes del Centro que entrevistamos comprenden sectores productivos característicos en la historia reciente de nuestro país, como los son los empleados públicos, los obreros fabriles, los oficios rurales y de servicios (salud, ventas, seguridad), así como también hallamos labores que se multiplicaron con la última crisis económica, a principios del milenio, como la del cuida-coche. En todo caso, las trayectorias laborales nos remiten a las particularidades de los procesos de inclusión – exclusión social en nuestro medio.

Sin embargo, los procesos inclusivos vinculados a identidades asociadas al trabajo, sí es relevante en los procesos de subjetivación de los entrevistados, determinando sentidos de apoyo y pertenencia.

“...en Punta del Este (...) estuve trabajando (...) en la construcción, de guardia de seguridad también, he hecho muchos oficios yo, yo nunca me quedo parado...”

Entrevista E

“...yo estuve 30 años trabajando con los diarios, siempre fui un diariero. (...) con los diarios andaba para arriba y para abajo, todo el día, un trabajo que yo me acostaba a las 12 y a las 3 de la mañana ya tenía que estar en la sucursal, (...) en la Ciudad Vieja que me alquilaba para mí solo ¿no? porque si yo me (tomaba el) ómnibus allá en el Cerrito de la Victoria, venían los nocturnos pero... no tenía descanso ¿no? acá en la Ciudad Vieja sí, yo me dormía y en 10 minutos estaba en la sucursal, y podía dormir un poco más y... pero mi vida fue siempre ¿cómo se llama? con los diarios (...) allá en la sucursal todo el mundo sabía que tomaba, hay muchos, muchos diareros que toman (...) (después) yo fui a buscar(...) el papel del Banco de Previsión Social, (y) estaba todo en blanco...”

Entrevista F

También aparecen claramente cuestiones ligadas al género, tanto en el acceso al trabajo como en las referencias a las tareas de cuidados que quedaban delegadas exclusivamente a las mujeres:

“este... trabajé en ventas, trabajé en una casa de modas, trabajé en un laboratorio haciendo dibujos, este... pero mi ex marido -yo soy divorciada- no me dejaba trabajar porque decía que las señoras no trabajaban, claro, él tenía plata, pero no era el caso, yo quería trabajar porque a mí me gusta trabajar, y... y bueno, me dedicaba a eso, estoy pensando más, cuando mi mamá estaba mal, enferma, yo la cuidaba”

Entrevista B

Resulta interesante el sentido que adquiere a dimensión del trabajo en el discurso, muchas veces asociado al espacio público en el sentido más amplio del término, el de la ocupación como un lugar social – compartido, el trabajo se constituye en un eje subjetivante transversal, y por ello mismo de carácter inclusivo. Las situaciones de vulnerabilidad en estos casos se vinculan más a la dimensión informal del trabajo, en cuanto a acceso a derechos sociales y condiciones laborales dignas, así como también en cuanto a la inestabilidad del trabajo, además de fuente de ingresos económicos. En este sentido consideramos también una situación que nos remite a prácticas laborales instaladas hace muchos años, propias de los ámbitos rurales, donde el empleado, vive junto a sus empleadores en un vínculo que se asemeja al de la época feudal.

“...me daba un poquito de... ¿cómo decirte? de recelo en el asunto de que... que ellos me vienen a decirme que me fuera a vivir con ellos en la casa, yo qué sé, una gente bien, que están bien económicamente, yo qué sé, ¿cómo decirte? adinerada, que tienen su buen pasar <y bueno, si ustedes no lo toman a mal, yo me vengo -sí, sí, te venís acá que hay... vivís con nosotros y comés con nosotros> me parecía... y bueno, me quedé con ellos, estuve un montón de años trabajando con ellos, hasta que un día me conseguí una novia, bah, mi novia, mi ex señora...”

Entrevista H

Entonces encontramos en estas situaciones la doble condición presente en la categoría del trabajo: por un lado un eje de fuerte inclusión –en cuanto a la generación de redes sociales-, por otra parte el lugar social en cuanto a posición, ya sea como empleado público, como trabajador independiente, como obrero o cuida-coches, que también ocupa hoy un lugar social, con cierto grado de reconocimiento formal a nivel del gobierno municipal, si bien aún carece de garantías en el acceso a derechos sociales. Estos trayectos, principalmente desde su condición histórica se han recorrido con la debilidad asociada a los procesos productivos de las últimas décadas del siglo pasado, neoliberalismo económico que acarrea desprotección social. Si consideramos el promedio de edad de la muestra, estas personas se insertan en el mercado de trabajo a partir de la década del 1970, coincidiendo con la instalación paulatina en América Latina de un modelo económico-político que implicó una creciente desregulación del mercado de trabajo y desprotección social. También se perdie-

ron fuentes de trabajo, dando lugar a prácticas nuevas –especialmente en la forma de micro emprendimientos- e informales -como las de cuida-coches. Podemos observar que estos sentidos y prácticas se han naturalizado y siguen operando a nivel del imaginario, donde son pocos los que analizan críticamente las condiciones sociales que incidieron en sus trayectos laborales. De esta forma habitan hoy en día en la cotidianidad del Centro, integran aspectos inter-subjetivos que, si bien representan coincidencias entre los residentes, arrastra estereotipos individualizantes y competitivos en un fondo de riesgo social permanente. De esta forma hallamos sujetos, con escasa conciencia social y con perfiles agradecidos (Rodríguez et al, 2012), en una lógica asistencialista.

6.1.3. Trayectorias en salud: el todo o nada

Esta categoría surge por su referencia casi lineal a los procedimientos médicos del Centro, por lo que también son referencias institucionales que inciden en el habitar cotidiano. La experiencia en el Centro es interpretada desde la historia de los sujetos, la que a veces refiere a internaciones u otras experiencias con en el sector salud.

Si bien son disimiles las trayectorias en salud de los entrevistados, el aspecto más general es el no haber transitado por una internación, antes del incidente que motivó el ingreso a este Centro, de hecho algunos han expresado no tener vínculo alguno con el sistema sanitario hasta ahora. Sin embargo, los casos de quienes sí han tenido una experiencia de internación u otra forma de aproximación a un centro de atención del tercer nivel, son bien significativos. Una de las entrevistadas tenía una fuerte vinculación con el sector salud como trabajadora. Trabajando en distintos centros hospitalarios en funciones administrativas. Esta experiencia emerge con fuertes efectos subjetivantes, invistiendo a la persona de un saber, algo encriptado, característico del poder médico. Es desde este lugar que la entrevistada adopta una actitud crítica y reflexiva sobre el Centro y su experiencia en él. Señala elementos organizacionales y entabla vínculos diferenciales, a veces algo estigmatizantes, con los otros residentes del Centro. Por otra parte refiere a cierta re-vitalización asociada a la relevancia de los procedimientos médicos a los que debió someterse, lo que hace referencia al lugar subjetivo que la medicina adopta, el que emerge como un espacio de valor.

“... me dijeron me iban a operar entonces mi hijo le aviso a todo el mundo, vino corriendo enseguida, se quedo todo el tiempo felpudo con migo, y empezaron a caer todas mis compañeras de grupo de una comunidad, de otra y de otra, y en la Emergencia estaba rodeada de

gente, y en la Emergencia viste que no se puede estar con mucha gente y entonces ellos iban de costadito, se retiraban y se iban quedando de a uno con migo. Entonces, digamos, el pre ingreso a la sala de Neurología fue como vivificante para mi, en el sentido de que mi hijo –que es re desmadrado- apareció en seguida, y vinieron varias compañeras de distintas comunidades, todas con unos mimitos, bue! Y las chiquilinas que me llevaron a Neurología también fueron divinas, porque cuando yo fui a la consulta con el neurólogo me atendieron 12, 14 estudiantes y uno tomo notas y entonces cuando el neurólogo vino a decirme ellos ya habían escuchado toda mi historia, me habían revisado toda, me habían pasado el martillito ese por toditos lados, todo, entonces cuando ellos vieron la resonancia, que era un informe así de largo, se hacían así, se mostraban, (...)y me iban mostrando que había algo grave, ya me iba preparando...”

-¿Estuviste un mes y medio?

- Internada. Porque al mes me dieron el alta pero el trámite después se hizo largo porque, digo, acá tienen muchas exigencias pero allá tienen mucha *burrrocrasia* (risas), entonces claro, era difícil llegar. Entonces yo estuve 15 días como de más, digamos...”

Entrevista A

En otro caso, la trayectoria en el sector salud se ha vinculado principalmente al área de la salud mental. Luego de algunas internaciones en centros psiquiátricos durante la adolescencia – juventud, la entrevistada–cambiando algunas pocas veces de psiquiatra por cambiar de centro de atención- ha sostenido un tratamiento que principalmente es medicamentoso y de consultas de control con cierta regularidad. Es interesante considerar que esta persona vivió junto a su madre en una casa de salud, hasta que ésta falleció. Luego ingresa en el sistema de Refugios. Las experiencias de vida en relación a la salud de esta entrevistada si bien son significativas, se diferencian de la situación anterior en la posición que adopta en relación al ordenamiento que el Centro dispone. Esta entrevistada, posicionada en el lugar de usuaria, expresa un alto nivel de adaptación al funcionamiento del Centro, planteando algunas dificultades con el encierro en un principio, y en relación a sus necesidades especiales como paciente psiquiátrica, reconociendo a su vez las comodidades que el mismo brinda.

“...cuando tenía intentos de auto eliminación me internaban, y la pasaba bomba! porque en la casa de mi mamá la pasaba mal, no quería irme, el psiquiatra me decía "tenés que irte, B, hace 15 días que estás acá, no podés quedarte más!" (risas)”

“...no me molesta estar internada, lo único que me molesta de estar internada es no poder fumar...”

“...en los psiquiátricos dejan fumar, yo le dije *Fulano* (operador), pero este no es un psiquiátrico, es un no sé qué...”

Entrevistada B

Finalmente retomamos una entrevista donde las trayectorias vinculadas al sector salud son determinantes en la construcción de una identidad y de una cotidianeidad. Sucesivas internaciones con varias intervenciones y, a veces por largos periodos de tiempo, han producido experiencias de aprendizajes de distinto tipo: vinculadas al propio proceso de enfermedad, al habitar espacios institucionales y a transitar la “anormalidad”.

“...ya en esa época llevaba 8 meses internado, pasé cumpleaños ahí, me hicieron una torta, por eso... es una estupidez pero para mí es muy importante que se hayan (acordado)... aparte ya era (como) el dueño del hospital, conocía a todo el mundo, póngale que haya 100 cirujanos, me operaron 99, (...), mucho tiempo internado...(...) con un proceso largo, sí, sumando todo, 3 años de internación, 34 operaciones, porque fueron limpiezas quirúrgicas, pero ta, son operaciones, fueron todas con anestesia general, después cuando creí que había terminado me dió un infarto y cuando creí este... ¿cómo es? había terminado, me empezó por los dedos bueno, ta, estuve 3 veces en el CTI una por una infección generalizada, una asepsia, menos el riñón, si no, estaría haciéndome diálisis, me operaron con 42 de fiebre, no se puede operar con fiebre y entré así y así como entré salí también, o sea, la otra fue con el infarto...”

Entrevista G

Más allá de las experiencias previas de internaciones, en prácticamente todas las situaciones, se transitó por un centro hospitalario inmediatamente antes de ingresar al Centro de Recuperación, en algunos casos pasaron varios meses internados, algunos en estado grave, en otros casos las internaciones no llegaron al mes, pero implicaron de todas formas, un quiebre en la cotidianeidad, el sometimiento desde las limitaciones físicas y habitacionales, a una forma de vida extraordinaria, es el sentido estricto del término.

“...yo me agarré... estuve internado tanto tiempo en el CTI, en el (Hospital) Italiano, y en un momento no me valía por mí mismo, de tanto... digamos, no tenía capacidad para ir al baño, lo peor fue estar consciente en una cama de CTI con una ventanita ahí arriba y te guiás cuándo es de día sabiendo si es día y noche cuando está claro o está oscuro,(...) porque me empezó una infección en la pierna, erisipela, la pierna era una cosa así y se me hacían llagas, todas lastimaduras, la pierna era un desastre! y este (...) estuve como 15 días, una semana más o menos en el CTI, después pasé a Intermedio y después ya me dieron el alta, y ahí fue cuando... ya te digo, yo andaba con andador, me costaba movilizarme, de acá a ir al baño, por ejemplo, así una distancia, era un parto! un trabajo horrible de lo que me dolían las piernas...”

Entrevista I

Estas experiencias han dejado huellas a nivel subjetivo, operando cotidianamente en el habitar en el Centro, ya sea desde un aprendizaje institucional vinculado a las rutinas y procedimientos del sector salud, como desde el efecto paralizante de una experiencia traumática como puede ser la de pasar por un CTI, lo que se acompaña de sentimientos de incertidumbre y ansiedad. También destacamos la polarización que implica el no haber tenido ninguna experiencia vinculada al sector salud, con la experiencia de internación donde se pasa a habitar en el sector salud. Polarización por la que transitaron varios entrevistados, lo que emerge como un quiebre significativo en la vida de estas personas, especialmente en cuanto al *todo o nada* vinculado a la salud. En este sentido, entendemos cierta aceptación incuestionada de los procedimientos médicos, de los que algunos no se apropian, como un polo totalizador de sumisión al sector salud, lo que también nos conduce a preguntarnos por los vínculos con el sector una vez que se produce el egreso del Centro.

Los trayectos constituyen la materia subjetiva con la que producen habitares los residentes del Centro. En la conjugación de estos trayectos con las dinámicas propias de este dispositivo residencial, se produce una cotidianeidad, se producen sentidos y prácticas, algunas veces más determinadas por la historia y otras veces novedosas. En el habitar cotidiano hallamos un nivel de actualidad de estas dimensiones históricas singulares.

6.2. Aspectos vinculados al dispositivo

Aspectos del dispositivo hicieron figura en el discurso de los entrevistados, desde donde definimos tres grandes agrupamientos, profundamente interrelacionados entre sí, los que distinguimos para su abordaje. Estos agrupamientos son: la dimensión de lo público y lo privado; la dimensión del control y la represión; y la dimensión referida a las gestiones y los procedimientos.

6.2.1. Lo público y lo privado en la “Casa de Gran Hermano”

Esta dimensión se crea a partir de varias referencias al carácter público del centro, no solamente en el sentido estricto del término, o sea como organización del aparato público estatal, sino también en el sentido de la exposición y la visibilidad que adquiere la vida cotidiana de estas personas, permanentemente expuesta a la mirada de otros, allegados o des-

conocidos. En este sentido la privacidad -en tanto privado- es un bien preciado y escaso, que se halla en algunos casos en las visitas, junto a familiares y amigos; o con un confidente, con quien conversar y confiar sus pensamientos. Esta dimensión se hace explícita en estas cuestiones y en la valoración de las habitaciones y su baño, como el espacio de máxima intimidad.

- ¿y otra gente que venga a visitar a otras personas?
- ah, vienen sí, vienen, a Julia vienen varias personas, a un señor vienen los hijos y los nietos
- ¿y se abren en rueda? ¿además de visitar a esas personas también hablan con todos?
- no, yo más bien me quedo quieta porque es el día de visita y es una privacidad que tienen, si me hablan, hablo, pero no me meto, porque hay que notar eso también, la privacidad.

Entrevista B

“...siempre leo, y después de noche, cuando ya no miro televisión a las 11 y media, las 12, me voy al baño, y -mirá vos- me voy al baño para no prender la luz del cuarto, para no despertar al compañero....agarro y cierro la puerta del baño y ahí leo.”

Entrevista E

En este marco, la dimensión de lo público aparece omnipresente y naturalizada, poco explicitada. Se evidencia en alusiones referenciales, donde la visibilidad y la exposición son vectores dominantes. Algunos entrevistados asociaron el Centro a la Casa del Gran Hermano⁸, en estos casos, además de aludir a una serie de tramas vinculares en una estrategia de juego competitivo, individualista, el dispositivo mencionado implica un alto nivel de visibilidad y exposición, omnipresente, dispositivo de control a modo de panóptico (Foucault, 1976), donde se mira sin ser visto. El “gran ojo” observa todo lo que sucede, no solo con el afán de controlar, sino –en asociación al programa de televisión- por el entretenimiento. Este dispositivo nos recuerda lo planteado por Agamben (2011), por su carácter desubjetivante o a la producción de subjetividades cosificadas, expuestas para el consumo mediático del espectáculo. Tal vez puedan éstas constituir nuevas versiones de los ya conocidos procesos de homogeneización de las Instituciones Totales (Goffman, 2001). En este sentido, la referencia a un programa de televisión para aludir a este dispositivo nos remite a la llamada sociedad del espectáculo (Debord, 1967) y su imbricada relación con el capitalismo mundial integrado (Guattari, 2004).

⁸ **Big Brother (Gran Hermano)** es un programa de televisión en modalidad de *reality show* donde un grupo de personas conviven en una casa, aislados totalmente y con cámaras que graban y transmiten las 24 horas del día. En la casa se realiza un juego donde periódicamente algún participante es expulsado, y la audiencia vota y decide quien permanece hasta el final del juego, siendo así el ganador. El juego dura aproximadamente tres meses. El formato fue creado y desarrollado por la productora Endemol, comenzó a emitirse en Holanda en el año 1999 y se vendió para su realización en más de 70 países.

El espectáculo en la sociedad corresponde a una fabricación concreta de la alienación. La expansión económica es principalmente la expansión de esta producción industrial precisa. Lo que crece con la economía que se mueve por sí misma no puede ser más que la alienación que se encontraba justamente en su centro original. (Debord, 1967, p. 19)

“(....) hay mucha gente que no... que no sé qué piensa de la vida, que está acá, que se piensan algunos que esto es un hotel, que están, no sé, en la casa de Gran Hermano, ¿entiendés? el equipo técnico el confesionario, las cámaras que tenés por el pasillo, por todos lados (risas) escucháme, cuando te dan el alta dicen "estás nominado" ...”

Entrevista J

Para pensar el dispositivo también se utilizó la referencia a la cárcel y al hospital, dispositivos clásicos de las Instituciones Totales que además se asocian fuertemente a las políticas públicas. En un caso son políticas punitivas y en el otro asistenciales, colocando a los sujetos en lugares “culpógenos” o carentes. Es conocida la asociación entre pobreza y criminalidad, y la consecuente criminalización de la pobreza propia de las lógicas neoliberales que dejaron huella en los sistemas políticos y en las representaciones e imaginarios sociales (Cano, 2014). Además se trata de dispositivos de control social que, tal como Foucault (1976) evidenció, se relacionan con el capitalismo y el sometimiento del cuerpo como vía privilegiada para ello.

“... acá (...) me parece un poco prisión, tiene hora para todo, hora para despertar, para tomar baño, para comer, para todo tiene hora, y de día no se puede estar en la habitación, no se puede de día, entonces está un poco prisionero, y el documento, la cedula también esta presa, si quiere salir necesita alta de la doctora para tener (el) documento.”

Entrevista C

Podemos decir que el dispositivo se encuentra tensionado por las lógicas de las instituciones totales más clásicas –cárcel y hospital-, que portan un fuerte modelo para pensar este tipo de centro. A nivel simbólico las instituciones punitivas o asistenciales son una referencia como política pública que implica un dispositivo de control y exposición, donde lo público y lo privado se conjugan en la convivencia cotidiana. Al mismo tiempo, podemos observar que nuevos dispositivos, asociados al consumo y la sociedad del espectáculo, pugnan en la atribución de sentidos.

Pensando en la dimensión del cuidado y en la situación de vulnerabilidad, este dispositivo implica un nivel importante de control que se lo asocia a la privación de libertad. La

alusión al modelo carcelario da cuenta de este sentido, que también es controversial, pues en la instancia grupal éste fue cuestionado.

“... o sea, a mi... yo creo que está muy lejos de una prisión.... el tema hospital si, por el tema de salud pero yo creo que acá (...) no nos falta nada, precisás acondicionador, shampoo, crema de afeitar, espuma para afeitar, o sea está muy lejos de... o sea, si yo tengo salud privada no lo tengo a esos beneficios, de una prisión está muy lejos... o sea, hay ciertos órdenes, (...) no comparto con esa persona que dijo que se toleran muchas cosas, (...) viéndolo desde lo laboral, no como usuario, que es según el perfil de cada persona, por eso yo digo que si una persona, lo que me está pidiendo si le va a hacer bien psicológicamente, para su salud, bueno sí, se lo vamos a ceder, a que lo pueda hacer; en una prisión no...”

P8- Grupal

Por otra parte, algunos residentes justifican este nivel de control, en base a las características de esos *otros* residentes, lo que, en relación a los procesos inclusivos, se asocia a un nivel de estigmatizaciones. En este sentido, los modelos de referencia atentan contra la construcción de un espacio colectivo, pues la primacía de lo punitivo –en la asociación del modelo carcelario- o el intervencionismo y la fuerte exposición -asociada a los dispositivos hospitalarios- capturan las lógicas colectivas. De esta forma, la dimensión del cuidado y la de los procesos inclusivos quedan exclusivamente ligadas a las intervenciones técnicas e individuales.

En esta línea, también emergió el sentido de *servicio público estatal* del Centro, algunos sintiendo cierta reticencia, otros desde el agradecimiento y la valoración. Desde un imaginario donde prima un modelo de Estado de corte neoliberal, las políticas sociales generan rechazo y fuerte presión social hacia quienes reciben estas asistencias sociales, la criminalización de la pobreza en forma de discriminación. En este modelo, los servicios públicos son considerados básicos, cuando no precarios, último recurso para quienes no pueden acceder al mercado. Este modelo refiere a las políticas pobres para pobres.

“...lo que pasa que hay gente como que... no sé, como que tiene vergüenza, como que les da vergüenza que alguien les dé un plato de comida, que les dé un par de... yo la mayoría de la ropa que yo tengo acá, me la han dado acá, (...) pero mucha gente que le da vergüenza recibir... porque el gobierno o el MIDES, como le quieras llamar me está dando un plato de comida, o me está dando un abrigo, una cama...”

Entrevista J

A partir de esto nos preguntamos sobre las posibilidades de construcción de nuevos sentidos, tarea que implicaría la deconstrucción de estos otros sentidos operantes. Por su parte, no se trata de modelos de referencia que operan únicamente en los residentes, pues desde la implementación del proyecto, en la actualización del dispositivo y desde las prácticas concretas, estos sentidos están operando. Por lo tanto, la problematización de los modelos de referencia presentes en el habitar cotidiano amerita ser abordada por el colectivo del Centro en su conjunto, en todos los niveles.

6.2.2. El control y la represión: el sujeto sujetado

El tema del control y la represión hicieron figura en el discurso de los entrevistados de forma contradictoria. Por un lado, están quienes plantean gran disconformidad con la estructura de control y represión en el funcionamiento del Centro que -como ya expresamos- se lo asocia al dispositivo carcelario. En otros casos, se expresa un fuerte pedido de mayor control y represión, en función de malestares ante situaciones que se viven de forma amenazante. En este sentido tenemos presente a Wacquant (2000) en cuanto las lógicas propias de la sociedad de control y su vinculación con las políticas neoliberales que se impusieron hegemónicamente hace unas décadas. Entendemos que la búsqueda de espacios de control, sujeción y protección, es una expresión de recientes procesos económicos, sociales e históricos, en la subjetividad de nuestros entrevistados.

“Yo lo que pienso principalmente... yo lo primero que haría reforzaría la seguridad acá, pondría más cámaras, a su vez, el monitor principal o la cámara principal como le quisieran llamar, tendría que estar conectada a la Comisaría para que se monitoreara simultáneamente con la vigilancia de acá que sería la de Portería ¿ta? la gente, por ejemplo, la clasificaría ¿no? ¿cuáles son los grupos? atacaría los grupos que yo veo que son los más... que necesitan más contención o más... que no pueden... algunos grupos o algunas personas no pueden tenernos en jaque de la manera que nos tienen...”

Entrevista J

Este planteo también da cuenta de una modalidad vincular atomizante y fragmentada, así como el reforzamiento de tendencias clasificatorias, discriminatorias y estigmatizadoras. La otredad es vivida como una amenaza, y se reclama la puesta en acto de mecanismos represivos como forma de cohesión social. Prácticas discursivas que también remiten a nuestra historia reciente, la que aún exige procesos de elaboración, como forma de superación.

En el momento del ingreso los futuros residentes firman un contrato de aceptación de las normas y exigencias para la permanencia en el Centro. En este documento se explicitan

las normas básicas de funcionamiento como ser: la voluntariedad de su ingreso, los horarios estipulados para las comidas, el baño diario, los días y horarios para recibir visitas, las prohibiciones de consumir alcohol o sustancias psicoactivas durante su estadía y la recomendación por el cuidado de la higiene del lugar, así como por el buen trato entre todas las personas que por allí transitan. Los trabajadores, especialmente el equipo técnico y los acompañantes son los principales portadores del gobierno del Centro, son quienes determinan el funcionamiento del mismo. Si bien, en algunas ocasiones, se observan notas en carteleros u otros sitios visibles, con el aviso y recordatorio de algunas reglas de funcionamiento que requieren especial atención. En las observaciones realizadas las notas hacían referencia al horario en el que se cierran las puertas de los patios y exteriores -22 horas-, así como al cuidado de la higiene del lugar, especialmente de las habitaciones de quienes “reciben atención” en el Centro. Por otra parte, en las entrevistas se hace mención a un espacio colectivo llamado “reuniones de usuarios” donde se refuerzan algunos aspectos del funcionamiento, poniendo énfasis en cuestiones consideradas como problemáticas. Este espacio, si bien en potencia puede ser un elemento dinamizador de procesos autogestivos en la convivencia, es vivido por algunos residentes como un espacio de represión, pues generalmente se utiliza para informar y señalar faltas al reglamento o irregularidades percibidas por el equipo técnico, constituyéndose en un espacio del que no se apropian los residentes, pues su participación efectiva es escasa –si bien se plantea la obligatoriedad de la asistencia-.

“...en las reuniones que ellos hacen una vez cada tantos días -como esa del día que vos viniste- son como reuniones informativas, o sea ellos dicen que son reuniones de usuarios, que podemos quejarnos y eso, pero en realidad no, es una reunión como para sopapearnos, a ver: hubo tal irregularidad, tal otra, tal otra, tal otra, o sea, en mi caso que no fumo, que no tomo, que no soy sucia, en cierto modo no me afecta directamente, pero es incomodo estar en una situación donde no podés hablar porque en realidad es como que hay un deseo de perfección tal, digamos, que no se soporta ninguna clase de crítica.”

Entrevista A

Las comunicaciones que desde el gobierno del Centro se generan para con los residentes como colectivo, aluden al reforzamiento de las reglas, lo que restringe –en todo sentido- otros contenidos.

Es de destacar que varios sentimientos de malestar expresados por los entrevistados en cuanto a su habitar en el Centro tienen que ver con las limitaciones que sienten, impuestas por las reglas de funcionamiento interno. Por un lado refieren a poca claridad de estas reglas, y por otro lado en la forma a que son transmitidas. Las reglas más controversiales son las vinculadas a:

- el baño diario, si es obligatorio para todos o hay excepciones y en qué horario bañarse, pues se solicita bañarse en la mañana para que el personal de limpieza pueda secar y dejar en buenas condiciones los baños. Sin embargo, no es excluyente, pues también se habilita el baño en la tarde o noche en algunos casos.

- el salir, por reglamento es necesario solicitar autorización para salir del Centro, la que generalmente se concede sin mayores inconvenientes, según sea el caso, pero exige la gestión del permiso que no siempre es accesible, pues la autorización solamente la brinda el equipo técnico. Muchos no pueden salir por su situación física, como por ejemplo que no pueden apoyar un pie o exponerse a inclemencias climáticas; o por problemas de consumo problemático, generalmente de alcohol, por lo que la salida implicaría un riesgo de consumir.

- el fumar, si bien no está permitido fumar dentro de las instalaciones del Centro, existe un sector en un patio exterior donde se habilita fumar a aquellas personas que no tienen tratamiento para dejar el tabaco y/o que, por trastorno mental, no se recomienda dejar de fumar de manera abrupta. Sin embargo, desde el equipo técnico es fuerte la coerción para no fumar, insistiendo en este punto, lo que ha generado controversias.

- la comida y el ingreso de alimentos desde el exterior, es otro punto que ha generado malestares, pues muchas veces, las visitas ingresan con refrescos y alimentos de todo tipo para compartir con sus allegados. De igual forma, algunos residentes solicitan que se les compre algún alimento que el Centro no les proporciona, como refrescos, biscochos y demás. Esta regla se basa en un estricto régimen alimenticio seguido por una nutricionista en función del tratamiento que cada residente tiene. El problema reside en las limitaciones en la comida de algunos y en otros no, lo que ha implicado que aquellos que cuentan con variedad de alimentos en su dieta convienen a quienes tienen ciertas prohibiciones, trastocando así el tratamiento que reciben. El caso más paradigmático es el de la sal, pues muchos residentes no pueden comer con sal, mientras que otros tantos si la tienen permitida. Sin embargo la comida se sirve sin sal y se ha habilitado la sal a quienes sí pueden. El problema ha radicado en que muchas veces quienes sirven la comida y quienes acompañan estas instancias no están al tanto de quien puede comer con sal y quien no, y además, quien cuenta con sal en la mesa, suele compartirla –en ocasiones- con quien no tiene permitida la sal. Esto ha ocasionado que nadie pueda comer con sal. De igual forma sucede con otros alimentos, lo que ha restringido considerablemente las excepciones en la comida.

Estos elementos, definidos en la casa por la prohibición o el control, son propios de la vida cotidiana, y refieren a la autonomía que tenemos los sujetos en su gestión. Refieren a una vida cotidiana institucionalizada. Se trata de actividades básicas y de auto cuidado –la

movilidad, el baño, la alimentación-, exceptuando el fumar –cuya práctica actualmente se encuentra cada vez más sancionada socialmente y acotada al ámbito privado. No se tolera fácilmente la pérdida de autonomía en estas cuestiones, lo que genera resistencias y quejas. La lógica de un poder centralizado que interviene en los aspectos más básicos de la vida cotidiana, afecta el habitar en el Centro, coarta la posibilidad de manifestaciones singulares y de autonomía en cuestiones íntimas de la cotidianidad. Queda planteada la pregunta por las líneas de fuga posibles de los residentes, las posibilidades de crear un espacio habitable en una estructura rígida.

Así como las personas refieren a malestares por la presencia de estas reglas, también expresan un deseo de mayor control. Ante situaciones que muchos consideran *injustas* se expresa una voluntad por un régimen más estricto en cuanto a los controles, sobre todo en temas que comúnmente se llaman de “seguridad”. Si bien el Centro cuenta con un sistema de cámaras de seguridad en pasillos y espacios comunes, como ya veíamos, algunos entrevistados han solicitado más cámaras y más vigilancia. Los problemas de “seguridad” refieren principalmente a robos de dinero u otros elementos dentro de la casa, y también a cierto tipo de amenazas o abusos de poder entre residentes y algunas veces involucrando algún funcionario. Es significativo el lugar que ha adquirido la propiedad privada en este dispositivo, pues es ello lo que se siente amenazado ante estos problemas de “seguridad”. De igual forma la amenaza se vincula con el acceso o no a “beneficios”, como ser un lugar “propio” en la mesa o en el acceso a permisos especiales como salidas u otro tipo de excepcionalidades. En relación a esto, nuevamente se percibe que los beneficios de unos pueden afectar a otros, lo que se asocia a modelos sociales individualistas y competitivos, propio de los regímenes económicos del tipo neoliberal, los que operan a nivel imaginario en algunas de las personas entrevistadas.

Ante la constatación de faltas al reglamento, en algunos casos, se decide la expulsión del Centro, decisión que no es sencilla pues muchas veces esto no es posible dadas las condiciones de salud de la persona involucrada. Otros mecanismos represivos pueden ser la prohibición de salir o la negación de permisos especiales. En este sentido, el dispositivo adopta una forma flexible que ha generado controversias a nivel de los residentes, que muchas veces exigen un trato homogéneo entre ellos.

“...porque no me gustan las injusticias, o sea, salto siempre a defender al protestón, y después me doy cuenta que el que queda como un protestón soy yo, digo, pero es una cosa que no me pasa solamente acá, digo, en todo el ámbito donde yo voy, no me gustan las injusticias, así sea para mí, para otro, para... o sea, no...

- claro ¿y qué pasó?

- había habido un problema yo qué sé, problema del tema de la burocracia, de trámites y había poca azúcar, no había llegado el pedido del MIDES o de INDA, no sé cómo... se había trancado por un tema de papeleo, y habían dicho que iban a bajar un poco el tema del azúcar (...) yo soy diabético, yo no consumo azúcar, y una tarde, en la merienda (...) le dan a uno, a un paciente azúcar en el termo para tomar mate. Pah! salté como pelota, porque me parecía injusto que la gente, personas yo qué sé, de 70, 80 años estuviesen tomando la leche prácticamente amarga, eso es injusto, y ahí me dijeron, este, ¿cómo es? <no seas abogado del diablo> sí, pero son cosas que me sobrepasan, póngase en lugar nuestro, y eso es lo que yo tengo que tratar..."

Entrevista G

Es interesante observar cómo, desde un discurso alusivo a la justicia desde un trato igualitario, algunos residentes asumen el dispositivo en su carácter homogenizante –propio de las Instituciones totales- exigiendo un trato que niega las diferencias. Este es un punto que ha sido problematizado por los propios residentes, quienes también han aludido a la heterogeneidad de situaciones presentes en el Centro, las cuales requieren comprensión, y singularidad en el trato. Se puede distinguir, en este sentido, algunos residentes más conservadores –en cuanto piensan en una estructura rígida y homogénea de control- de otros innovadores –que proponen un dispositivo flexible y singularizado. Y podemos pensar estas cuestiones en función de las trayectorias singulares, donde se construyeron los sentidos de autonomía.

En cuanto al deseo de autonomía y el pedido de mayor control nos preguntamos sobre qué puede estar señalando esta contradicción. Pensamos en los sentidos que adquiere el control y la represión en relación a la autonomía y en la producción de subjetividad. Así como la llamada sociedad de control adquiere un fuerte poder subjetivante, generando espacio para lo posible y lo no posible, indicando conductas aceptables e inaceptables, las dinámicas de control y represión que porta el Centro ofician de espacio de seguridad para alguno de sus habitantes, en el sentido de inscripción, de pertenencia, de inclusión a partir de la exclusión, el Centro emerge como un lugar donde es posible devenir sujeto.

6.2.3. Las gestiones y los procedimientos:

la dimensión burocrática

“mira, primero te voy a hablar del recibimiento...el recibimiento fue así... acá se reciben ingresos hasta la 5 de la tarde, yo llegué 5 menos cuarto pero, no me habían dado la medicación para un mes –que es lo que (...) tiene(n) que hacer- y no me habían dado la hoja del Alta, por lo tanto acá fueron la médica y la asistente social y dijeron <no, que se vaya>. Y yo quedé así <glup!>, porque ya iban a ingresar a otra persona en mi cama (en el hospital), ya habían llamado a la limpiadora para que limpie mi cuarto ¿entendés? Yo me quedaba sin la cama, podía volver a la emergencia, otra vez a un sillón, estar toda así (...).Bueno, entonces, eso fue horrible porque se pararon en fila el portero, la asistente social y la médica y me dijeron que me fuera, y fue como decir “bue!, empezamos bien” (risas) con un sistema militar, más o menos. Pero yo estaba con tantas ganas de venir (...) y ya me tenía podrida aquella pieza, que dije <ta, vuelvo mañana, no pasa nada>...”

Entrevista A

Esta dimensión refiere a los mecanismos que el dispositivo impone para la gestión de la vida diaria, lo que implica ciertos procedimientos que los residentes aprenden y tramitan. Éstos aluden tanto a las cuestiones más básicas -como la alimentación- como a necesidades singulares -como puede ser conseguir una silla para el baño-. Notamos cómo estos procedimientos implican un aprendizaje al que no todos acceden, siendo algunos quienes portan este saber – poder, ejerciéndolo en beneficio propio o de otros. Por su parte, encontramos también una burocracia que hemos dado en llamar “artesanal”, donde en algunos aspectos el sistema de normas, procedimientos y funciones, cuentan con áreas bien estructuradas –aquellos puntos que se explicitan en el reglamento o en carteleras- a la vez que en otros, se encuentran en permanente cambio e innovación. Esta combinación parece generar una dinámica fluida en el habitar, con matices a considerar.

En este sentido, se destaca la investidura que portan los trabajadores del Centro, especialmente en el acceso a bienes y servicios, así como también por el poder en la toma de decisiones. En este sentido, la gestión de las excepcionalidades es protagonista en aquellas situaciones no previstas, que son muchas, y refieren tanto a las singularidades de los residentes como a circunstancias cotidianas.

“...yo cuando voy y pido visita autorizada, porque tengo el problema que al mi madre no poder venir porque justo la persona que la traía se le rompió el auto (...) los jueves y los domingos no puede venir mi hermano porque el jueves trabaja y el domingo, se está haciendo la casa afuera, digo, y es el día que tiene para descansar (...) viene los sábados, sale de traba-

jar a las 4 y media y de pasada se viene y ta, todo eso lo tengo que estar pidiendo, y nunca me dijeron que no, las idas a casa nunca me dijeron que no, inclusive antes ponían un horario, de tal hora... tenía que estar a las 9, ponéle, empezaba creo que a las 9 sí, ahora me ponen de tal hora en el correr de la mañana...”

Entrevista G

“...entonces por ejemplo, en esa ocasión yo fui a equipo técnico y dije <se quemó la lamparita del baño> una vez, (...) y no mandaron la lamparita, entonces era de noche, habíamos cenado, nos íbamos a acostar y equipo técnico estaba cerrado ya, entonces le dije a una acompañante, ella le dijo a otra y la otra dijo <podemos sacar una lamparilla de tal (lugar que no se usa)...> y la otra (...) como si estuviera haciendo una infracción y en realidad me estaba solucionando un problema grave a mí de una necesidad básica como es tener luz en el baño para bañarme, y así como eso tantas otras cosas...”

Entrevista A

Es interesante destacar el nivel de burocratización que captura el plano de lo técnico, el que “abre” y “cierra” al igual que una oficina pública. A su vez, quienes tienen la función de gobierno es el Equipo Técnico, secundados por las Acompañantes, al menos en lo referente a los usuarios.

“... (dos usuarios) se la pusieron en el bolsillo porque la rodearon (a una acompañante), entonces (...) se levantaban a la hora que querían, hacían lo que querían, tienen los lugares de ellos, y si... los hacen sacar con las de verde (las acompañantes), los lugares de ellos los hacen sacar al paciente, cosa que (integrante del equipo técnico) dijo (...) que no se puede...”

Entrevista D

Las otras áreas (limpieza, cocina, mantenimiento, vigilancia) tienen relativa autonomía en función de cada contrato, para quienes el equipo técnico, además de representar la autoridad en el Centro, media entre éstos y el MIDES. De allí que en lo que refiere a los usuarios, conquistar a las acompañantes implica acceder a una serie de beneficios, o al menos contemplaciones en la micropolítica cotidiana, a la vez que resulta una alternativa al poder desde el Equipo Técnico.

Entendemos que el aprendizaje de estas dinámicas de la organización, por las funciones y las formas de acción que cada área adopta, es clave en la generación de procesos de empoderamiento, como una dimensión política del habitar en el Centro. La comprensión de los procesos que se despliegan, es un paso hacia su apropiación, luego el uso que se hace de este conocimiento puede implicar un componente más colectivo o no. En este sentido también consideramos aquellas estrategias que se despliegan para la convivencia a partir

del conocimiento mutuo. Es el caso de ver las coincidencias en lugar de las diferencias, la adaptación, que puede ser más pasiva o activa emerge como estrategia cordial (Álvarez Pedrosian, 2009) por excelencia.

"...es coincidencia, parece que todos estuviéramos maquinados para decir <mirá, están viendo esa película> llegás vos, te sentás <che, ¿qué es eso? -mirá, es de tal cosa y tal otra -ah, qué bueno!> y ya te quedás. No es de decir viene uno <ah, no, mirá que voy a mirar esto porque me gusta este programa> o viene el otro <ah, no...> acá el control remoto, no es para decir bueno, muchachos, ¿vamos a ver esto? y ahí queda, y el control remoto queda allí y nadie lo toca, porque a todo el mundo le gusta, mal o bien, lo que sea el programa, si no te gusta, ya te dije, te vas a otra (televisión), o sea, no hay forma de haber desacuerdo entre... con respecto a eso...no tenés ningún problema.

... los meses que estoy acá, jamás vi nada (de desacuerdos), no, por suerte ¿no? o sea, se ve que la gente también se adapta.... porque es una cuestión de adaptación esto.....como yo te explicaba, si vos no sabés adaptarte vas a chocar en todos lados ... eso es de cajón!"

Entrevista E

"...pienso que te acostumbrás a que... como quien dice tenés tu horario, digamos, horario de la merienda, te cambia un poco la vida los horarios, por ejemplo, me gusta siempre quedarme hasta tarde de noche mirando televisión, ta, estas dependiendo, y como todo, como hay mucha gente, siempre dependés del que venga de turno y quiera mirar lo que estás mirando, no cambie, ta, pero a mí (...) no me molesta, me trato de adaptar, me arrimo más o menos a ver lo que están viendo, si están mirando algo como la gente, por ejemplo, hoy hay partido ¿no? hay platea grande, ta, pero no soy de discutir ni por el fútbol ni por nada, o sea, trato de llevarme bien con la gente, incluso te digo más, un amigo (...) me dijo <mirá hay 2 cosas que en el negocio no se puede hablar, ni de política ni de fútbol, te dicen uh! qué hijo de la madre este! sí, que hijo de la madre! o qué horrible tal cosa! sí, qué horrible tal cosa! chau! punto!> tenés que decir sí a todo"

Entrevista I

Entre las tantas gestiones que involucran directamente a los usuarios, que se realizan desde el Centro con otros organismos -estatales o no-, las mas comunes son las coordinaciones médicas o con los Centros de Salud, referidas al tratamiento que cada uno recibe. En tal sentido, estas gestiones en su mayoría se encuentran a cargo del equipo técnico, siendo sólo en casos excepcionales tramitadas por los propios residentes. De igual modo, las gestiones relativas al acceso a derechos sociales, como ser la Jubilación, o una Pensión por invalidez, son llevadas a cabo por los trabajadores sociales del Centro, con distintos niveles de involucramiento de los usuarios. En este sentido, si bien hay quienes expresan no tener conocimiento de estas gestiones, en algunos casos se plantea la

necesidad de tomar estas gestiones por su cuenta o una participación al menos en un nivel de información. Este aspecto es relevante para pensar los procesos inclusivos que pueden fortalecerse o debilitarse desde el habitar en el Centro.

“...yo hacía todo sola, me saqué la pensión por invalidez sola, yo hice todo sola, siempre fui muy independiente. Acá te dicen que vas al médico cuando te despiertan de mañana temprano, que ni sabes, ni idea que tenías médico (...), avisar el día anterior, para que tú estés pronta si es muy temprano, te levantás antes, te bañás, te acomodás, te despertás (...) ellos no avisan nada, me había olvidado de ese detalle, ese detalle me molesta.”

Entrevista B

“- a veces te dicen <mira el día tal o dentro de un rato a tal hora> y yo me acordaba...

- por ejemplo yo tenía un compañero que le daban pastillas <¿y por qué tomas tantas pastillas?> entonces por ser un compañero de cuarto, <¿pero vos no tomabas tantas?¿porqué no preguntas>< no, igual si pregunto me mienten><no, pero vos tenés que preguntar por tu salud, por algo tomás, igual te descubrieron algo> también que pasa por uno mismo, está perfecto eso de tomar las riendas por uno mismo, que es mi salud...”

P3 y P8 - Grupal

Otro aspecto que ha cobrado relevancia en cuanto a las gestiones cotidianas tiene que ver con la disposición de las habitaciones, pues en algunos casos, el equipo técnico dispone cambios de habitación, ya sea por cuestiones sanitarias (la persona necesita cuidados especiales, o su condición mejora y aumenta sus niveles de autovalidez) o por cuestiones logísticas (generalmente el ingreso de otros usuarios o el espacio que dispone cada habitación para sillas de rueda, entre otros), o por ambas cuestiones. Entonces, alguien que compartía habitación en un ala cercana a la enfermería, pasa a una habitación solo, en un ala mas alejada, o donde antes habían dos personas en una habitación, se reorganiza y pasan a ocupar tres personas una habitación. Estos cambios, bastante recurrentes, se incorporan en la dinámica cotidiana, operando de forma diversa, muchas veces dificultando procesos de empoderamiento del dispositivo, pues poca injerencia tienen los residentes en este aspecto.

“...a mí me cambiaron para acá, pero no es que tienen que ser cuartos individuales para todo el mundo, porque también está bueno digamos, está bueno cuando vos compartís algo con alguien. Ta, tenés que adaptarte ya ahí más a los horarios del otro, pero este... tampoco digo, tendrían que tener todos piezas solas, no, porque aparte no es fácil tener una habitación individual con digamos disponibilidad para una persona sola, (...) (si) me dicen mañana, no sé <le traemos alguien de compañía acá> está bien, bárbaro, no me molesta, no me voy a enojar por eso ni nada, al contrario, no... no me complica.”

Entrevista I

Finalmente, la gestión de las rutinas que se establecen en el Centro aparecen como un desafío en la adaptación. Los sentidos que adquieren los turnos, los cuidados y el lugar de usuario, no solo pautan la vida cotidiana y los procedimientos que en ella se despliegan, sino que también repercuten o resignifican otras experiencias de sus residentes.

“...me relaciono, por mis actividades digo, pero soy una persona que si estoy en casa por ejemplo, a mi cuarto lo único que le falta es una heladera y una cocina, tengo todo ya, no sé qué hacer, tampoco ser tan chúcaro que me aísló, pero (...) pasa que yo con el tema este de los hospitales yo adopté (...) según la hora, a mí la hora de las 3 de la tarde, 4 de la tarde hasta las 8 de la noche, es un horario (...) es cuando yo estoy más anímicamente por el piso, (...) y eso yo sé que lo heredé del hospital, digo, o sea (...) porque por ejemplo, en el turno de 12 a 18 por ejemplo, a mí no me hacían nada, no tenían que estar pendiente de nada, o sea, (...) se me hace muy larga (...) demasiado tranquilo.”

Entrevista G

A su vez, cuestiones organizativas cuasi espontáneas pautan espacios de relacionamiento, ciertas grupalidades en función de intereses en común donde se generan espacios definidos por el uso cotidiano. Es significativo que estos espacios no están definidos claramente, no tienen nombre, y lo que los define es el mobiliario o la estructura únicamente. La “caja de vidrio” o “el costado de vidrio” es el cerramiento contiguo a una de las salas grandes, o el “espacio de los sillones” es otra sala interior. Son aquellos espacios compartidos, de encuentro, donde están las televisiones pero también donde hay mesas y sillas donde habitualmente los residentes se sientan a conversar, jugar a las cartas, etc.

“...hay 2 (televisores) que son de cable, y una de canal abierto, y se junta un grupo donde está el cable que eso debería ser para (ver) películas, la del medio es para el fútbol, básquetbol, todo eso y la otra es para tv abierta, (si) los que están en las películas, están viendo tv abierta ¿no? y el que quiere ver una película no puede ver porque están los de la comedia, en vez de ir a verla allá, están ahí...”

Entrevista F

“...aparte está el plasma ese grande, y después están 2 más, uno ahí en el costado de vidrio y otro en la... donde están los sillones, pienso que está bien, porque si no al final, ya después termina siendo un lío con los controles, con el manejo de los televisores, es complicado...”

Entrevista I

6.3. Dimensión relacional

En este punto trabajaremos la dimensión vincular desde las prácticas discursivas de los residentes en cuatro niveles. Por un lado atenderemos las relaciones establecidas en el Centro, donde discriminamos tres categorías: relaciones entre residentes (llamaremos entre pares), relaciones con el equipo técnico, y relaciones otros con trabajadores (donde incluimos todas las áreas exceptuando el equipo técnico), esta agrupación, puramente instrumental, se realiza en base a la organización política que el Centro adopta, donde se incluyen aspectos jerárquicos, por lo que discriminamos a los trabajadores del equipo técnico de los otros trabajadores por su lugar simbólico en el Centro. En este punto también abordaremos la trama vincular de los residentes más allá del Centro, considerando la presencia de éstas redes en el discurso de los entrevistados. Valoramos estas relaciones en un tiempo presente, pues refiere a aquellas que se mantienen activas en el momento de la entrevista.

6.3.1. Vínculos entre residentes

6.3.1.1. ¿Qué somos?

Son múltiples las referencias a los otros residentes, sin embargo, observamos que operan simultáneamente diversos sentidos. Por un lado, desde la organización del Centro se los llama “usuarios”, lo que es tomado por los trabajadores y algunos residentes, otros hablan de “pacientes” con una clara asociación al ámbito hospitalario, en todo caso son quienes residen en el Centro en un proceso de “recuperación”. Usuarios del servicio que brinda el Centro. Pacientes desde la atención médica que allí reciben. Esta ambivalencia en la denominación está presente también en el discurso de los entrevistados. Del mismo modo este nivel de indefinición aparece en la forma de definir el tipo de vínculo entre los propios residentes, entre sus pares, ésta es una pregunta que quedó abierta. En este sentido, algunos de los significantes presentes refieren a compañeros, amigos o amigos temporarios, y por analogía algunos lo asocian al vínculo con vecinos o compañeros de trabajo. Estos marcos de referencia operan en los residentes a la hora de pensarse con otros, a la vez que resignifican sus modalidades vinculares y pautan las actuales. La cualidad excepcional de este tipo de convivencia implica que muchos recurran a otros marcos interpretativos. En este sentido la familiaridad que se alcanza entre algunos residentes, así como las actividades compartidas, van propiciando vínculos diferenciales. Entonces por un lado están los “compañeros de cuarto”, con quienes se comparte el dormitorio y el baño, que no superan las tres personas por habitación. Con ellos se alcanza una familiaridad particular, con cierto grado de intimidad. Si bien la gran mayoría de los residentes han cambiado alguna vez de

habitación y de compañeros, la experiencia de compartir el dormitorio y el baño ha pautado gran parte de los vínculos que se establecen con los otros. El sentido de la “higiene”, la limpieza como valor supremo en este espacio reducido de la habitación ha primado en los discursos. Algunas veces, esta intimidad implica también poco diálogo, pues esto resulta una forma de cuidar el vínculo, desde la evitación de la confrontación y el respeto a la privacidad, y en otros casos, el compartir habitación ha generado vínculos más intensos, que algunos se han animado a llamar de amistad o amistad pasajera. El término amistad, si bien se usa para definir algunos vínculos establecidos dentro del Centro, en algunas ocasiones se problematiza esta definición, planteando que la *amistad* implica algo más duradero, con mayores niveles de confianza y que requiere ser cultivada. De esta forma, el sentido de compañeros es el que ha alcanzado mayores consensos, aludiendo al compartir y en relación a otros compañeros en marcos institucionales (de trabajo, de escuela).

“...entonces era la persona con la que mas hablaba. Éramos compañeras de habitación y digamos...casi una amistad. Una amistad que se sabía que era pasajera porque yo sabía que ella era adicta, que estaba deseando volver al refugio para fumar, andar en la calle y bueno...”

Entrevista A

“...como hay personas acá, que tengo dos personas de mujeres, que son fabulosas, excelente amigas y compañeras, que ellas me han confiado cosas y yo les he confiado cosas pero... ahí queda...no se va después a desparramar, como yo sé que hay otros <ah, sabés que Fulana...> no, eso no me entra, no me sirve, esa cosa personal, ta, porque te desahogás de cierta forma...y es una forma de hacer una amistad ¿ta? una amistad sana, porque acá no se viene a buscar mujeres, vamos a explicarnos, como hombre que soy...”

Entrevista E

“...confianza en sí de... digamos, del grado de entablar una amistad (...) primero, yo digamos, me cuesta mucho llamar un "amigo", un amigo es de repente la gente que está en otras condiciones, a mí me cuesta, (...) me cuesta mucho decir así "mi amigo" porque aparte vos a tus amigos, me parece a mí, tenés que ponerlo a prueba determinado momento, ¿ta? gente de repente que te conoce de hace años, que sabe un montón de cosas de tu vida, digamos, de cosas que has pasado buenas, malas...”

Entrevista I

“...sí, tengo, o sea, para mí, yo... ¿cómo te puedo decir? de mi punto de vista, yo acá adentro, yo no veo amigos, veo compañeros, son compañeros que estamos compartiendo una situación por un tiempo, que el día de mañana nos vamos a ir, de repente con alguno podés tener más afinidad con el otro, pero no es lo que se dice la palabra "amigo" ¿ta? de repente

uno me da el teléfono y yo lo llamo, le pregunto cómo está y le mando un mensaje, pero no va a pasar más de eso...”

Entrevista J

Esta pregunta por el tipo de vínculo es algo que ha permeado todas las entrevistas al referirse a sus pares, una especie de indefinición que acompaña la situación de incertidumbre por la que muchos están pasando. El afecto circula en la vida cotidiana de estas personas, hay angustias, temores y empatía con esos otros que están pasando por situaciones parecidas, aquellos con quienes el encuentro es posible.

La condición de transitoriedad y el objetivo primario de la recuperación de la salud son aspectos que inciden en las relaciones que se establecen. Por un lado se plantea que no es posible sostener los vínculos pues hay mucha rotación de personas, incluso los cambios en las habitaciones afectan a una forma de relacionamiento que no termina de instalarse, ya no se encuentran como antes, no hay instancias donde compartir una conversación íntima o simplemente dejan de encontrarse a solas. Los egresos también determinan los vínculos pues una vez que ya no se comparte la convivencia, resulta muy difícil trasladarse o encontrarse personalmente con aquellos que ya han egresado del Centro. Por otra parte, el objetivo de recuperación de la salud es el que prima, por lo que cualquier otra actividad es considerada una “distracción” que puede desviar del objetivo principal.

“Sabes lo que pasa, digo, mi opinión, en el caso mío, yo acá no vine a hacer amigos, creo que nadie, yo acá, cada uno vino a recuperarse de su problema y se soluciona el tema, que después en trayecto..., digo, lo que pasa que como es una casa asistida donde es transitorio, en tres meses, cuatro meses, es difícil hacer una amistad, pero tá, el que lleva mucho tiempo es diferente...”

Grupal P4

“...o sea, vos estás en la situación que estás, el otro está en la situación que está ¿qué vamos a hacer? es como... te lo pongo en esta situación: si yo estoy en silla de ruedas y hay un hombre que está en silla de ruedas ¿qué podemos hacer de nuestras vidas? nada más que una conversación telefónica (...) es decir, tener amistad acá adentro sí ¿no? solo amistad, pero de allá, pensar no sé, que pase algo más, mi cabeza no va en ese sentido, porque acá yo vine con un fin, no me vine a complicar la vida con nadie”

Entrevista J

En un nivel, los vínculos establecidos en el Centro se viven como una amenaza – más allá de la amistad o el compañerismo- en cuanto a ser afectado por los problemas de los demás. En varias entrevistas se abordó este punto, como una forma de cuidado de sí.

Una especie de control en cuanto la permeabilidad a los problemas de los demás en sus vidas, pues algunas veces, estos vínculos se sienten muy potentes ya sea por el “encierro”, la poca movilidad y opciones para el relacionamiento. A su vez, una perspectiva individual opera a nivel del *deber ser* que deposita en la persona la responsabilidad del cuidado de sí, del derecho a la salud se ha pasado a *el deber de tener salud*. Un corrimiento del eje colectivo al individual propio de los sistemas neoliberales (Spink, 2010a, p.35)

“...no es que se me vaya la vida en los problemas de él, me parece que cada uno tiene que solucionar los problemas de... si en tu vida anterior fuiste un problema, bueno, maneja! (...) yo no estoy para absorber los problemas tuyos, ni me voy a hacer problema, ni me voy a sacar el sueño tampoco por tus problemas o lo que te pasa, porque vas para tu casa y no sé... es complicado (...) ya te digo, por el tema de diabetes, por el tema digamos, de excederse por el tema de consumo de azúcar y eso, ta, pero es un tema de gente grande, si vos no te cuidaste tenés que tratar de cuidarte y poner tu parte.”

Entrevista I

“...hay gente que amenaza a otra, hay gente que se impone en cosas que no tienen sentido, no tienen ni pie ni cabeza, el mayor problema, el fundamental, es que la gente acá, entre sí, se involucra mucho una con la otra...”

Entrevista J

“..... tratar de ver y escuchar y asimilarlo, pero nada más, no meterte, esa es una de la base fundamental, porque si vos te metés en un lugar, o en un problema en el cual no tenés nada que ver para decir <ah, pero yo opino esto> ya la mataste, porque ahí ya te hacés un enemigo o una enemiga...”

Entrevista E

Los vínculos entre residentes, en este sentido, aparecen como un vía de integración, de apoyo mutuo, pero con la amenaza permanente de la fractura, el quiebre. Esto podemos relacionarlo, en un sentido referencial, a las trayectorias de relaciones familiares, muchas de ellas signadas por la separación, la fractura y la pérdida. En este sentido, la soledad y el aislamiento, emergen como una forma de cuidado de sí, de protección ante un entorno amenazante, al menos a nivel relacional. Esta amenaza también se manifiesta, de forma más explícita, en entrevistas donde refieren a un otro-par como enemigo, asociado a estilos mafiosos, grupos de poder que entablan redes en el Centro rápidamente, y acceden a beneficios que otros no, como conseguir buena ropa o permisos especiales.

“...pandillas, un tipo con una personalidad avasallante, arrogante que ponen los que ellos quieren en la televisión, hacen lo que quieren con las de verde (acompañantes) (...) las tienen en una mano, en la muñeca con informaciones que van recabando, son como bichitos (...) el

ejemplo de la manzana podrida en el cajón, pero que lamentablemente si no toma el toro por las guampas se le va a pudrir el cajón...”

Entrevista D

En estos planteos, estos grupos fundan su poder en las relaciones de alianza y en el uso de la violencia simbólica, emergen en una coyuntura particular, y por la dinámica de ingresos y egresos, rápidamente se disuelven. Otras entrevistas refieren a malas formas en el trato o insultos a otros residentes o al personal del Centro, lo que explican por estados anímicos por depresiones o problemas familiares.

“...porque un día uno está de mal humor y se la agarra con el otro y es una cuestión que produce malestar...”

P2- Grupal

“ Por lo general uno es consciente y sabe quién puede y quién tiene y no se aprovecha del otro, porque eso pasa en todos lados. Yo con él, por ejemplo... no sé... desde hace nueve, diez meses que estamos acá y ahora estamos... distanciados, pero es medio loco, y cuando anda loco yo me alejo (risas), pero digo cada uno tiene sus problemas, sus cosas en la cabeza y a veces lo mejor es (...) cuando una persona está mal hay que alejarse, porque de repente precisa sus momentos solos, aunque yo siempre comparto con él...”

P3-Grupal

A su vez, algunas asociaciones a vínculos vecinales y a vínculos laborales también han sido referencia para pensar los vínculos entre residentes, aludiendo a estas experiencias para individualizar las formas de relacionamiento. El llevarse bien o mal, el tener buen relacionamiento o saber convivir depende de cada uno, es un proceso individual, no colectivo.

“...es la vida misma, es la realidad, no es porque estemos (en este Centro), eso pasa de la puerta para afuera, en el barrio que vos vivís, únicamente que en tu barrio te separan las paredes porque vos tenés una vivienda, porque vos de repente con tus vecinos también vos vas a hacer una familiaridad que no tenés con tu propia familia a veces, y no es el hecho que estés (en este Centro) o no estés, es decir, esa es la mentalidad de cada uno”

Entrevista J

6.3.1.2. Conocerse: hablar y escuchar

Las relaciones con estos otros, en gran medida implican un *conocerse*. En cuanto a la heterogeneidad de personas y situaciones, la permanencia y movilidad de ingresos y egresos, una acción frecuente explícitamente va en la línea de *conocerse*.

En este *conocerse* es donde se derriban o se construyen muros que separan o que unen, por ello, consideramos el lugar del otro desde los sentidos atribuidos a esos otros. En este proceso de conocimiento mutuo, emergen algunas estigmatizaciones: encontramos en los relatos personajes estereotipados como ser “el loco”, el que está en “situación de calle”, el “malandra” y “los viejitos. En particular nos interesa abordar estas categorías que habitan en un escenario de relevancia para los procesos de inclusión social.

El *loco* refiere principalmente a aquellas personas que reciben algún tratamiento psiquiátrico, o presentan algún tipo de trastorno mental. En la convivencia, la locura implica concesiones especiales en cuanto a permisos para fumar, o tolerancia ante incoherencias como acostarse en la cama de otra persona. La locura incomprendida se interpreta como una persona que “esta de viva”. Si bien desde el personal del Centro se solicita comprensión y tolerancia en estas situaciones, algunos residentes sienten desconfianza hacia el loco, expresando dificultades en la convivencia con estas personas pues las perciben abusivas. De igual forma, hay quienes expresan haber superado la barrera de prejuicios y, tras conocerse, llevarse bien con el “loco” y disfrutar de su compañía.

“...entonces cuando vinieron y me dijeron “vamos a poner una cama acá” (...) y la mujer tenía una pinta de loca que se rajaba y yo dije <no! La loca?> y ,me dijeron <no, no es loca>(…) Bueno, al final vino la loca, que la loca tiene algún tipo de demencia, (...) una encefalopatía – me dijeron- capaz que tiene,(...) acá le pusieron como condición <te quedas pero si dejás de fumar> (...) entonces cuando le venía la locura le daba charla, le daba caramelo y ahí la llevaba a caminar, iba y venía, entonces con ella era con quien charlaba más, porque es una mujer que no te digo que es culta, pero ella sabe escuchar mucho (...) entonces era la persona con la que más hablaba.”

Entrevista A

Las personas en situación de calle también portan estigmatizaciones, sobre todo se percibe que estas personas no son meritorias de exigir mejores condiciones de las que tenían. En dos casos se plantean que estas personas se quejan de la comida que reciben en el Centro mientras que en la calle comían “del contenedor” o “revolvían en la basura”, lo que les quitaría el derecho a exigir calidad en la alimentación en el Centro. Estas visiones, y

otras donde personas que se encuentran en situación de calle plantean con vergüenza esta situación, denotan una fuerte estigmatización hacia esta situación, culpabilizando a los sujetos involucrados. En general no se problematiza, por lo que no se percibe desde la complejidad de factores que la determinan. Incluso se ha planteado que la situación de calle es una elección personal.

“...lo que sí me molesta mucho es aquella gente que antes de venir para acá estaba en situación de calle, pero me molesta mal, que se esté quejando de la comida, eso pasa en todos lados, comían en el contenedor y... y hay gente así, (...) no soy de quejarme (...) no me gusta ser desagradecido”

Entrevista G

“...digamos que ella estaba en una situación de calle pero como elegida, ella prefería gastarse la plata que cobra del BPS en vino, en fumar, en comprarse comida hecha, no en tener un lugar humilde...”

Entrevista A

“...desde afuera uno lo veía como un asistencialismo, de los vagos, drogadictos, los que están en la calle, o los refugios y todas las demás historias para sacarlos de circulación, yo nunca estuve en refugio, pero por lo que he recabado de información, se roban, no se quieren bañar, no quieren aceptar las condiciones... igual que acá, digo, no quieren llevar una vida social ¿verdad?”

Entrevista D

Se ha cuestionado que el Centro admita personas que “hicieron daño a la sociedad”, aludiendo que son irrecuperables, sospechosos de robos y manipulaciones en el Centro, que “manguean” o engañan a las personas. Estos señalamientos provienen de una de las entrevistas refiriéndose a otros residentes como ex-presidarios. En otras entrevistas, si bien no se refieren a la condición de ex-presos, sí señalan a los mismos sujetos como conflictivos o busca pleitos. La respuesta propuesta ante estas situaciones, donde se sienten violentados, es “obviarlos” o “ignorarlos”, hacer como que no existen.

“...ese tipo de gente no...merece el mismo tratamiento, quiero decir, porque no se la recupera así, eh... yo entiendo que hay mucho de bondad en todo esto, mucha generosidad, pero eh... a veces la generosidad, este tipo de gente no la entiende (...)...la buena convivencia radica en respeto mutuo...entonces, en la medida que uno respeta al otro, merece ser respetado, si no es respetado, bueno, no es peor castigo para una persona que ser ignorado, entonces, con ignorar esa persona, ignorándola, creo que... en fin, se elimina el problema”

Entrevista D

En lo que refiere a esos otros – pares, sin duda los mas mencionados son “los viejitos”, a veces acarreado una imagen estigmatizada y otras veces como un factor positivo, de integración. En muchas ocasiones la imagen de los “viejitos” aparece como una amenaza indirecta, en cuanto a pensarse como personas mayores en situación de dependencia. Se puede inferir cierta ansiedad ante la presencia de un importante número de viejos y viejas, algunos en silla de ruedas, que requieren ayuda para realizar las tareas de la vida diaria. Asimismo, en otras entrevistas los viejitos son objeto de admiración, en una especie de idealización de esta etapa vital. En todo caso son aquel colectivo más nombrado, lo que tiene que ver con su presencia en un número considerable, así como por la imagen que éstos generan en este contexto. Específicamente en lo referente a los vínculos establecidos, los mismos refieren a acciones de ayuda y contención al adulto mayor, principalmente en aquellas situaciones donde se comparte la habitación. También el impacto a nivel afectivo generado por el fallecimiento de alguno de ellos ha estado presente en más de una entrevista. Finalmente los viejitos son los escogidos para conversar y jugar a las cartas, específicamente al truco, pues poseen ese saber bien valorado en este contexto.

“...con los que más hacemos más amistad es con los viejitos, a mí me gusta porque jugamos al truco, a mí me gusta el truco, y yo busco a los viejitos, (...) (Fulano) que hace poquito que vino, (...), quedaban en la calle, pobrecitos! no sé, se ve que tenían poco recursos (...) él tiene 97 años, si lo vieras bailar! ah! es de lo más lindo! y ahora yo... faltaba uno para jugar al truco, y a él le gusta jugar al truco, y digo (...) <¿vamos a jugar un truco?> dice <bueno, bueno, bueno> y este... nos pusimos a jugar y ganamos!”

Entrevista H

“...la viejita que al final murió... entonces yo con la depresión que tenía y que la viejita se murió prácticamente ahí... digamos fue bastante shockeante todo lo que pase...”

Entrevista A

El conocerse implica hablar y escuchar, y es la actividad más desarrollada entre los residentes. En ese proceso se levantan las imágenes y aparecen las personas. La pregunta por los vínculos se entiende desde el relacionamiento, y éste a través de la comunicación. Entonces, cuando hablan de relacionarse con otros, muchos se refieren a conversar con otros, hablar y escuchar. Es desde esta acción primera que se conoce a esos otros. La conversación es la puerta de entrada a los otros, entonces están “los que hablan” y los que “no hablan”, y las condiciones para que esto se dé. En este sentido, cuando *el habla* se ve afectada por un problema fisiológico, hay un gran obstáculo para entablar relaciones en el Centro.

“No comparto, porque soy (una persona) muy habladora y ahora no puedo. Por eso me gusta escribir, porque ahora no puedo hablar, dicen que es neurológico y me afecta los músculos... a mi me gustaría encontrar algo que lo solucione...”

Entrevista C

El habla es la herramienta principal por la que los residentes se conocen, hablan sobre el clima, las noticias o hacen bromas, pero principalmente se conocen y ese conocer implica saber hasta dónde preguntar, hasta dónde comentar, y qué temas no hablar. Hablando comienzan a medir la confianza que el otro genera, qué contar y qué no, si es compañero o no, si es sincero o no, y hasta dónde hablar. También se refieren al habla como el instrumento para aprender del otro, de su experiencia de vida y de su saber institucional, desde la convivencia en el Centro hasta los cuidados en salud.

“... en la ronda en el cual uno se... se adapta...estudia y aprende de las personas que vos hablás....¿ta? que eso es fundamental, sabés el que te está falluteando, sabés del tipo que es sincero, saco la mujer que es sincera ¿sabés?... te vas haciendo un... digamos, un planteo de la persona según lo que vos vayas hablando y lo que te contestan, entonces, en base a eso vos sabés hasta qué punto podés llegar, porque hay puntos que no podés tocar, puntos, digamos, sentimentales o íntimos no podés tocarlos a veces con las personas...”

Entrevista E

En relación al conocerse se mencionan los espacios grupales, a saber: la ronda del mate, el grupo de fumadores, los que miran las comedias, las películas o los partidos y el *grupo de recreación* (actividad propuesta por el Centro). Estas son las instancias principales donde hablan y escuchan, se conocen. Especialmente el *grupo de recreación* aparece como un espacio donde hablan aquellos que “nunca hablan”, espacio promotor de la participación, de la integración, sobre todo de aquellos con mayores dificultades para ello.

“...algunos se enojan porque tienen que apagar la tele ¿no? eh... es una hora, una hora y media, los sábados capaz que son 3 horas, vemos alguna película o charlamos o jugamos al tejo, o todo eso ¿no? y sabemos más de... los que eran calladitos empiezan a hablar y salen con un golazo tremendo ¿no? hay una abuela que tiene 89 años (...) que la otra vez empezó a ver quién sabía de esto de las payadas del Pericón, todo eso ¿no? y yo sé que... yo me acuerdo que yo bailé el Pericón en la escuela, pero no me acuerdo ni lo que tenía que decir, no me acordaba de nada, y saltó la abuela (...) después tenemos muchas mujeres que son de edad, que cantan como... son ciegas pero cantan como si fuera... de los Iracundos cantan, o cantan canciones de ellas, del tiempo de ellas ¿no? que eran... usted las ve y están calladitas la boca, pero cuando están en la recreación se abren ¿no? (...) y nosotros les damos apoyo y nos matamos de la risa ¿no? y meta aplaudirla, dice <gracias, gracias, muchachos> y ella queda contenta...” Entrevista F

6.3.1.3. Ayudarse y compartir

El *ayudarse* y el *compartir* se constituyeron en categorías relevantes en el contenido del discurso de los entrevistados al referirse a sus pares. También los son para esta investigación. Por ello, las trabajamos intentando analizar los sentidos otorgados a estas categorías por los residentes en el Centro.

El ayudarse implica, por un lado aconsejar y dar ánimo, desde la conversación cotidiana, poder dar un consejo –cuando se solicita- o impulsar positivamente, revitalizar desde el afecto y la esperanza. Es reiterativa la alusión al estado de ánimo, pues refieren a situaciones difíciles tanto a nivel de salud como en otras dimensiones, como la económica y la familiar. La empatía aporta la sensibilidad necesaria para comprender el dolor físico, las intervenciones quirúrgicas y la pérdida de la autonomía –aunque fuera de forma transitoria-. Por otra parte, también se percibe el sufrimiento por problemas familiares o simplemente por estar alejado de sus seres queridos. *Aconsejar* y *animar* se integran en una forma de ayudar al otro desde la escucha y el habla, y desde el sostén afectivo.

Ayudarse también implica conseguir cosas y gestionar las materialidades. Esto se expresa en que algunos usuarios han aprendido a manejarse en la organización y realizan gestiones para otros pares. De esta forma consiguen ropa, jabones, otro bastón, para sí mismos y para otros compañeros. También una forma de ayudarse diariamente consiste en mover sillas de rueda, generalmente colaborando en el comedor diario con aquellas personas que no pueden moverla. La ayuda desde la gestión también ha implicado una vigilancia mutua en cuanto a necesidades, previniendo posibles problemas y generando mecanismos de protección.

“...una noche le vino una convulsión (a su compañero de habitación) (...)y vos sabés que menos mal que un día le digo a una de las chiquilinas, <(…) mirá, disculpá, ¿no me ponés el número de teléfono de acá arriba, del comedor?> porque allí abajo (en el ala de las habitaciones) no hay nadie, no hay nada para comunicarse acá con ustedes, llega a pasar algo, tenés el teléfono, llamás y (...) ese día llamé enseguida, veía que se movía la cama, digo yo "¿qué le pasa?" ahí me di cuenta que le había venido un ataque, y las llamé a las gurisas...”

Entrevista H

En este sentido también incluimos el *velar por la justicia*, esto también ha sido significativo, pues varios entrevistados expresaron sentir que se daban algunas injusticias, generando la reacción de alguno de ellos en la defensa de los derechos de sus compañeros. Las

injusticias se aplican a cuestiones bien concretas, el uso del azúcar –cuando ésta escasea-, en defender a alguien que fue maltratado o hacer oír la voz de quienes no tienen fuerza para gritar. Entonces aparece entre los entrevistados quien se concibe a sí mismo como “el abogado del diablo”, pues defiende causas de sus compañeros. En este sentido, aparece una polarización significativa entre los buenos y los malos, éstos últimos asociados a “el diablo” sus compañeros pares. De igual modo se ha problematizado cierto nivel de estigmatización, como “etiquetas” asociadas a las personas que generan sufrimiento en algunos residentes y que requiere ayuda y comprensión de sus pares.

“...y a veces que pasa, no cuidamos a esa persona, que ayer incluso pasó hubo un problema equis y llegó a la decisión de quererse ir a la noche, que tuvimos que hablarle ¿y por qué? por comentarios que son estúpidos o hablando mal y pronto (...) porque el ser humano es muy de poner una etiqueta, entonces yo estoy acá como decía él, como <joven>, a lo primero si decía <pah (...) acá ¿qué hago?> (...) y entonces bueno fui buscando, más o menos el perfil con quien compartir un mate, (...) entonces el mejor apoyo a veces, muchas veces es entre nosotros porque sabemos lo que es estar de este lado y muchas veces el que está trabajando no lo percibe de la misma manera...”

P8 - Grupal

En cuanto al *ayudarse*, se ha planteado un cuestionamiento profundo sobre las capacidades o la preparación para ello, expresando temor a hacer daño en lugar de ayudar. Si bien, por un lado se percibe que pueden comprender cabalmente las necesidades de sus compañeros, en algún punto se plantean dudas en cuanto a su conocimiento y poder para actuar en pos del bienestar de otro. En este sentido expresan el temor de perjudicar con la intención de ayudar.

“...nosotros podemos tener muy buena voluntad de ayudarlo, pero no sabemos ni estamos capacitados o no sabemos la problemática y capaz que le estamos haciendo un mal, capaz que no puede hablar y le estamos pidiendo para hablar, o se puede esforzar, capaz que por querer hacer un bien le estamos haciendo un mal y sinceramente yo me sentí orgulloso cuando él un día (...) me pidió un mate, tá yo se lo di, quedó contentísimo, y a partir de ahí cambio, pero no es el trabajo nuestro, porque nosotros tenemos muy buena voluntad pero hay veces, hay casos que de repente por hacer un bien...”

P2 – Grupal

Finalmente el *compartir* se ha hecho fuerte en las referencias a los demás residentes. Si bien se puede decir que los residentes comparten muchas cosas, pues viven todos en un mismo recinto, algunas actividades emergen de las entrevistas con un peso significativo, asociado a las relaciones con los otros residentes. Entonces, ¿qué se comparte?:

- La mesa diaria y la comida principalmente. Es la que está siempre presente en las entrevistas realizadas, la comida y la mesa como espacio de encuentro por excelencia. Allí se encuentran frente a frente, comentan sobre la comida u otros asuntos y hacen bromas. La mesa compartida fundamenta el llevarse bien, el ser tolerante con el otro, el bienestar. También es espacio donde se encuentran las tensiones y las diferencias, principalmente en la conquista de un asiento particular, un lugar fijo en la mesa, el que no debe ser considerado como propio. Las diferencias refieren a las quejas sobre la calidad y la cantidad de la comida que genera molestias a otros residentes.

- El entretenimiento: la televisión y los juegos de carta. Este es otro elemento destacado en las entrevistas como actividades compartidas. Los grupos asignados a cada televisor, según preferencia, que pueden ser rotativos, y las cartas como actividad lúdica compartida. Son momentos de placer en el Centro, de distracción y distención. De igual forma, estos espacios y actividades compartidas también generan controversias, principalmente en las elecciones de programación en la televisión.

- El mate y también la yerba, el celular, los cigarrillos. Elementos “aceptados” en el Centro y que se permite compartir. El tomar mate juntos es una de las actividades más compartidas entre los residentes y ello habla de un buen relacionamiento. A su vez, distanciarse de alguien implica dejar de tomar mate con esa persona. El mate genera una excusa aceptable para estar juntos, conocerse y escucharse. A su alrededor se han integrado muchos residentes. El compartir también refiere a otros elementos como la yerba, el celular o los cigarrillos, que han sido los mencionados.

“...la televisión es... es bueno porque es un distraimiento pero corta la comunicación, menos mal que no hay en el comedor!”

Entrevista B

“...llevarse bien con todo el mundo, lo principal acá, porque si te llevás mal con uno, con 2 o con 3 ya vos mismo te sentís mal, porque vas a una mesa (...) y estas conviviendo un almuerzo ahí, una cena....entonces no podés estar con éste peleado y estás comiendo y estás comiendo veneno....porque vamos a ser realistas ¿no? Entonces no, lo más lindo es dialogar, conversar, charlamos, reímos, hacemos bromas, de todo...”

Entrevista E

“... tomamos mucho (mate), con algunos este... de repente <no tengo yerba, pasáme> como yo no tengo problema en ese sentido, no tengo problema tampoco en compartir, sentarme en una ronda ahí y compartir un mate”

Entrevista I

6.3.2. Vínculos con el equipo técnico: ¿Quiénes, qué y cómo?

El equipo técnico del Centro se organiza en dos grandes áreas: el área social y el área médica. El área social se integra por trabajadores sociales (3) y psicólogas (2), y el área médica se integra por doctoras en medicina general (2), licenciadas en enfermería (3), auxiliares en enfermería (4), y una nutricionista. Cada área cuenta con una coordinadora, siendo la coordinadora del área social (una trabajadora social) la coordinadora general del Centro.

En las entrevistas no siempre aparece claramente el equipo técnico, también conocido como “las de blanco” pues son las que utilizan túnica blanca. Podemos decir que el equipo técnico aparece en el discurso de muchos entrevistados representado por alguna de sus integrantes. La psicóloga, la asistente social, la doctora, o la enfermera “tal” emergen como el vínculo principal con el equipo técnico. Podemos pensar en una *personalización* del vínculo en lo que al equipo técnico se refiere. De hecho, en muchas entrevistas se denota un importante desconocimiento hacia el equipo técnico como totalidad, en este sentido aparece la pregunta por ¿quiénes son?, pues muchos expresan desconocimiento en este aspecto. En algunos casos se confunde el equipo técnico con las administrativas –que también están de blanco-, en varios otros con las acompañantes –“las de verde”-. En este sentido, cobra fuerza el papel que ésta área asume, donde las acompañantes secundan –de cierta forma- al equipo técnico en el gobierno del Centro. Entonces, al referirse al equipo técnico, algunos solamente hablan de la doctora, otros de la psicóloga o de la trabajadora social. En varios casos se refieren a estas personas por sus nombres, en otros por su función. En algunas entrevistas casi no hay referencias al equipo técnico, y ante la pregunta por el mismo, se expresa desconocimiento sobre quiénes son y qué hacen. En este sentido, algunos expresan saber que hay una doctora o que hay trabajadores sociales pero aclaran que no tienen diálogo con ellas, algunos no muestran interés en conocerlas, otros exigen mayor proximidad.

“...los de blanco son XX (*nombre*) y la YY (*nombre*) también, los veo solamente ahí, pero nunca tuve trato con XX ¿no? que (...) no sé para qué está y después está una rubia que no... tampoco...”

Entrevista F

“... yo cuando entre acá había una doctora sola, no sé ni el nombre, si me pregunta el nombre no sé, pero había una doctora en ese momento.” P4- Grupal

Por su parte, algunos entrevistados plantean percibir sólo a una parte del equipo técnico, ya sea por la propia discriminación por áreas y funciones como por las coordinaciones a la interna, ante acciones contradictorias. A su vez, se percibe que las tareas que realiza el área social son de carácter administrativo y burocrático, a diferencia del área de salud, donde se percibe claramente su tarea.

“...con la XX (*función*) es el mejor vínculo que tengo, este... con... y equipo técnico en realidad... vas a... cuando guardaba la plata, para pedir plata, y... si tengo que ir a preguntar algo, voy y pregunto, me relaciono en ese sentido....”

Entrevista B

“Como interno tengo trato, porque la doctora puede ser muy buena pero cuando dice por primera vez es competente, pero cuando dice por segunda vez es incompetente, porque XX (*función*) hacen lo que quieren (...) hacen lo que quieren...”

Entrevista C

“...yo pienso que el equipo (...) se apura mucho en dar la cooperativa de verdes ¿verdad? que son la voz que ellos tienen, (...) pero creo que teniendo un control más, el equipo más cercano a las de verde (...) creo que están muy estirado, muy apartados, o sea, la función burocrática los lleva a que caigamos de repente ahí mismo y esa burocracia como bien explicó XX (nombre) que no tenemos por qué saberlo, pero algunos que... papeleos, que el INDA...”

Entrevista D

“... el equipo técnico, dividido en dos, porque yo tengo la maldita costumbre que está la enfermera, y la enfermera también pertenece al equipo técnico, pero yo me refiero a la parte administrativa, dirían ustedes, pero yo también prefería, yo sé que la medicina, o sea la parte médica son del equipo técnico, pero yo lo tengo separado, acá (...) Pertenecen todos al equipo técnico, porque si de repente, yo que sé, yo por ejemplo que salgo todos los fines de semana a casa, si la doctora me dice que no puedo salir por x motivo, ella tiene el poder de decisión, es decir trabajan en conjunto, que yo los separe porque yo pienso que el equipo técnico son la asistente social y la psicóloga y deje de costado... no estoy desconociendo que la enfermera no lo sea, porque lo es, el conjunto, soy yo que los separe en mi cabeza...”

P2- Grupal

Estas consideraciones nos conducen a pensar la comunicación entre los técnicos y los residentes, pues, más allá de la mención explícita al diálogo se evidencia poco manejo de la información referente al equipo técnico, su integración y sus funciones. En algún caso se plantea incompreensión en la comunicación. Sin embargo, en la medida que avanza el tiempo de permanencia y las circunstancias lo ameritan, se van teniendo distintas aproxima-

ciones a los técnicos, en singular referente a su función, en colectivo referente a cuestiones de la gestión general del Centro. En este sentido, las referencias al equipo técnico aluden a su pertinencia ante cualquier tipo de requerimiento.

En el discurso de los entrevistados, el equipo técnico es aquel que realiza múltiples tareas, reciben las solicitudes, algunos más cercanos y otros más distantes, en muchos casos generando admiración y agradecimiento. En gran medida hablan de un buen relacionamiento en general. El equipo técnico es un espacio donde recurrir, ya sea por información, solicitudes varias o simplemente para hablar, también es principalmente el espacio donde quejarse, especialmente para aquellos que hace más tiempo que residen en el Centro.

En varios casos se habla de “ganarse la confianza” del equipo, pues es en base a esto que se entiende se accede a un manejo más flexible del marco normativo, entonces una vez obtenida la confianza, se pueden solicitar permisos especiales que pueden ser: días y horarios diferentes para recibir visitas, salidas varias –generalmente visitar a la familia-, extender horarios para el regreso al Centro luego de una salida o para ver televisión hasta medianoche, entre otros. De igual forma, la confianza se entiende recíprocamente, en este sentido, algunos prefieren acudir al equipo técnico en el horario de la mañana o en la tarde, y se alude a la confianza para estas opciones.

“En el caso mío, yo si preciso algo voy en la mañana, en la tarde no, no es por nada, pero me relaciono mas (...) y tengo más confianza, más bien trato de pedir las cosas de mañana, muy difícil que yo vaya de tarde, y por lo que yo veo, pasa, (...) pero yo pienso que es una cuestión de confianza.”

P2- Grupal

También las entrevistas refieren al trato con el equipo técnico, donde se impone el respeto y las buenas formas. Casi todos los entrevistados hablan de un buen relacionamiento general con el equipo, salvo contadas ocasiones donde se refieren a alguna confrontación que se personaliza en alguno de los técnicos. Otro punto que ha surgido relativo al equipo es el tema de la administración de la justicia, pues son éstos quienes, desde una posición de autoridad, administran diferencias entre los usuarios. En este sentido se les exige o se les interpela, a la vez que se les comprende y exige mayor comunicación.

Parece ser que el componente técnico queda dissociado, con los procedimientos médicos por un lado, y las funciones del área social por otro, las que además se perciben en virtud de las gestiones cotidianas, como ser las autorizaciones, los pedidos y las cuestiones burocráticas. Por su parte, ambas áreas, quedan capturadas por el dispositivo de control, que desdibuja la tarea profesional, enfatizando el mantenimiento de un orden interno.

Algunos residentes plantean el problema de la homogenización generada por el dispositivo cerrado y normativo que anula las necesidades diferenciales de los residentes. Esto se hace más visible en las referencias al equipo técnico, pues es a éstos quienes se les exige la singularización que el dispositivo anula. Es de destacar que este tema se ha problematizado en la instancia de trabajo grupal donde se presentaron los resultados preliminares de esta investigación y se trabajaron colectivamente con algunos residentes. En esta problematización se plantea la necesaria comunicación entre equipo técnico – que conoce y maneja las singularidades de cada residente- con los usuarios en general, así como el propiciar instancias de conocimiento mutuo entre residentes, pues son éstos quienes finalmente terminan exigiendo igualdad, desconociendo las particularidades de cada situación.

“...el tema con el equipo técnico ha sido (...) yo tengo la visita (...) se me complicaba por los horarios (...) entonces me dieron una visita especial los sábados dos horas en la mañana, ¿sí? (...) a veces genera quejas entre nosotros (...) todos somos diferentes, entonces si a él hay algo que le hace bien y es parte de la salud de él y está dentro de lo posible, se lo van a brindar, pero eso no me da derecho a mí a que yo esté mirando y <ah sí, pero a (...) se lo dieron y a mí no>. Entonces eso genera muchas veces que mismo los usuarios no nos entendemos y genera un conflicto, y a su vez, a quien da esa autorización (del equipo)...”

P8 - Grupal

También se ha hecho referencia a un equipo técnico saturado de trabajo, se ha planteado que notan “demasiados usuarios” o mucho trabajo burocrático que no permite una adecuada atención, más cercana. Principalmente quienes hacen más tiempo que residen en el Centro, advierten cuando falta alguno de los técnicos del equipo –por renuncias o licencias- y perciben el aumento del número de residentes principalmente en los meses de invierno. En este sentido es de destacar la empatía generada que habilita la proximidad y comprensión mutua en algunas situaciones.

6.3.3. Vínculos con otros trabajadores: acompañar, cuidar y educar

La principal referencia de los trabajadores del Centro son las acompañantes, pues son ellas las que tienen a su cargo el cuidado de los residentes y las que mantienen vínculo fluido con ellos. Se hacen algunas referencias a otros trabajadores como ser el personal de limpieza y de cocina, donde hay mayor vinculación y en algunos casos las referencias son personalizadas. Los otros colectivos de trabajadores están poco presentes en el discurso de los entrevistados, más allá del servicio que brindan, donde el lavadero tiene un peso impor-

tante pero de forma anónima, pues la ropa “se manda al lavadero” y luego vuelve. En referencia a esto y a nivel general el trato es cordial, y se expresa agradecimiento desde los residentes para con el personal en su conjunto. La amplia mayoría sabe que se tratan de cooperativas las que brindan servicio en el Centro y expresan apoyo y comprensión para lo que consideran una tarea difícil.

“...muy bien porque todas las cooperativas funcionan muy bien, tanto mantenimiento, como limpieza, como la cotorra que le llamamos nosotros a las verdes (acompañantes)...”

Entrevista D

“... sensacional, te digo porque tanto la limpieza que nos hacen en los cuartos, todos los santos días, que nos cambian las sábanas, a pesar de que estén limpias ¿viste? porque nos bañamos todos los días nosotros (...) la lavandería....la cocina, el tratado de las personas que están en la parte de la administración, lo mismo las doctoras, (...) para mí son incalculable el valor que tienen, porque son fabulosas, para mí son fabulosas, cómo te tratan, aparte, aunque... vos... yo he visto personas que las tratan mal y eso, y tienen una paciencia, a veces los insultan, porque yo he visto que algunos ¿viste? claro, porque son muy viejos y no les da la cabeza..... y los mandan al diablo ¿viste? (...) y ellas entienden, (...) yo me llevo divinamente con todos...”

Entrevista E

En lo referente a los vínculos establecidos con el personal de limpieza, se hace poca referencia en las entrevistas, y en los casos que esto sucede, generalmente han sido relatando situaciones puntuales. En este sentido se plantean algunas dificultades de comunicación que se encuentran tensionadas por el dispositivo –normas y horarios para la limpieza, Por otra parte, las rutinas tan claramente establecidas y con cierta rigidez en las mismas, aseguran al trabajador un entorno pragmático para su función. En este sentido, quien ha presentado alguna dificultad en el relacionamiento con estas trabajadoras, se posiciona en un lugar que demanda ser el centro de la atención, alegando que el Centro existe por el servicio que brinda a sus residentes. Más allá de estas situaciones puntuales, la gran mayoría de los entrevistados se refieren al personal de limpieza con afecto y agradecimiento, pues se sienten cuidados y protegidos con el servicio que reciben. En otros casos, se han referido explícitamente al buen relacionamiento, donde se intercambian bromas y se comenta sobre asuntos triviales. En este sentido “las muchachas” son fuente de apoyo y comprensión.

“...y después con las de limpieza también, estamos siempre <quisiera tener 30 años menos!> dice, <yo quisiera tener 30 años más!> (risas) (...) y si tengo que salir por el otro lado, salgo por el otro lado, (...) <no, no, pase por acá -no, yo doy la otra vuelta, ustedes están trabajando> y (...) (si) no tengo fuerza para levantarme (...) ellas mismas me dicen <quedate

tranquilo, que nosotros limpiamos acá todo eso>,(...) con todas, con todas ellas, con las del turno de la noche y con las del turno de la mañana, (...) y hacemos joda pero así...”

Entrevista F

En cuanto al personal de cocina, es algo más controversial, pues se trata de una cooperativa de personas con distinto tipo de discapacidad, y esto, de alguna manera, afecta el vínculo, pues las discapacidades -sobre todo las que involucran aspectos cognitivos o emocionales- no se comprenden fácilmente. De igual modo, se ha planteado disconformidad con un sentimiento de despersonalización en el vínculo, que se manifiesta en la alusión a los residentes desde una categoría instrumental –como puede ser *el diabético o el sordo*-. .

“...no es nada malo, acá uno viene a recuperarse, así venga de refugio o de una casa, yo pienso que eso es una etiqueta que no se debería (usar), porque por ejemplo sacarle la etiqueta, una de las cosas que a mí me molesta por el lado de la discriminación, que en la cocina digan <el diabético> o sea <hay que llevarle la comida para el diabético> yo estoy esperando y ya me canso porque el diabético tiene nombre y apellido, ya me canso o sea somos colegas (...) .más que es una cooperativa con problemas de discapacidad...”

P2- Grupal

En este sentido algunos entrevistados se sienten mal tratados ante situaciones que puede ser interpretadas de manera diferente, como ser la forma en que se pone el pan sobre la mesa, o por no recordar el nombre del usuario y preguntar todos los días lo mismo, o por el tiempo destinado para servir, el que a veces se considera excesivo o demasiado acotado. Circunstancias que pueden ser aceptables en la contemplación de la integración social de estas personas, pero que a su vez se relacionan con el dispositivo, que contiene normas y reglas bastante básicas, que puede exigir cierta autonomía para adaptarse a las múltiples situaciones que se experimentan. Autonomía que no siempre tienen los trabajadores en cuestión. A su vez, cabe preguntarse por otros aspectos simbólicos asociadas por un lado a la discapacidad, pues casi todos los residentes transitan por una discapacidad, aunque sea transitoria, y por otra parte a la alimentación, lo que ésta representa a nivel social – compartido, y a qué cuestiones se asocian. Nuevamente cobra relevancia las dinámicas desarrolladas en el comedor, como aquel espacio simbólico que contiene sentidos profundos asociados a la vida cotidiana, la comunión y el hogar. A su vez, en un plano más general, los entrevistados expresan gratitud y complacencia por el servicio de cocina.

“...y lo que yo le dije un día no sé si a una médica o a una asistente social yo dije <esta es la dictadura de las limpiadoras y de los mozos>, no eran las limpiadoras y los mozos, pero hubo un mozo y una limpiadora que eran re *heavy*, viste, entonces el tipo viene con el pan, por ejemplo así, te lo da, te lo da al revés y te lo tira, vos lo llamás y hace como que no te oye, y

cosas así. Nos va a buscar al patio, cuando esta ese sol lindo de las 4 y cuarto, para que vayamos entrando y nos dice “a merendar” y a las 5 menos veinte, diez minutos después ya metió todos los carros para dentro, todas las jarras, o sea que si vos querés tomar dos tazas cagaste si esta él, ¿viste? En cambio con otros no. O si es una reunión que es abierta ahí nos tratan con toda complacencia, vistes, nos hacen todos los gustos, o sea que te das cuenta que las directivas son otras, que es algo que ellos hacen por el bajo nivel que tienen, por la baja capacitación y por los problemas de comunicación que hay...”

Entrevista A

“...mirá con toda la gente de cocina, a pesar de... digamos, te cuesta adaptarte al principio pero ningún problema, son todos unos gurises con cierta discapacidad y esas cosas pero no (...) una vez que te acostumbrás amorosos ¿viste? en cuanto a cómo te sirven, cómo te atienden, en ese sentido ni hablar! ni hablar!”

Entrevista I

El vínculo con las acompañantes es bastante más intenso, y se las piensa tanto en singular como en colectivo. Son “las de verde”. Las acompañantes generalmente ejecutan el dispositivo desde la gestión de la vida cotidiana. Despiertan a los residentes, se encargan de la asistencia necesaria para desarrollar actividades de la vida diaria como el baño, movilizan para el almuerzo, se aseguran que los residentes permanezcan en sus habitaciones en el horario de la siesta, los buscan para la merienda, responden a las llamadas telefónicas, pasan avisos y hacen mandados, permanecen en las salas y median ante dificultades varias, colaboran en la cena y ayudan a acostarse a quienes necesitan, entre otras tantas tareas no protocolizadas. Se encargan de la gestión de la vida cotidiana del Centro con relativa autonomía, apoyando su autoridad en el equipo técnico, cuando éste se encuentra presente y de manera simbólica. En este sentido también son interpeladas, reciben críticas y enojos, así como también afecto y agradecimiento. Su presencia es bastante más visible pues permanecen en los espacios colectivos, situando en una de las salas –contigua a las otras- un espacio propio, donde, en torno a una mesa, se encuentran, conversan, meriendan, etc. Allí cuentan también con un placar donde guardan elementos de trabajo y de uso cotidiano.

En relación al vínculo con las acompañantes las entrevistas denotan una gran diversidad, evidenciando distintas modalidades vinculares. La confianza es relevante, por lo que se tematiza la necesidad primera de ganarse o conquistar la confianza mutua. Las referencias aluden en algunos casos a vínculos familiares, asociando el vínculo desde el cuidado, con los de hermanas, madres e hijas. Por la proximidad y la tarea de cuidado se asemeja al modelo familiar tradicional, sin embargo, en cuanto a la función específicamente de control y su relativa posición de poder dentro del Centro, no siempre es congruente con las referencias y los modelos familiares. En este sentido hay grandes alusiones a momentos comparti-

dos, de diversión o de salidas ya sea al médico o recreativas, así como relatos inherentes a la resolución de problemas cotidianos como conseguir una bombilla de luz, o sugerir cambios de habitaciones ante necesidades concretas de los residentes, o interceder en caso de conflicto entre usuarios. También hay varias referencias a la forma en que se ejerce la autoridad, sobre todo en la forma de exigir el baño diario, algo a lo que aluden varios residentes. Refieren que con el paso del tiempo, las van conociendo más, y eso facilita la comunicación. A su vez, emergen ciertos estigmas asociados principalmente al “hombre de la calle”, cuestión que algunos residentes viven con enfado.

“...las acompañantes porque se creen jefas, y para el baño, por ejemplo, es una obsesión que tienen! vos te vas a bañar y no tenés problema, pero vienen y <¡tenés que bañarte!> sin preguntarte si te vas a bañar y estás acostada en la cama dormida, y te hablan mal, a mí me han hablado mal...”

Entrevista B

“...como un animal para el baño, como un bicho”

Entrevista C

“...me quería ir, al otro día (de su llegada) yo vine como a las 4 de la tarde, le voy a ser sincero, (...) porque vinieron como 5, 6 acompañantes en un momento, le dije <mire que yo no soy indigente> le digo, o sea, mire que estoy barbudo porque estaba internado, y segundo que a mí no me gusta afeitarme...”

Entrevista G

“...es como en todo trabajo, hay alguien que se esmera mas, otro tiene vocación, otro lo hace porque bueno, (...) capaz que para la persona es un buen sueldo, (...) <bueno! buen día, arriba! arriba! arriba!> así, es molesto a veces el llamado, no? (...) pero primero si vos sabés que nos tenemos que bañar fijate si están los elementos, yo me baño parado, me baño perfecto, me muevo yo solo (...) Pasa por un tema de que todos somos humanos, podes tener un mal día en el trabajo, yo también soy obrero, pero pasa por un tema de eso, en línea general para mí el trato es bueno”

P8- Grupal

Una cuestión interesante tiene que ver con el carácter educativo de las acompañantes, éstas como sostén material y afectivo de los residentes, se constituyen también en tutoras, lo que ha sido problematizado en la instancia grupal. En este sentido, se ha señalado la importancia de los primeros días en el Centro, en cuanto al proceso de aprendizaje y adaptación al funcionamiento del mismo, por lo que se valora el vínculo con las acompañantes en este proceso iniciático. En las entrevistas y en el espacio grupal se plantea la importancia de

la formación de las acompañantes en el proceso de acompañamiento en el Centro, pues en ellas recae gran parte de la confianza que depositan los residentes, el contacto cotidiano y sostenido. Éstas se alzan como modelo a seguir, por su visibilidad y lugar de poder – saber en la cotidiana, de esta forma pueden orientar en aspectos que van desde la vida cotidiana en el Centro, a aspectos relativos a la incorporación de nuevos hábitos por cuestiones de salud, así como también orientar sobre los vínculos con otros residentes y con el equipo técnico. Este planteo propone una capacitación integral para las acompañantes, colocándolas en el lugar de “educadoras”.

“ Yo me quedaría solo con el término educadoras, familia no es y amigas tampoco, yo creo que el rol que para ellos la educación sería... incluso si vos hablás mal...ponele que vos sos de mal genio o tenés problemas yo tengo que tolerar que vos me hables mal a mí todos los días, tá? y yo soy un acompañante, bueno yo tengo que ver que vos bajes los decibeles, decirte <bueno, así no se habla> hablar de una vez, y a veces que pasa, como lo hacen con ellas permiten que pase entre los usuarios y yo no estoy para bancarme que nadie me hable mal, que nadie me (...) yo no puedo dejarme putear por alguien que... vos entendés, supuestamente, entonces ahí es el rol de educadora, llamar a esa persona, tener una entrevista...”

P8-Grupal

También surge en las entrevistas una fuerte empatía en cuanto a las dificultades de su tarea. Varias entrevistas refieren a la paciencia de las acompañantes que toleran malos tratos y quejas de algunos residentes. Algunos han planteado la voluntad de interceder por ellas, pues lo perciben como un trato sumamente injusto. El señalamiento cae sobre sus pares, quienes no mantienen una conducta acorde al respeto y los “buenos modales”.

“...con las acompañantes de verde, tengo buen trato con ellas, trato de no... ni discutir, ni... porque aparte que entiendo que están laburando, haciendo su trabajo, que es complicado, porque tienen que lidiar con todo tipo de gente y aguantar cada gente de repente que le van a mover la silla -están en silla de ruedas- y de repente las insultan de arriba a abajo, ese tipo ¿cómo es? este... no es fácil, pero no, no, ya te digo, siempre me llevé bien con las muchachas de verde, las de verde digo porque son las que andan con el uniforme verde ¿no?”

Entrevista I

Este mismo asunto se convierte en un elemento controversial, pues se le exige a la acompañante que no permita estas situaciones de malos tratos, pues al tolerarlas perciben que se las avala, lo que genera que los malos tratos se extiendan a otros residentes. Esta exigencia de mayor control opera de igual forma que con el equipo técnico, es desde la posición de autoridad que se señala lo que es correcto, plausible y lo que no. La explicación a esta actitud la hallan en la naturalización y el exceso de comprensión, lo que se percibe va

en contraposición con una actitud educativa o transformadora de la situación. De todas formas es interesante el lugar que ocupan las acompañantes como potencial educadoras, pues en ellas encuentran la posibilidad de ejercer esa función. Frente a estos planteos se propone la capacitación como vía de acceso a una mayor sensibilización ante la situación por la que atraviesan los residentes del Centro.

“...mira yo no estoy diciendo que es fácil, digo pero el caso de las acompañantes, ellos ven lo que pasa acá, lo que me gustaría un día que se pusieran en el lugar del usuario, porque hay veces que (...) salen con cosas (...) como me pasó una vez en una salida al Prado <hay yo no sé que le ven> y claro toda la gente que salía estaba contenta y una vez dijo <hay pero yo no sé porque se alborotan tanto> y la verdad la quedé mirando y dije <ponete en el lugar nuestro, cómo se nota que vos te vas todos los días para tu casa> le digo...”

“...yo me refiero que sean más educadoras que acompañantes porque hay mucha gente acá que como le hacen todo se queda, entonces no se recupera, y no lo estoy diciendo en casos que no son todos, hay casos que acá se adaptan a una silla de ruedas y después pueden estar caminando y no caminan...”

P2- Grupal

Las acompañantes desde este lugar de visibilidad y exigencia, en cuanto educadoras o referentes, también constituyen un centro de poder, en la administración del dispositivo y de muchos recursos, por lo que se les exige una vigilancia ética mayor. En este sentido, algunos residentes han expresado que otros las manipulan con el objetivo obtener beneficios especiales, exigiendo precaución en este aspecto. Por su parte, en muchas situaciones, son ellas las que brindan el servicio más relevante del Centro, constituyéndose en el eje central de su accionar, por ello es la única cooperativa presente las 24 horas y los 365 días del año. Finalmente, con mayor o menor diálogo o acercamiento, las acompañantes se encuentran en el centro de la mirada de los residentes, son con quienes se vinculan cotidianamente y de quienes reciben los cuidados más elementales.

En el vínculo con las acompañantes se juega un elemento de proximidad social y cultural importante, en tanto ellas también se integran en programas de inclusión social que ejecuta el MIDES, por ende ocupan un rol que es potencialmente inclusivo, y que se interpreta –por parte de los residentes- desde lo educativo. La apuesta al cooperativismo y a la superación de modelos discriminatorios o estigmatizantes, no es tarea fácil y no siempre se logra integralmente, sin embargo, las acompañantes, como colectivo, representan un nexo y una vía de comunicación con otros saberes, a veces técnicos, a veces asociados al lugar social. En este sentido, los residentes reivindican un rol educativo para ellas, más allá del acompañamiento.

6.3.4. Redes materiales y virtuales

En este punto abordaremos las relaciones que los residentes tienen con otras personas más allá del Centro, consideramos las redes vinculares como la trama de relaciones actuales, por su presencia en el discurso de los entrevistados como apoyo, conectividad y contención.

En este sentido, si bien hay una gran variedad de situaciones y vínculos, priman los familiares, aunque con la novedad de una fuerte presencia de los ex - parejas, que en muchos casos representan el único referente afectivo y algunas veces, de amistad. Prácticamente la mitad de los entrevistados se ha referido a sus antiguas parejas como fuente de apoyo y contención, con distintos grados de proximidad, por lo que en algún caso se habla de una fuerte amistad y en otros una simple comunicación telefónica ocasional, como apoyo emocional. De igual forma, para algunos, este vínculo representa el único lazo de apoyo y confianza, mientras que en otros, el vínculo con las ex – parejas se integra a una trama más densa. Por su parte, algunos de estos vínculos con las ex –parejas integran también las relaciones con hijos e hijas, presentes en varias entrevistas. A nivel familiar, también se han mencionado vínculos con hermanas y hermanos, a veces la madre. Estas relaciones se mantienen activas y en muchos casos son quienes los visitan con cierta regularidad. También estas personas son quienes han asistido a los entrevistados ante necesidades puntuales, con ropa, artículos de higiene personal u otro tipo de apoyo logístico. Más allá de esto, el vínculo se sostiene con dificultad, ya sea por cuestiones relativas a la familia como a los residentes, entonces no cubren las necesidades de cuidados especiales por la que transitan. Los problemas asociados al alcoholismo han generado vínculos distantes, aunque se mantenga el afecto, o una vivienda inadecuada no permite que la persona pueda realizar una recuperación acorde a sus necesidades, o simplemente las actividades laborales de estos allegados no permiten realizar las tareas de cuidados que requieren alguno de los entrevistados.

“...la madre de mi hijo (...) que es la ayuda que yo he tenido en todo este tiempo para sobrevivir, y la de mi hijo ¿no? uno de mis hijos (...) yo estoy separado, pero digamos, siempre tuvimos muy buena relación con ella (...) si no hubiera sido por ellos no... (...). la madre de mi hijo me llevaba la comida todos los días (...) pero ta, era un disparate lo que estaba gastando y no podía gastarlo...”

Entrevista D

También en varias entrevistas se han referido a grupos de amigos o conocidos, en estos casos lo grupal o lo comunitario aparece fuerte, como espacios de ayuda mutua que se activan cuando surge una necesidad puntual. Estas relaciones si bien son operativas en el momento de crisis, posteriormente sostienen con dificultad un largo proceso de recuperación, lo que se expresa en que no pueden visitar a la persona en el Centro o no se mantiene una comunicación fluida. Entonces, estos amigos, referentes vecinales y conocidos del barrio, ofrecen ayuda puntual, pero no acompañan el proceso de recuperación, si bien se cuenta con el apoyo emocional y, a veces material, de éstos, una vez que egresan del Centro.

“...hacer amistad con diez mil vecinos que sé que vinieron a verme, de allí mismo, que me ofrecieron cuando salga me dicen <mirá que si no tenés para dónde ir, yo tengo una pieza, tengo un cuarto> en un apartamento (...) porque me conocen, dicen <yo te doy la pieza para que vos no... hasta que puedas recuperarte> por ese lado estoy tranquilo ¿viste? pero sabés que todo varía, de repente te dicen esto y después te salen diciendo <pah! capaz que no puedo por esto> no sabés cómo puede surgir ¿viste? (...) no por mala voluntad de ellos, a veces por circunstancias de ellos mismos ¿no? (...) así que por ahora estoy en esa...”

Entrevista E

Finalmente, se ha planteado la necesidad de sostener vínculos con personas que se encuentran distantes, amigos en otros países, familia en el interior del país. En este sentido, la tecnología emerge como una herramienta poderosa para sostener estos vínculos, aunque no todos acceden a ella. En este sentido dos de los entrevistados hicieron referencia a fuertes amistades en los vecinos países de Argentina y Brasil, uno de ellos generó el vínculo a través de internet, con juegos colectivos que habilitan el chat, a partir del cual se ha establecido una importante relación de amistad que ha llevado a conocerse personalmente. En otro caso se refiere a amistades de larga data, a partir de su residencia allí por muchos años. En estas situaciones se ha planteado el acceso a la informática y la conectividad a internet como una vía privilegiada, no sólo para la comunicación, sino también en sostener estos vínculos fuertemente afectivos y relevantes.

“...yo salí muy joven de Uruguay, con 14, 15 años salí y claro tengo más apoyo allá

- *y ¿te has podido comunicar con ellos desde que viniste?*
- No pude porque no tengo internet (...) siempre esperando que llegue el momento de tener un lugar solo con internet y siempre va a llegar y no llega...”

Entrevista C

“...es que tengo una amiga que para mí es mi segunda psicóloga, conté cosas(...) que me sentí más libre, sí, pero igual, para decirle que tenía la pierna amputada estuve como más de

3 meses, nunca me animaba, y este... y eso (internet) me ayudó mucho en relacionarme con gente, tengo amigos españoles (...) colombianos, quedamos (...) que el día que salga de acá, después que se arreglen algunas cositas en casa, ir y juntarnos en Colonia, varios de los argentinos...”

Entrevista G

6.4. Sentidos desplegados: hacia futuros posibles

Tanto en *Alicia* como en *Al otro lado del espejo*, se trata de una categoría de cosas muy especiales: los acontecimientos, los acontecimientos puros. Cuando digo «Alicia crece» quiero decir que se vuelve mayor de lo que era. Pero por ello también, se vuelve más pequeña de lo que es ahora. Por supuesto no es a la vez más grande y más pequeña. Pero es a la vez que ella lo deviene. Ella es mayor ahora, era más pequeña antes. Pero es a la vez, al mismo tiempo, que se vuelve mayor de lo que era, y que se hace más pequeña de lo que se vuelve. Tal es la simultaneidad de un devenir cuya propiedad es esquivar el presente. En la medida en que se esquiva el presente, el devenir no soporta la separación ni la distinción entre el antes y el después, entre el pasado y el futuro. Pertenece a la esencia del devenir avanzar, tirar en los dos sentidos a la vez: Alicia no crece sin empequeñecer, y a la inversa. El buen sentido es la afirmación de que, en todas las cosas, hay un sentido determinable; pero la paradoja es la afirmación de los dos sentidos a la vez. (Deleuze, 2005, p, 27)

La paradoja del sentido que plantea Deleuze (2005), tensiona en diversas direcciones aquello que la estructura del lenguaje parece encerrar. El sentido no es único ni permanente, sino que es múltiple en sus posibilidades y fuga permanentemente. Por ello, como un lanzamiento de arco, nos transporta hacia puntos finitos y conectables, a la vez que paradójicos. El lanzamiento, como acontecimiento, es único e irrepetible, aunque otro lanzamiento se realice desde el mismo punto de partida, con una similar dirección y llegue a un mismo punto, es otro. El lanzamiento es otro y es el mismo a la vez.

En el transcurso de esta investigación, los relatos, las entrevistas y demás actuaciones son acontecimientos, que pueden señalar una direccionalidad y una procedencia, pero que también son contingentes.

“...no sé cuanto hace que me hiciste la entrevista (...) fue después de las fiestas, diez meses, hoy si me haces la misma entrevista te puedo asegurar que de todo lo que te dije (...) te cambio de opinión, por experiencia...”

P2- Grupal

Los sentidos desplegados en primer lugar refieren al acontecimiento, despliegan escenarios posibles, devenires interpretables de diversas formas. Algo del sentido desplegado lo hallamos en las dimensiones ya planteadas, la dimensión histórica que explica la condición actual y las tramas vinculares que conectan y sostienen esa actualidad, por ello optamos por abordar aquí aquellas líneas que nos transportan al futuro, como proyectos. Buscar el deseo en una intención, en una direccionalidad.

6.4.1. Proyectos: tener un lugar

La pregunta por el futuro en algunas ocasiones se hizo necesaria, pues una característica común en las entrevistas fue el tiempo destinado al pasado. Tal vez la propia pregunta por su estar en el Centro pueda estar direccionando el discurso a las causas, aunque estas causas tienen implícita y explícitamente una dirección al futuro. La recuperación implica también una paradoja, pues a la vez que plantea un proyecto remite a un pasado a recuperar. El Centro de Recuperación, como dispositivo, contiene ambos sentidos.

Desde un punto de vista más formal, hallamos voluntades, deseos y proyectos de diversa índole. A nivel general, la recuperación física, de la afección orgánica, es la que prima, pues es el sentido predominante del Centro, el desencadenante que motivó el ingreso. Entonces, gran parte de los proyectos implican recuperar movilidad, acceder a una prótesis, cerrar una herida. En un nivel más inmediato, continuar en el Centro, aunque con un importante nivel de incertidumbre en cuanto al proceso de recuperación física y los alcances de la misma. Por ello también está quien plantea volver a su vida habitual con la autonomía perdida, como máximo deseo.

“... yo lo único que quiero, si yo pudiera irme para estar bien yo, vivir la vida mía, como yo me manejaba solo, haciéndome las cosas y yo no... no me gusta estar ¿cómo decirlo? ir a un refugio.” Entrevista H

Por su parte, *tener un lugar* es la categoría más importante en los proyectos de los entrevistados. Este *lugar* se piensa desde diferentes estrategias y características, en este sentido los contenidos refieren a cuestiones como: acceder a una vivienda para dejar a sus hijos, acceder a una vivienda a través del BPS o el Ministerio de Vivienda, cobrar una herencia para comprar un techo, poder vivir en la casa de sus padres para no tener que pagar alquiler y contar con el dinero de su pensión para vivir, o más sencillo aún, contar con un lugar donde vivir con otra gente o contar con un lugar con internet para escribir. Este sentido es clave en la constitución de la problemática social que plantean estos residentes, pues la

condición de transitoriedad de su permanencia en el Centro deja en evidencia un carencia fundamental, en cuanto a los territorios existenciales, lugares o espacios materiales y simbólicos donde habitar.

“...conseguir la casa de mis padres, ahora hay una nieta que esta ocupando, yo no quiero que ella salga solo quiero un lugar nada mas, después que me muera no me importa (...) quiero, para darle el titulo de propiedad, yo quiero (...) eso para que yo pueda vivir, y no tener que pagar alquiler y la pensión es para comer”

Entrevista C

“... yo no tengo dónde vivir, el BPS no te da casa (...) soy pensionista, y a los pensionistas no le dan nada, y yo le dije a mi hermana que fuera al Ministerio de Vivienda que fuera a hablar a ver si me podía conseguir algo, pero mi hermana a veces puede ir y cuando no puede ir, porque lo que pasa que como trabaja, la pobre flaca... le complica”

Entrevista H

Este es un punto que genera ansiedad y angustia en alguno de los residentes, pues esta incertidumbre se suma a la de su condición física y muchas veces opera como un obstáculo para ésta, pues la recuperación de su condición de salud -en sentido puramente orgánico- implica el egreso del Centro, en muchos casos a un sitio no deseado, como puede ser un Refugio. Por esto, ante la pregunta por el futuro, algunos plantean su deseo de permanecer más tiempo en el Centro, a su vez, se ha planteado que *otros* residentes harían cualquier cosa por permanecer en el Centro, expresando la desprotección que sienten fuera de este dispositivo.

“...hay casos que yo qué sé... ¿cómo le puedo decir? que pretenden quedarse, vivir acá, digo, y yo soy de los convencidos que yo no me quiero quedar acá (...) hay gente que se hace el enfermo para quedarse más tiempo (...) yo me quiero ir para mi casa, pero bien, bien, las cosas... yo aprendí que las cosas apuradas no...” Entrevista G

“...claro, hay gente acá que se siente muy bien y no se quiere ir, porque o sea, se sienten protegidos, ven que tienen todo lo que necesitan ¿no? pero el hecho de saber que se tienen que ir eso es lo que los tira abajo emocionalmente, los destruye ...”

Entrevista J

De igual modo, se ha planteado un posible desfasaje en cuanto al proceso de recuperación y las posibilidades de sostener la salud luego del egreso del Centro, se alude a la inversión en la recuperación y no en el mantenimiento de la salud. Este planteo implica un

fuerte cuestionamiento a la efectividad de la política, en términos de eficacia, y se encuentra presente tanto en los residentes como en muchos de los trabajadores.

“Yo, por ejemplo, estoy acá, si me dan el alta no tengo para el boleto, no tengo entrada, no tengo pase libre, no tengo pensión, como yo les digo: me engordaron, si, pero si yo no salgo con algo, a los tres meses estoy de vuelta, con treinta y ocho pirulos...”

P1 – Grupal

Además del anhelo de la vivienda o un lugar donde habitar, emerge la figura del trabajo, como actividad de desarrollo personal que permita la manutención. Principalmente en aquellas personas más jóvenes y que su proceso de recuperación habilita proyectarse con relativa autonomía. En aquellos otros casos, donde el trabajo no es una opción, el proyecto implica acceder a una pensión por discapacidad o a una jubilación anticipada, lo que es gestionado desde el Centro.

“...yo lo que más quisiera es tener una vivienda, después de tener la vivienda enfocarme en por ejemplo que es lo que más a mí me gusta (...) aprendí a diseñar, a poder hacer un diseño en una computadora, a poder usar una de estas máquinas profesionales...”

Entrevista J

“...yo saliendo de acá ahora, que va a tener para la otra semana ¿no? la otra, dentro de 2 semanas más o menos, ponele, yo salgo ya pero con un... una jubilación, por decirle algo, este... lo cual por 3 años la tenés (...) es un apoyo, pequeño, aunque sea 6 mil pesos, a mí me sirven, porque yo gasto 4 mil, 5 mil pesos en (alquilar una) pensión...”

Entrevista E

Finalmente, se expresa el deseo de “recuperar una vida social”, o la “sociabilidad” propia de la vida en comunidad, donde el sujeto es activo constructor de su cotidianeidad, algo que en varias ocasiones se ha mencionado, especialmente por el encierro que representa la vida en el Centro y la poca capacidad de decisión sobre sus quehaceres. En este sentido se plantea el reencuentro con amigos, colectivos sociales y la realización de actividades para el desarrollo personal como estudiar.

“... yo tengo una necesidad de recuperar mi vida social, estoy... en la cabeza tengo... verme caminar este... ¿cómo es? con la prótesis (...) o sea, a donde iba, lo que hacía, este... ¿cómo es? todo, todo, las amistades, la militancia, todo, todo, o sea, todo”

Entrevista G

7. Conclusiones y proyecciones

7.1. El Centro en su dimensión política y organizacional

El enfoque de derechos en políticas sociales consiste en considerar que la protección social es un derecho y no una cuestión de mero asistencialismo; asignar obligaciones jurídicas claras a los Estados para garantizar la protección social; vincular los estándares internacionales de derechos humanos como fundamento y soporte de la protección social; permitir integrar en el diseño de políticas de bienestar elementos sustanciales como la igualdad, la no discriminación, la participación y la rendición de cuentas; y finalmente, colocar a la ciudadanía en el centro de las políticas de bienestar y subrayar la importancia de entender los contextos sociales y políticos en tanto elementos primordiales de la justificación y la provisión de servicios de protección social (Alfaro 2012, p. 61)

7.1.1. El desafío de la integralidad

Como planteamos al inicio de esta tesis, la Psicología Social Comunitaria y el paradigma de la Salud comunitaria proponen elementos sustantivos para pensar las políticas públicas que atañen a los procesos sociales y de la salud. La integralidad en estas políticas parece un desafío pues el pensarlas desde *sectores* determina *a priori* una lógica fragmentada que separa aquello que se nos presenta unido. En este sentido, el Centro de Recuperación tal como se ha estructurado es un claro ejemplo de la sectorización de las políticas públicas que interviene desde el sector salud (MSP-ASSE) y desde el sector social (MIDES) intentando trabajar coordinadamente. Puede resultar difícil pensar en la gestión de la salud positiva (Saforcada et al, 2010) desde un Centro de Recuperación, pues lo que signa este tipo de centro es la pérdida de la salud en algún sentido. Sin embargo, la razón de ser del Centro es la salud, por lo que un enfoque salubrista tiene mucho para aportar. Superar una visión individual y fragmentada que minimiza los factores sociales (De Lellis, 2010) se hace sumamente necesario a la hora de pensar e intervenir en procesos de recuperación integral.

En este sentido, hemos analizado cómo el modelo médico tradicional es dominante, con una lógica fragmentada desde el propio diseño de la política, lo que hace prácticamente inevitable que esto se reproduzca en las propias prácticas del Centro, como ser las referencias por áreas de actuación (salud – social). El equipo técnico, como primera línea de acción

vinculada a los aspectos dominantes, contiene esta fragmentación disciplinar y por áreas, sin embargo, podemos hallar en la tarea de las Acompañantes el potencial para un primer nivel de integralidad, donde ya no se opera únicamente desde la salud o desde lo social, sino desde una nueva dimensión, la del cuidado. Cabe destacar que el SNIC ha pensado plantear una nueva sectorialidad, que se complementa con el sistema de salud, de educación y de seguridad social (MIDES, 2014 p. 14), advirtiendo los problemas de fragmentación que presentan estos sistemas a la vez de la complejidad de su diferenciación. Por otra parte, es significativo que el MSP en un documento de circulación interna discrimine lo que es *cuidado en salud* de *cuidados*, aludiendo a las competencias de ambos sistemas (SNIS y SNIC)⁹. Esta discriminación, más operativa que conceptual, arrastra los problemas que la institucionalidad y las cuestiones organizativas presentan, pues en muchos casos no es posible discriminar ambos tipos de cuidados, especialmente cuando se conjugan varias situaciones en una misma persona (cuidados de rehabilitación asociados a una enfermedad, de cuidados necesarios por una alteración patológica o de cuidados relativos al ciclo de vida). En todo caso, estos cuidados se unifican en los sujetos, pero tensionan las institucionalidades y generan conflictos de competencias, pues la persona no puede fragmentarse para recibir ambas modalidades de cuidado.

Tanto la lógica disciplinar como la de territorios implican delimitaciones que se apropián de determinados sectores de la realidad como una celosa posesión (Maceiras y Bachiño, 2008). Esta delimitación, que tiene una dimensión política y que también es operacional, obtura una visión integral del problema en cuestión, lo que emerge claramente en las situaciones aquí abordadas. Por su parte, los sectores portan modelos epistemológicos bien diferentes, que implican metodologías y técnicas que se superponen a destiempo, muchas veces invalidando unas a otras, por lo que los procesos de intervención no siempre son congruentes. Los procesos biológicos implican determinados tiempos y los sociales otros. A su vez, se reproduce cierta hegemonía de las ciencias biomédicas sobre las ciencias sociales, propias de las nociones paradigmáticas de la segunda mitad del SXX, donde las ciencias humanas y sociales se las considera “inmaduras” o “blandas” en relación a las ciencias básicas o “duras”, al no encajar en la lógica positivista dominante. Actualmente las ciencias humanas y sociales, lejos de “paradigmatizarse” –o sea: adoptar métodos de las ciencias duras-, se han desarrollado sustancialmente, generando mecanismos acordes a los fenómenos que estudia, en la producción de conocimiento científico.

Cabe aquí la pregunta sobre las posibilidades de superación de estas dicotomías, principalmente en el abordaje de los fenómenos humanos. Pensar un diálogo fructífero y

⁹ cita en Capítulo I – Sección 1.3.3

una integración en las prácticas requiere más que buena voluntad, pues estas cuestiones se encuentran fuertemente arraigadas en el campo académico y presentes aún en la formación técnica y profesional. Al analizar los logros y avances en materia de salud consideramos el caso cubano como un ejemplo de integración, donde la Psicología de la Salud ha aportado a trascender un modelo puramente clínico tradicional, principalmente desde un contexto de integración social y especialmente incidiendo en la formación técnica de grado, pregrado y posgrado y en la educación social, a nivel amplio.

Una propuesta que apunte a la superación del binomio enfermedad – recuperación puede implicar la asunción del cuidado como un derecho asociado a los procesos vitales y a su carácter universal. Ya sea desde el SNIC o desde el SNIS los cuidados hacen al habitar colectivo y su emergencia refiere, no solamente a aspectos productivos o de carencias, sino al abordaje de una perspectiva de derechos universal que integra una perspectiva de género.

7.1.2. Capacitar para un cambio de modelo

Como veíamos en los antecedentes, la dimensión formativa es relevante en otros estudios vinculados al dispositivo residencial (Carbonell-Cutillas y García-Longoria, 2012), especialmente en lo relativo a los cuidadores, y forma parte de los lineamientos del nuevo SNIC. Es este sentido, la reflexión y problematización acerca de las tensiones sectoriales presentes en el campo es sustancial para la no reproducción de una lógica fragmentada en la atención, que muchas veces atenta contra los propios objetivos de la política. La educación, en este sentido, pensada como proceso social, apunta no sólo a despatologizar la salud, sino también a pensarla como una producción social, que no es puramente responsabilidad individual, sino colectiva.

Considerando una política social con objetivos de inclusión, los aspectos naturalizados concernientes a la exclusión emergen como impensados, generalmente en la forma de estigmas que sitúan a los sujetos en el lugar de asistidos, sujetos pasivos a los que hay que recuperar para re-insertar en la sociedad. Esto emerge con más fuerza en una tendencia homogeneizante, propia de las Instituciones Totales, que instala prácticas de asistencia indiferenciada, tratando de igual modo a quienes necesitan asistencia básica y a quienes no. De esa forma, se obtura las capacidades de los sujetos, quienes son considerados pasivos, más allá de su condición. En este sentido, pensar el dispositivo residencial de manera diferente y distanciarlo de la lógica de las Instituciones Totales, puede aportar a generar procesos novedosos. Por su parte, además de lo que propone el dispositivo, los sentidos simbóli-

cos de la exclusión social se encuentran en los propios sujetos involucrados, residentes y trabajadores en su conjunto, por lo que amerita ser desnaturalizado y problematizado, como vía privilegiada para su transformación. En este sentido, las figuras del *loco*, el hombre *de la calle*, el *discapacitado* o *los viejitos* ameritan un tratamiento colectivo, de reflexión e intercambio acerca de los sentidos implícitos en estas categorías, que rompa con modelos estereotipados y estigmatizados.

La dimensión política de la exclusión y los aportes que la PSC destaca en cuanto a los procesos participativos, señalan la importancia de los residentes en la toma de decisiones relativos a su habitar en el Centro. El habitar comunitario, que alude al empoderamiento de las dinámicas cotidianas se encuentra silenciado, pues lo que inicialmente parece desafectado, cuando se convoca a la reflexión y participación encuentra una actitud crítica y propositiva, que indica interés y capacidad de acción. Este es un aspecto a fortalecer como parte de los procesos inclusivos. En este sentido, la reflexión sobre los procedimientos y la gestión en el Centro se integran en esta micropolítica cotidiana.

El dispositivo ha adoptado una forma flexible, mostrando capacidad de adaptación a las dinámicas sociales. Esto es una fortaleza que amerita destacarse y fomentarse. Si bien, en algunos aspectos se ha tensionado la calidad en la atención por el creciente número de residentes en relación al personal que se mantiene estable, la personalización en el vínculo entre operadores y usuarios (Rodríguez, et al, 2012) ha habilitado, en algunos casos, la asunción de estrategias acordes a cada situación tendientes a la inclusión, y la propuesta de espacios de encuentro colectivos. Sin embargo, la multifunción de los técnicos, por un lado, y la limitación de las posibilidades de actuación de las acompañantes, por otro, no ha permitido avanzar en este sentido. A su vez, los técnicos desde una posición de autoridad, personifican también las normas de funcionamientos y los mecanismos de represión, función que muchas veces obtura el diálogo y la instalación de un vínculo más habilitante. Por otra parte, las acompañantes también en la representación de cierta autoridad y en la generalización de su función no pueden sostener actividades tendientes a la integración y empoderamiento de los sujetos, por un lado por falta de capacitación y por otro por la falta de la investidura necesaria para ello.

En un nivel institucional, esta política de corte asistencial sostiene aquellas situaciones que escapan a las políticas universales de protección social. En este sentido, ante el aumento de la población adulta mayor que requiere cuidados -ya sea por situación de dependencia física o por carencias materiales o de redes sociales- ha generado que los mecanismos de protección actual se vean desbordados, por lo que muchos de estos adultos mayores residen en el Centro mas allá de un período de recuperación. A su vez, un impor-

tante número de población adulta que no accede a protección social por la vía laboral, cuyas redes sociales se encuentran debilitadas, también implican un abordaje más allá de una recuperación orgánica, pues la situación de exclusión refiere también a aspectos sociales que afectan la salud de forma integral. En este sentido, la atención en salud, no es accesible a todos, más allá de la gratuidad, pues elementos relativos a lo que Saforcada et al. (2010) llamó “barrera psicosociocultural” limitan el acceso a la salud –como bien y como servicio-. La superación de esta barrera implica no solamente a quienes hacen uso de los servicios de salud, sino también –y especialmente- a quienes brindan servicio en ellos (De Lellis, 2010; Morales Calatayud, 1997; Rodríguez, 2007; Saforcada et al., 2010).

Por su parte, algunos aspectos relativos a la concepción de la política arrastran modelos de corte neoliberal, que depositan en el individuo la única responsabilidad de su condición, obviando situaciones estructurales y socio - históricas subyacentes a la coyuntura actual. La vergüenza asociada a recibir asistencia estatal tiene que ver con imaginarios fuertemente instalados hace varias décadas. Estos modelos se encuentran naturalizados, y se vinculan a lógicas neoliberales que se instalaron en América Latina desde la década de los '70. A partir de esta investigación notamos que estos imaginarios perduran en el habitar cotidiano, como hemos visto se encuentran naturalizados y emergen en las prácticas discursivas, por lo que se mantienen activos. Pensamos que la capacitación y reflexión en torno a una agenda de derechos –con todos los involucrados- se hacen necesarias para la puesta en marcha de un dispositivo acorde a la misma.

7.1.3. Tradiciones e innovaciones

En un nivel organizacional, el Centro adopta la forma de una política de control social y reproducción de la fuerza de trabajo (Alfaro, 2012), pues inscribe cooperativas sociales y opta por una organización del trabajo tradicional. La estructura locataria es adecuada a las necesidades de los residentes y promueve el bienestar. Los espacios verdes, el amplio jardín y los espacios comunes son referencia permanente por su belleza y comodidad. A su vez, el nivel de privacidad de las habitaciones, muchas con baño propio, respeta la intimidad desde un espacio público. Sin duda la estructura locativa representa un gran potencial para el habitar colectivo, pues dispone de variedad de espacios que contemplan la heterogeneidad de sus habitantes y no violentan el encuentro con los otros. Espacios comunes, espacios íntimos, abiertos y cerrados, luminosos, donde convive la naturaleza y la accesibilidad. El desafío consiste en el mantenimiento y la actualización de la estructura edilicia y la infraestructura.

Priorizamos en este sentido el acceso a tecnologías informáticas que las relaciones sociales actuales demandan, el acceso a ordenadores y a internet, incluimos las señales inalámbricas que son accesibles desde los celulares llamados “inteligentes”, tecnología que habilita la comunicación, el acceso a información y constituyen una forma de inclusión social. Retomando los aportes de Agamben (2011) en cuanto a los efectos de los dispositivos en la era capitalista, aludiendo a sujetos que sufren procesos de desubjetivación, produciendo sujetos pasivos, espectadores o consumidores, la hiperadaptación, anula el potencial político de los habitantes, quienes –si bien se convierten en beneficiarios de la política- no ejercen poder alguno sobre sus condiciones de vida. Este aspecto es necesario tenerlo en cuenta en cuanto a los procesos subjetivos que desde el Centro se potencian, atendiendo que este habitar no se convierta simplemente en ocupar un espacio, sino que habilite procesos inclusivos en todas sus dimensiones.

Analizando el dispositivo podemos identificar fuertes líneas de sedimentación basadas en un modelo organizacional tradicional, inspirado en la lógica hospitalaria –uniformes, turnos, estructura de poder-, lo que contempla también un diálogo sostenido con otras organizaciones estatales. Por otra parte, lo actual del dispositivo se apoya en el sector social, desde la atención a personas en situación de calle, al incluirse dentro del llamado Sistema de Refugios, con sus particularidades ligadas al sector salud. También, hallamos diversas líneas de fuga, por una parte el Centro acoge todo tipo de situaciones que requieren contención habitacional y de cuidados, más allá del sistema público de salud, de las condiciones económicas y de otros criterios que a priori se puedan establecer. A modo de una gran malla de protección social, las excepcionalidades son incluidas en este dispositivo en permanente transformación, que ha sabido adaptarse –no sin dificultades- a diversas necesidades y emergencias sociales¹⁰. Por otra parte, la miropolítica que se despliega en el habitar colectivo contiene en potencia procesos creativos, desde composiciones múltiples las personas se encuentran, se conocen, se conquista la confianza, un espacio de intimidad donde es posible crear. Estos pequeños espacios cotidianos contienen en potencia un universo, territorios existenciales que conectan con nuevas formas de relacionamiento, antes no experimentadas. Si sólo operan las líneas de sedimentación del dispositivo, en este caso encontraremos un habitar institucionalizado, similar a la cárcel o al hospital, como una Institución Total. Un sentido –en apariencia novedoso- se asocia a la Casa del Gran Hermano, que contiene las mismas lógicas propias de la sociedad de control, desde la figura de panóptico, actualizada en la sociedad del espectáculo, desde el entretenimiento.

¹⁰ El Centro ha acogido desde familias cuya vivienda fue incendiada o desplazadas por inundaciones hasta situaciones de violencia de género.

Si proyectamos líneas de fuga, el habitar en el Centro puede pensarse como una micro urbanidad, cuyos lazos de vecindad exigen espacios de encuentro donde co-gestionar el espacio compartido; asimismo podemos pensar en un habitar colectivo asociado a un gran proyecto común –de soporte material y afectivo- al estilo de una empresa cooperativa asociada desde el compañerismo, la solidaridad y la co-responsabilidad. Los compañeros también remiten al espacio educativo, la escuela, el secundario, espacios disciplinadores por excelencia, pero también de socialización. A su vez, el modelo cooperativo de trabajo, que está presente en la mayor parte de los trabajadores del Centro, contiene un modelo de relación social desde lo colectivo que fortalece éstos procesos también en los residentes. Sin duda, estos trazos requieren flexibilizar algunas cuestiones que la organización actual mantiene, sobre todo si consideramos el potencial transformador que esta experiencia contiene.

7.2. Subjetividades ¿excluidas?

En términos de políticas estatales hay opciones: desde proveer recursos en la forma de subsidios a las madres para que cuiden a sus hijos –política que cristaliza a las mujeres y las constriñe en su rol de madre– hasta la provisión de servicios por parte del estado: guarderías con acceso universal, cuidado de ancianos y enfermos desde los sistemas de salud estatales, por ejemplo. En general, la provisión de servicios directos por parte del estado da legitimidad y reconocimiento al cuidado, facilita la desfamiliarización del cuidado, crea oportunidades de trabajo protegido a mujeres, permite a las madres salir al mercado de trabajo, mejora y regula los estándares de atención. La contrapartida es la monetización: políticas de transferencia de recursos monetarios que incentivan la provisión mercantil de servicios. En suma, las demandas públicas de las mujeres desde la maternidad pueden ser vistas como reforzando tradicionales roles de género, pero también como un esfuerzo de politización del cuidado, como propuesta de una “ética del cuidado” como paradigma universalista, y no como moral femenina o maternal: El cuidado no es una preocupación particularista de las mujeres, un tipo de cuestión moral secundaria, o el trabajo de los/as más pobres. El cuidado es una preocupación central de la vida humana. Es hora de que empecemos a cambiar las instituciones sociales y políticas para que reflejen esta verdad (Tronto, 1993: 180). (Esquivel, V., Faur, E. y Jelin, E., 2012 p.42)

Cuando abordamos la construcción de la situación de vulnerabilidad y hacemos una lectura transversal desde las trayectorias de vida, vemos el peso predominante de las relaciones sociales tanto en la atención en salud como en los soportes materiales y afectivos de los residentes. En este sentido, los motivos de ingreso desde lo social aluden a problemas económicos y vinculares, aspectos presentes en los abordajes de los fenómenos de exclu-

sión social. Sin embargo, la dimensión del trabajo tiene una fuerte presencia, con impacto a nivel identitario y valorado desde el discurso de casi la totalidad de los entrevistados, aunque con la característica de la informalidad y la alta rotatividad. También, encontramos la alta movilidad residencial como factor determinante en la construcción de situaciones de vulnerabilidad social, condición cada vez más frecuente en nuestra sociedad globalizada y mundializada. Es por esto que no podemos afirmar que se trate de sujetos excluidos, pues la integración en distintos niveles de la vida social –especialmente en la esfera económica y cultural- dan cuenta de la pertenencia simbólica y la inscripción a diversos colectivos y sectores de nuestra sociedad.

Esto nos lleva a preguntarnos por los objetivos de inclusión que definen esta política social, la que se incluye en el PASC, así como los sentidos que porta y transmite desde su implementación. Recordamos las asociaciones estigmatizantes que portan las personas en situación de calle a las que hay que domesticar, en el sentido de incluir en el dominio de lo privado, sacar de la calle. Como plantean los movimiento feministas, lo privado es político (Andía Pérez, 2007), así como las intervenciones que buscan incluir desde la exclusión, están operando políticamente en la reproducción de la misma. En este sentido, problematizar la noción de exclusión social y su poder subjetivante desde el aparato político, aporta en la deconstrucción de lógicas neoliberales profundamente arraigadas (Sequera y Janoschka, 2012).

Analizando las redes sociales desde una dimensión relacional, ya hemos visto la incidencia de los aspectos contextuales –relativos a la dimensión histórica y regional- apoyada en un modelo social proveniente del neoliberalismo. En cuanto a los aspectos funcionales de las redes sociales, los tipos de vínculos y los “traumas relacionales” a partir de separaciones conyugales, fallecimientos y principalmente las afecciones de salud, han colocado subjetivamente a estos sujetos en situación de vulnerabilidad, aunque sosteniendo la dimensión de la ayuda en muchos de los casos. Esto se ha visibilizado en la presencia –ante situaciones de emergencia- de las ex - parejas, así como en la ayuda brindada por otros familiares y conocidos a nivel comunitario que facilitaron el acceso a recursos de todo tipo. Entendiendo los aspectos relacionales en un sentido amplio, hallamos: una dimensión vincular donde predomina un modelo individualista, una dimensión política que ubica a los sujetos en condición de pasividad o inoperancia, y una dimensión simbólica de estigmatización. Aspectos estos que no escapan a procesos sociales e históricos que signaron nuestra región en las últimas décadas del siglo pasado, donde la mayoría de los sujetos involucrados en esta investigación se constituyeron como tal. No es coincidencia que la noción de exclusión social encuentre sus orígenes en esos años, donde el modelo económico y social neoliberal se

constituyó como valor hegemónico. De igual forma estos modelos impactan en el sector salud, la que se mercantiliza e individualiza.

Actualmente, la salud se reconfigura en términos económicos (coste de los días laborables perdidos; coste del apoyo de la seguridad social) o en términos morales (la imperativa contemporánea de la reducción de las injusticias en el campo de la salud). En esta nueva modalidad, el Estado mantiene las tareas tradicionales en relación con la población como un todo: la distribución del agua, las condiciones de salubridad, el control de los medicamentos y la comida, etc. Pero la responsabilidad de mantener cada miembro de la población, adquirida en la modalidad del "estado del bienestar", se suele transferir. En este nuevo escenario, típico de las economías neoliberales, cada individuo es responsable de su salud. Los derechos se convierten en deberes: el deber de tener salud. (Spink, 2010a p.35)

Entonces, la situación de vulnerabilidad se encuentra principalmente determinada por las materialidades, presentes en los factores orgánicos, en aspectos económicos, y en el acceso a la vivienda. Esto último de cierta forma queda invisibilizado detrás de carencias económicas, pero que contiene fuertes elementos políticos, y que aparece en el discurso de los entrevistados como moción de deseo. La trama social, si bien se encuentra debilitada, adopta características generalizadas, propias de la llamada modernidad líquida (Bauman, 2005) donde las nuevas configuraciones vinculares se tornan frágiles, móviles y cambiantes. Esto se asocia también a un modelo económico que produce subjetividades que se construyen desde el consumo y desde el individuo en nombre de la libertad.

Ante esto cabe preguntarse sobre los niveles de repercusión de las políticas públicas de la última década. En este sentido vemos cómo algunos planteos asociados a la pertenencia a colectivos gremiales, o a la propia autogestión como valor, emergen tímidamente. De esta forma destacamos que varios entrevistados prácticamente han auto-gestionado su ingreso al Centro, accediendo a la información de la existencia del mismo, solicitando ayuda en este sentido, realizando el seguimiento del trámite correspondiente y exigiendo una atención de calidad. La dimensión social e histórica también se encuentra incidiendo en estos aspectos, pues estas reivindicaciones se apoyan generalmente en un pasado –algo más lejano- con relativo activismo social. Más allá de esto, las políticas y los sujetos que las personifican se integran de igual forma que aquellos a quienes se dirige, por lo que portan las mismas condicionantes y son producto de décadas de modelos individualistas y fragmentados, asociados al mercado y al consumo, lo que opera desde la naturalización de la condición de excluidos de algunos colectivos sociales.

En los entrevistados más jóvenes la llamada “sociedad de control” emerge con fuerza, nos referimos a las exigencias de mayor seguridad, control y vigilancia, e incluso la preponderancia de la discriminación, como valor, entre “recuperables e irrecuperables” lo que entendemos contiene elementos del orden de la expulsión. Esto nos remite a la “nueva cuestión social”, donde se pone en juego el reconocimiento del Otro en el “derecho a tener derechos” (Arendt, 1974). Entonces, al pensar los procesos inclusivos desde los factores relacionales, las condicionantes históricas juegan un papel fundamental, operando tanto en la interpretación que los sujetos hacen de los *otros como diferentes*, como en una modalidad vincular para con ellos. A nivel social, las improntas culturales que acompañaron las políticas dictatoriales -en materia de gobierno- y neoliberales -en materia económica y cultural-, se encuentran operando en las relaciones sociales actuales, como formas aprendidas y naturalizadas, por ello también incuestionadas. Es por esto que valoramos el abordaje de estos aspectos explícitamente, como tarea colectiva, de reflexión y problematización necesaria para generar procesos inclusivos. La instancia de trabajo grupal ha confirmado esta afirmación, pues lo grupal como dispositivo y como acontecimiento, generó interés, participación y empoderamiento. Muchos de los participantes no sólo agradecieron la instancia, sino que reclamaron, y valoraron la necesidad de las mismas para promover el conocimiento mutuo, la participación de aquellos que no lo hacen espontáneamente, la reflexión crítica sobre las formas de habitar en el Centro y la negociación de sentidos como acción política en el habitar colectivo.

Desde las propuestas del Centro, el espacio de recreación, es el único que actualmente se reconoce como espacio colectivo de integración. Ésta puede apoyarse simbólicamente en la “sociedad del espectáculo”, que promulga al entretenimiento como único sentido posible para el encuentro. Es por esto que consideramos la dimensión política minimizada en materia de inclusión. Esta dimensión es necesario abordarla en colectivo junto a otros actores del Centro, especialmente con quienes ejercen la función de gobierno del mismo (Equipo técnico y Acompañantes), pues se encuentra en potencia en sus habitantes en un dispositivo que la constriñe. De igual forma, los espacios de encuentro con todos los habitantes (residentes y trabajadores) se tornan necesarios en la generación de procesos colectivos, de inclusión y reconocimiento del Otro. Entendemos que estas actividades propuestas necesitan sostenerse sobre una organización acorde, que aborde “lo social” integralmente y de forma específica, para lo que, según parece, no están dadas las condiciones, por la distribución actual de los recursos humanos y las tareas asignadas a los mismos.

A su vez, generar procesos de fortalecimiento de la capacidad de reflexión crítica no concuerda con un modelo médico que es hegemónico y que presenta serias dificultades en la comunicación. Por su parte, ante esto, el lugar del *paciente* coloca a los sujetos en una

posición pasiva y sumisa, lo que tensiona el fortalecimiento de la autonomía. Sin embargo, la apropiación del saber médico, como hemos visto, facilita la llamada “adhesión al tratamiento”, por lo que los espacios de *comunicación y aprendizaje* desde dispositivos grupales, pueden ser vías regias para el logro de los objetivos del Centro. La comunicación y el aprendizaje, también como instancias creativas, constituyen elementos centrales en el abordaje de los fenómenos vinculares. La reflexión crítica y la problematización, constituyen instrumentos para la intervención social en la construcción de ciudadanía.

7.3. Construyendo habitares colectivos

Las prácticas discursivas acerca del habitar en el Centro contienen tres dimensiones: la dimensión social e histórica, la dimensión que refiere al dispositivo y lo que éste habilita, y la dimensión del acontecimiento del habitar colectivo, especialmente en la atribución de nuevos sentidos.

Como veíamos en las trayectorias vitales de las personas que residen en el Centro, las mismas refieren a prácticas sociales caracterizadas por modelos sociales, políticos y económicos de inestabilidad y desregularización, con fuerte tendencia individualista, donde prima la incertidumbre. En este sentido, las relaciones sociales oscilan entre la inestabilidad la conflictividad y el apego, modelos polarizados, con tendencias centrífugas o centrípetas. Estas modalidades que encuentran su correlato en grandes tendencias sociales del Siglo XX, se actualizan hoy en las modalidades vinculares y su relación con el sistema productivo y económico. Entonces, la construcción de la vulnerabilidad refiere a situaciones que son compartidas, en mayor o menor medida, por el colectivo social en su conjunto. En un nivel general, la modalidad vincular que se actualiza en el habitar cotidiano se tensiona entre el apego y el aislamiento. El *otro* aparece como un conocido – desconocido, emerge la empatía habilitante del vínculo, a la vez que el temor al aprisionamiento en el mismo. Esta tensión ha sido explícita en algunos relatos y en otros no tanto, donde el énfasis algunas veces se encontró en el polo del apego y en otros en el del desapego. En algún punto, la pregunta por el vínculo que introduce esta investigación ha dado lugar a un nivel de reflexión que dio cuenta del potencial de este abordaje en sí mismo, pues la emergencia de la pregunta movilizó a los entrevistados y fue retomada como actividad colectiva en la instancia grupal.

Por su parte, la experiencia del habitar colectivo, asociada a una intervención social en un momento de crisis, implica un impacto significativo en las personas que resignifica algunos aspectos de su trayectoria vital. A su vez, se incorporan elementos que el dispositivo del Centro porta, que potencia desde el encierro las dinámicas de control y represión, con

un importante nivel de exposición y burocratización, lo que incide en las dinámicas vinculares. En este sentido, algunos preponderan el vínculo con los técnicos, otros con los demás residentes, otros con los demás trabajadores. En un nivel general, la indefinición y la búsqueda de modelos de referencia en experiencias pasadas, tiene un peso considerable. La pregunta por el tipo de vínculo quedó abierta y funcionando, generando reflexiones y problematizaciones en los participantes de la investigación.

¿Cuáles son las características de los vínculos que se establece en el Centro? En cuanto al vínculo con el equipo técnico, el mismo aparece asociado exclusivamente a una persona o a su rol, el equipo se percibe fragmentado y lo técnico burocratizado en tareas administrativas o de control. La función que el equipo técnico sostiene, aparece en un principio difusa, tanto en sus formas como en sus procedimientos. Los aprendizajes institucionales, asociados al tiempo de permanencia en internaciones anteriores o a partir del habitar en el Centro, implican una proximidad mayor con el equipo técnico, sus roles y procedimientos, aunque se mantiene una percepción fragmentada del mismo. Con los demás trabajadores, las referencias aluden principalmente al colectivo de acompañantes, las que, en la función del cuidado, se las percibe como familiares o educadoras, donde priman estereotipos vinculados al género. De igual modo, la dimensión del trabajo se encuentra fuertemente presente en estos vínculos, generando empatía desde la condición de trabajadoras, lo que re significa experiencias laborales de los residentes. En estos vínculos aparece el afecto, incluyendo quejas o reproches relacionados con la posición de autoridad que tienen en la gestión de la vida cotidiana, ubicadas además en un lugar de visibilidad importante tanto a nivel simbólico como material, por lo que son también objetivadas fácilmente. Algunas alusiones a sentidos discriminatorios y referencias a un trato homogeneizante y mecánico denotan la reproducción de modelos sociales más amplios.

Los vínculos con los demás residentes, vínculos entre pares, son los más significativos en el habitar del Centro. El relacionamiento con otros usuarios es prácticamente inevitable y moviliza estrategias de todo tipo. El conocerse, el compartir y el ayudarse son los sentidos más presentes en cuanto a las relaciones que se construyen en el habitar cotidiano. El habla y la escucha es la principal herramienta de intercambio, y los contenidos aluden a la resolución de problemas dentro y fuera del Centro. Desde cuestiones básicas como el compartir la yerba hasta estrategias elaboradas en consejos personales, son elementos que sostienen las relaciones en el Centro. De igual modo, el otro como amenaza también está presente, ya sea a causa de un apego excesivo, o desde otro puramente utilitario, desapegado y por ello potencialmente dañino. De igual forma, la dimensión del cuidado predomina, y aparece en las posibilidades de cultivar el vínculo, cuidando al otro en su intimidad y valorando la dimensión procesual. El conocerse ha habilitado superar barreras estigmatizantes y

los espacios de encuentro, ya sean espontáneos o formalizados, emergen como potentes espacios de integración. En este sentido, encontramos una gran disposición para el encuentro con el otro, el que algunas veces, requiere ser promovido desde instancias institucionales. Si bien, las propuestas que se plantean son escasas y aluden puramente al entretenimiento como vía de integración, éstas son sumamente necesarias, atendiendo el riesgo del aislamiento que caracteriza algunos espacios residenciales, especialmente para los adultos mayores (Carbonell-Cutillas. & García-Longoria, 2012) o la constitución de un espacio de abandono (Biehl, 2013) que caracterizan la exclusión residencial de las personas con trastornos mentales. La dimensión política de la inclusión, aparece debilitada desde el dispositivo, por lo que los procesos autonómicos emergen desde las singularidades y, en ocasiones, es aplacado por la propia dinámica de la Institución Total.

Ante la pregunta por los procesos inclusivos, estos se encuentran potencialmente en el habitar colectivo, principalmente desde las relaciones establecidas y desde el acceso a derechos como son la salud, los cuidados u otros, que se gestionan desde el Centro. Pensamos que la dimensión política es la que amerita ser fortalecida, pues los niveles de participación en el Centro son limitados, los que debilitan la autonomía de los sujetos, sobre todo considerando que ésta, muchas veces se encuentra afectada por la afección orgánica involucrada en el ingreso. En este sentido, las relaciones que en el Centro se establecen son potencialmente inclusivas, pues desde el vínculo se generan nuevos habitares sobre la base del conocimiento mutuo, el diálogo y el apoyo emocional, si bien algunos habitantes se adaptan excesivamente al dispositivo, asumiendo algunos aspectos estigmatizantes, enfatizando el control y la individuación de los procesos. En estos casos emerge el *otro* como amenaza, como distracción de los objetivos individuales, y se deposita el saber y el poder exclusivamente en la autoridad, ya sean las acompañantes, los técnicos o el Estado. Esta tensión también constituye el habitar en el Centro. Por su parte, quienes tienen experiencia en instituciones del Estado, u otros, cuyo devenir histórico ha aportado herramientas de acción social y política, movilizan, interpelan y generan procesos novedosos, reflexionan sobre el habitar colectivo y generan propuestas concretas. Estas voces ameritan espacios de acción, lo que redundaría en el fortalecimiento de los procesos colectivos e inclusivos.

La dimensión de lo colectivo siempre está presente, en tanto el habitar con otros emerge espontáneamente, principalmente en los encuentros cotidianos, aunque tensionado por una tendencia homogeneizante. Nuevamente la dimensión política incide desde el pensarse *con* otros o *entre* otros, y es un aspecto que se configura en relación a la dimensión histórica – singular, pues es escasamente abordada desde el Centro, donde aparece únicamente desde cuestiones reglamentarias. La dimensión de lo colectivo se vivifica desde los

procesos compartidos, tanto a nivel histórico como social, económico y político. Se potencia desde los espacios de encuentros, los que no siempre son posibles.

Finalmente, un aspecto importante de los sentidos que se construyen desde el habitar colectivo en este tipo de Centro, tiene que ver con la vida, especialmente con las materialidades asociadas a esta. Así, la recuperación de un cuerpo sano, de la autonomía personal, y el *tener un lugar* son los principales sentidos de este habitar. Que éstos aludan a procesos individuales o colectivos no se encuentra definido, si bien es algo que nos compete a todos nosotros.

Referencias Bibliográficas

Agamben, G. (2010). *Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida*. Valencia: Pre-textos.

Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo?. *Sociológica (México)*, 26(73), 249-264. Recuperado en 20 de marzo de 2015, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732011000200010&lng=es&tlng=es.

Aguirre, R. y Batthyány K. (2005). *Uso del tiempo y trabajo no remunerado. La Encuesta Montevideo y Area Metropolitana 2003*, Montevideo: UNIFEM - UDELAR.

Aguirre, R., y Ferrari, F. (2014). *La construcción del sistema de cuidados en el Uruguay: En busca de consensos para una protección social más igualitaria*. Santiago de Chile: CEPAL

Agost Felip, R. y Martin Alfonso, L. (2012). Acercamiento al papel de los procesos de exclusión social y su relación con la salud. *Revista Cubana de Salud Pública* [online] 38 (1) [citado 2015-01-09], 126-140. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000100012&lng=es&nrm=iso. ISSN 0864-3466.

Alfaro, J. (2012). Posibilidades y tensiones en la relación entre Psicología Comunitaria y políticas sociales. En A. Sánchez, J. Alfaro, y A. Zambrano. (Comps.) *Psicología Comunitaria y Políticas Sociales. Reflexiones y experiencias*. (pp.45-75). Buenos Aires: Paidós

Alfaro, J. y Zambrano, A. (2009). Psicología Comunitaria y Políticas Sociales en Chile. *Psicología y Sociedad*, 21 (2):275-282

Álvarez Leguizamón, S. (2008). Focopolítica y Gubernamentalidad Neoliberal, las políticas sociales. *II Encuentro Argentino y Latinoamericano de Prácticas Sociales y Pensamiento Crítico*. Universidad Nacional de Córdoba, 4 y 5 de julio. Recuperado el 23/07/2012 de:

<http://www.ets.unc.edu.ar/tercerencuentro/anteriores/2008/img/datos/Universidad/alvarez.pdf>

Álvarez Pedrosian, E. (2008). Los efectos de la epistemología kuhneana en las ciencias humanas. En J. Rasner (comp.) *Ciencia, conocimiento y subjetividad* (21-38). Montevideo: CSIC – Udelar.

Álvarez Pedrosian, E. (2009). *Los estrategas del Maciel. Etnografía de un hospital público*. Montevideo: CSIC - Udelar

Álvarez Pedrosian, E. (2010) Transformar la fragmentación urbana. *Barcelona Metrópolis*, 80, 10-15.

Álvarez Pedrosian, E. (2011). *Etnografías de la Subjetividad. Herramientas para la investigación*. Montevideo: LICCOM – Udelar

Álvarez Pérez, A., García Farinas, A., Rodríguez Salva, A., y Bonet Gorbea, M. (2007). Voluntad política y acción intersectorial: Premisas clave para la determinación social de la salud en Cuba. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología [online]*. 45(3) 0-0. ISSN 1561-3003.

Andía Pérez, B. (2007). Lo personal es político: una lectura de lo público y lo privado. *Boletín Generando del Instituto Runa de Desarrollo y Estudios sobre Género*, 1(10).

Arendt, H. (1974) *Los orígenes del totalitarismo*. Madrid: Santillana

Arriba González, A. (2002) *El concepto de exclusión en política social*. Documento de trabajo 02/01. Unidad de Políticas Comparadas (CSIC). Recuperado el 23/07/2012 de: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/1495/1/dt-0201.pdf>

Bagnato, M.J., Da Cunha, H. & Falero, B. (2011). *Sistema de cuidados. Documentos base. Esquema de documentos base por población. Discapacidad*. MIDES. Recuperado el 2 de enero de 2013 de: http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/13425/1/sistemade_cuidados-discapacidad.pdf

Baraibar, X. (2000). Algunos aportes para la discusión sobre exclusión social. *Artículo publicado en el Boletín Electrónico Surá: www.ts.ucr.ac.cr Costa Rica.*

Barona de Infante, N. y Álvarez, L. (1991). El proceso de Salud-Enfermedad: Un fenómeno social. En *Sociedad y Salud*. Cali: Formas Precisas. Recuperado de <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-001.pdf>

Bauman, Z. (2005). *Modernidad Líquida*. Buenos Aires: Ed. Fondo de Cultura Económica.

Belfiore, W. M. (1999). Refletindo sobre a noção de exclusão. En B. Sawaia (Org.), *As artimanhas da exclusão. Análise psicossocial e ética da desigualdade social*. (pp.16-27) Petrópolis: Vozes.

Bentura, C. y Mitjavila, M. R. (2012). Sobre los dispositivos posmanicomiales de administración de la locura en la sociedad uruguaya. *13 Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia, Trabalhos Completos*. (1) 1-9 São Paulo. Recuperado El 7 de enero de 2013 de http://www.13snhct.sbhct.org.br/resources/anais/10/1345077733_ARQUIVO_dispositivosposmanicomiales.pdf

Biehl, J. (2013). *Vita: Life in a zone of social abandonment*. Berkeley: University of California Press.

Blanco Latierro, M. V. (2013). Tradiciones de la Psicología Social en la región del Río de la Plata. Entre surgimientos y desarrollos. *Augusto Guzzo Revista Acadêmica*, 1(11), 124-139.

Bonet i Martí, J. (2006). La vulnerabilidad relacional: Análisis del fenómeno y pautas de intervención. *REDES – Revista hispana para el análisis de redes sociales*. (11) 4. Disponible en: <http://revista-redes.rediris.es>

Bozzolo, R. C. (1999). Los vínculos y la producción histórica de subjetividades. *La perspectiva vincular en psicoanálisis*, 22 (2) 67-86

Cano Menoni, A. (2014). Pobres peligrosos. Análisis del proceso de criminalización de la pobreza y la juventud en Uruguay y de los desafíos que representa para la psicología comunitaria. *Athenea Digital*, 14(1), 91-109.

Carbonell-Cutillas, M. y García-Longoria, M. (2012). Análisis de las relaciones interpersonales y los conflictos en los centros residenciales para mayores. [*Portularia: Revista de*](#)

[Trabajo Social](http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5736/Análisis_de_las_relaciones_interpersonales.pdf?sequence=2), (12)1,17-27. Recuperado el 7 de enero de 2013 de http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5736/Análisis_de_las_relaciones_interpersonales.pdf?sequence=2

Carrasco, J. C. (2010). Rol del Psicólogo en Latinoamérica. En J.C. Carrasco. *Aportes II. Comentarios sobre una práctica psicológica*. Montevideo: Letraeñe

Castel, R. (1995a). De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso. *Archipiélago*, 21, 27-36.

Castel, R. (1995b). ¿Qué significa estar protegido. E. Dabas y D. Najmanovich. *Redes: el lenguaje de los vínculos: hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*, 2, 151-158.

Castel, R. (1997). *Las metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós

Castoriadis, C. (1989). *La institución imaginaria de la sociedad*. Barcelona: Tusquets.

Castoriadis, C. (1993). *El mundo fragmentado*. Buenos Aires: Ed. Altamira.

CNPS: Consejo Nacional de Políticas Sociales (2007). *Plan de equidad*, 3ª edición, Montevideo: IMPO.

Concha R., V.; Barriga, O. A.; Henríquez A., G. (2011). Los conceptos de validez en la investigación social y su abordaje pedagógico. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 1 (2), 91-111. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.5189/pr.5189.pdf

Cortés, F. (2006). Consideraciones sobre la marginación, la marginalidad, marginalidad económica y exclusión social. *Papeles de población*, 47, 71-84.

Debord, G. (1967). *La sociedad del espectáculo*, trad. JL Pardo, 2ª ed. revisada, Valencia: Pre-textos.

De Lellis, M. (2010). Psicología y políticas públicas saludables. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*. 2(2), 102-106. Buenos Aires: COBAND / AACP.

Del Castillo, R., Dogmanas, D. y Villar, M. (2011). Hacia una rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 4, 83-96. Disponible en <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/index>

Deleuze, G. (1989). *El pliegue. Leibniz y el barroco*. Barcelona: Paidós.

Deleuze, G. (1990). ¿Qué es un dispositivo? En E. Balbier, et al. *Michel Foucault, filósofo* (pp. 155-163). Barcelona: Gedisa.

Deleuze, G. (2005). *La lógica del sentido*. Barcelona: Paidós

Deleuze, G. y Guattari, F. (1997). *Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia II*. Valencia: Pre-textos.

Dominguez, E. (2009). Programa Casa Asistida Tarará – Prado. *Revista Regional de Trabajo Social* (46) Recuperado de:
http://www.revistatrabajosocial.com/revistas/revistas2009/46_ProgramaCasaAsistidaMides.pdf

Domínguez, E (2010). *Ministerio de Desarrollo Social. Programa Casas Asistidas. Casa Asistida Tarará Prado*. Trabajo presentado en curso de formación AECID Montevideo. Recuperado de: http://www.aecidcf.org.uy/index.php/documentos/doc_download/327-presentacion-julio-2010.

Esquivel, V., Faur, E. y Jelin, E. (2012). Hacia la conceptualización del cuidado: familia, mercado y estado. En V. Esquivel, E. Faur y E. Jelin (Ed.) *Las lógicas del cuidado infantil entre las familias, el estado y el mercado*. (11-45) Buenos Aires: IDES

Estébanez, P. y Basteiro, T. S. (2002). *Exclusión social y salud: Balance y perspectivas*. Barcelona: Icaria.

Fals-Borda, O.; Brandão, C. y Cetrulo, R. (1986). *Investigación participativa*. Montevideo: Instituto del Hombre. Ediciones de la Banda Oriental

Fernandez, A. M. (1996). Notas para la constitución de un campo de problemas de la subjetividad. *Revista del Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*.

Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. México DF: Siglo XX I

Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. *Revista mexicana de sociología*, 3-20 (3-20) Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/3540551>

Foucault, M. (1995). *Tecnologías del yo. Y otros textos afines*. Barcelona: Paidós

Foucault, M. (2000) *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de la cultura económica.

Foucault, M. (2005). *Historia de la sexualidad. El Cuidado de sí* (Vol. 3). Madrid: Siglo XXI

Foucault, M. (2006). *La arqueología del saber*. México DF: Siglo XXI.

Foucault, M. y Deleuze, G. (1994). Los intelectuales y el poder. En Foucault, M. *Microfísica del poder*. pp. 78-79. Barcelona: Planeta-Agostini

Franco Leal, G. (2008) *Exclusão social e ruptura dos laços sociais: análise crítica do debate contemporâneo*. Memoria para optar al grado de doctor. Programa de Pós-Graduação em Sociologia Universidade Estadual de Campinas . Instituto de Filosofia e Ciências Humanas Disponible en <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000434477>

Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. México: Siglo veintiuno editores.

Giorgi, V. (1990). *Vínculo, marginalidad, salud mental*. Montevideo: Roca Viva.

Giorgi, V., Rodríguez, A., y Rudolf, S. (2011). La Psicología Comunitaria en Uruguay: Herencias y Rupturas en relación con su historia. En M. Montero e I. Serrano (compas.) *Historias de la Psicología Comunitaria en América Latina. Participación y Transformación* (399-421) Buenos Aires: Paidós.

Goffman, E. (2001). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.

Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

Guattari, F. (2004). *Plan Sobre el Planeta: capitalismo mundial integrado y revoluciones moleculares*. Madrid: Traficantes de Sueños.

Guattari, F. y Rolnik, S. (2006). *Micropolítica: cartografías del deseo*. Madrid: Traficante de Sueños.

Hacking, I. (2001) *¿La construcción social de qué?* Barcelona: Paidós.

Heidegger, M. (1994). Habitar, construir, pensar. En M. Heidegger, *Conferencias y artículos* (127-142). Barcelona: Serbal.

Huber, E. y Guérin, M. A. (1999). Los cambios en las dimensiones semánticas de habitar. En L. Giordano y L. D'Angeli, *El habitar, una orientación para la investigación proyectual* (347-353). Buenos Aires: UBA - UAM

Kuhn, T. (1971). *La estructura de las revoluciones científicas*. FCE, México

Lakatos, I. (1993). *La metodología de los Programas de investigación científica*. Alianza. Madrid.

Lapalma, A. I. (2001). El escenario de la intervención comunitaria. *Revista de Psicología*, 10(2), Pág-61.

Lewkowicz I., Cantarelli, M. y Grupo Doce (2003) *Del fragmento a la situación. Notas sobre la subjetividad contemporánea*. Buenos Aires: Altamira.

Lewkowicz, I. (2004) *Pensar sin estado, la subjetividad en la era de la fluidez*. Buenos Aires: Paidós.

López, M., Laviana, M., García-Cubillana, P., Fernández, L., Moreno, B. y Maestro, J. C. (2005). Evaluación del Programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía. *Rehabilitación psicosocial*. 2005 ;2(1):2-15. Disponible en:<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/272/272v2n1a13081321pdf001.pdf>

López, M. y Laviana, M. (2012). Los programas residenciales. En M. Desviat y A. Moreno Pérez (ed.) *Acciones de salud mental en la comunidad* (pp. 445-459). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Maceiras J. y Bachino, N. (2008). Territorio, ámbito y campo. En G. Etcheverry y A. Protesoni (Eds.) *Derivas de la Psicología Social Universitaria* (pp. 43- 65). Montevideo: Ediciones Levy

Marx, K. (1981). *El Capital*. Madrid: SXXI

Mendizábal, N. (2006) Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa en Vasilachis (coord). *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 65-103). Barcelona: Gedisa

Mesa Escobar, J. E. (2012). *Los lugares del hábitat como espacio de realización de lo político y de la política pública a través del habitar: una propuesta teórica para el análisis del hábitat en la ciudadela nuevo occidente*. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín. Recuperada de bdigital.unal.edu.co

MIDES (2009). *Infomides N° 19*, Junio. Disponible en http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/2440/1/infomides_19_final.pdf

MIDES (2011). *La Reforma Social. La nueva matriz de protección social del Uruguay. Plan de Acción*. Recuperado el 2 de febrero de 2013 de: http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/15752/1/documento_reforma_social_aprobado_por_cnps.pdf

MIDES (2014a). *Cuidados como Sistema. Propuesta para un modelo solidario y corresponsable de cuidados en Uruguay*. Recuperado de http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/34676/1/cuidados_como_sistema.pdf

MIDES (2014b). *Cartilla de recursos sociales: Relevamiento de organismos nacionales*. Recuperado de <http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/26847/1/cartilla-10-03-15.pdf>

Montero, M. (1994). *Vidas paralelas. Psicología comunitaria en Latinoamérica y en Estados Unidos*. En M. Montero (Coord.) *Psicología social comunitaria. Teoría, método y experiencia*, (19-46) México: Univ. Guadalajara

Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollos, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós

Morales Calatayud, F. (1997). *La psicología y los servicios de salud: experiencias de trabajo en Cuba*. Buenos Aires: UBA.

Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe* (Vol. 96). Paris: Esf.

Nascimento, E. (1994) Hipótesis Sobre a Nova Exclusão Social: dos excluídos necessários aos excluídos desnecessários. *Caderno CRH*, 1(21) p.29-47

Najmanovich, D. (2002). El lenguaje de los vínculos. De la independencia absoluta a la autonomía relativa. En E. Dabas y D. Najmanovich (Coomp.) *Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. (pp. 33-76). Buenos Aires: Paidós

OMS. (1978). *Declaración de Alma Ata*. Kazajstán: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Alma_Ata-Declaracion-1978.pdf

OMS. (2005). *Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud*. Documento de trabajo. Ginebra

Osorio, J. (2006) Biopoder y biocapital. El trabajador como moderno homo sacer. *Argumentos*, 19, (52) pp. 77-98 Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. México. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59505205>

Osorio, J. (2012) *Estado, biopoder, exclusión. Análisis desde la lógica del capital*. Barcelona: Anthropos

Pelbart, P. P. (2008). Elementos para una cartografía da grupalidad. *Próximo ato: questões da teatralidade contemporânea*. São Paulo: Itaú Cultural, 33-37.

Papadópolos, J. y Falkin, L. (2011). *Documento conceptual: personas adultas mayores y dependencia. Dimensionamiento de necesidades en materia de cuidados y alternativas de incorporación de servicios y población*. MIDES. Recuperado 3/01/13 de:http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/13380/1/documento_de_personas_adultas_mayores_-_sistema_de_cuidados.pdf

Parker, I. (2000). Humanismo y subjetividad en Psicología. *Revista AVEPSO*, 22(1), 85-106.

Pérez, R. (2008). El refugio como primer eslabón de inclusión psicosocial para adultos mayores en situación de calle. *Red Latinoamericana de Gerontología*. Recuperado el 5 de noviembre de 2012 de http://www.gerontologia.org/portal/information/manual/archivosConcurso2008/personas/PRI_MER2_PREMIO_Categoria_Personas_Naturales_2008.pdf

Pichon Rivière, E. (1977). Concepto de E.C.R.O. En Número homenaje al doctor Enrique Pichon Rivière. *Temas de Psicología Social*. 1(1) El Salvador: Helguero Editores

Pichon-Rivière, E. (1985). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Nueva Visión

Pichón Rivière, E. y P. de Quiroga, A. (2003). Del psicoanálisis a la psicología social. *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales*, 9, 58-61.

Plaza, S. (2012). La política como estrategia de sobrevivencia. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba*, 1(1).

Rangel, S. (2014). Ecosofía: cartografía(s) de los territorios existenciales. *Reflexiones marginales*. 4(24) Recuperado de <http://reflexionesmarginales.com/3.0/ecosofia-cartografias-de-los-territorios-existenciales/>

Rodríguez, A. (2006). Retos para la Psicología Comunitaria en el campo de las Políticas Sociales. Ponencia de Apertura en *Coloquio: La Psicología en el campo de las Políticas Públicas. Nuevas voces, nuevos desafíos*. Montevideo: FP UdelaR

Rodríguez, A. (2007). Desde la Promoción de Salud Mental hacia la Producción de Salud. La concepción de lo comunitario en la implementación de Proyectos Sociales. *Revista Académica Alteridad*, (2) 28-37

Rodríguez, A.; Rossi, S.; Pierri, L.; Rodríguez, A.C.; Castro, I. y Da Silva, M. (2012). El lugar del sujeto en las Políticas Públicas Sociales. La perspectiva de sus destinatarios. En MIDES, *Vulnerabilidad y exclusión. Aportes para las políticas sociales. Uruguay Social. Volumen 5.* (239-249). Montevideo: MIDES

Rovira, A. (2012). Informe Nacional: República Oriental del Uruguay. *Tercera Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento.* San José de Costa Rica, 8 al 11 de mayo. Recuperado el 7 de enero de 2013 de <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/46849/Uruguay.pdf>

Saforcada, E. (2011). La salud en Indoafroiberioamérica: el paradigma necesario. *Salud & Sociedad*, 2(3) 311-320

Saforcada, E.; De Lellis, M. y Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y Salud Pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano.* Buenos Aires: Paidós

Saforcada, E.; Giorgi, V.; Lapalma, A.; Rodríguez, A.; Ferrullo, A.G.; Rudolf, S. y Fuks, S. (2007). Community Psychology in the River Plate Region (Argentina- Uruguay). En S. Reich; M. Riemer, I. Pillelensky, M. Montero (Editors) *International Community Psychology. History and Theories.* (99-116) New York: Springer (versión disponible en castellano)

Saidón, O. (2002). Las redes: pensar de otro modo. En E. Dabas y D. Najmanovich (Coomp.) *Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil.* (pp. 203-208). Buenos Aires: Paidós

Sandominsky, M. (2010) De las políticas públicas a la construcción del sujeto. En E. Saforcada, M. De Lellis y S. Mozobancyk (2010) *Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano.* (pp.75-94) Buenos Aires: Paidós

Santos Padrón, H. (2011). Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. *Revista Cubana de Salud Pública.* 37(2) Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&p

Sawaia, B. (1999). O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. En B. Sawaia (Org.), *As artimanhas da exclusão. Análise psicossocial e ética da desigualdade social.* (97-118). Petrópolis: Vozes.

Sequera, J., y Janoschka, M. (2012). Ciudadanía y espacio público en la era de la globalización neoliberal. *Arbor*, 188(755), 515-527.

Silvestro Geuna, J. M., y Roca Cladera, J. (2007). La ciudad como lugar. *ACE: Arquitectura, Ciudad y Entorno*, núm. 3, Febrero 2007.

Sisto, V. (2008). La investigación como una aventura de producción dialógica: La relación con el otro y los criterios de validación en la metodología cualitativa contemporánea. *Psicoperspectivas*, VII, 114-136. Recuperado el 20 de enero de 2015 desde <http://www.psicoperspectivas.cl>

Sluzki, C., Dabas, E. y Najmanovich, D. (1996). De cómo la red social afecta la salud del individuo y la salud del individuo afecta a la red social. *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa, 71-91

Soneira, A. (2006) La Teoría fundamentada en los datos (Grounded Theory) de Glaser y Strauss. En Vasilachis (coord), *Estrategias de investigación cualitativa* (153 - 172). Barcelona: Gedisa

Spink, MJ. (2010a). Psicología social y salud: asumir la complejidad. En *Quaderns de Psicologia* 12(1):23-29. <http://www.quadernspsicologia.cat/article/view/744>

Spink, MJ. (2010b) *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano* [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, ISBN: 978-85-7982-046-5. Available from SciELO Books. Recuperado de <http://books.scielo.org>

Vakaloulis, M. (2000). Antagonismo social y acción colectiva. *OSAL*, (2). 221-248

Villasante, T. R. (2006). La socio-praxis: un acoplamiento de metodologías implicativas. *Metodología de investigación social*. LOM, Santiago de Chile, 379-408.

Wacquant, L. (2000). *Las cárceles de la miseria*. Buenos Aires: Editorial Manantial

Wacquant, L. (2007b). *Los condenados de la ciudad. Gueto, periferias y estado*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores

Willadino Braga, R. (2003) *Procesos de exclusión social de jóvenes en el contexto urbano brasileño: un análisis de trayectorias de violencia y estrategias de resistencia*. Memoria para optar al grado de doctor. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Ciencias Políticas. Departamento de Psicología Social. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/tesis/cps/ucm-t26901.pdf>

Xiberras, M. (1993), *Les théories de l'exclusion*. París: Meridiens Klincksiek,

Zito Lema, V. (1976). *Conversaciones con Enrique Pichón Rivière*, Buenos Aires: Terman