



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Trabajo Final de Grado

**Proceso de transformación en CE.RE.M.O.S (Centro de
Rehabilitación Médico Ocupacional y Sicosocial),
resignificando el rol de Enfermería con los aportes de la
Psicología**



Estudiante: Hilda Karina Almirón
C.I.: 4.288.948 -6

Tutora: Mag. Psic. María Eugenia Viñar
Co - tutora: Mag. Psic. Dulcinea Cardozo
Revisor: Mag. Psic. Fernando Texeira
Modalidad: Ensayo académico

Montevideo, Febrero 2025.

Índice de contenidos:

Introducción	p.3
1. Centro de Rehabilitación Médico Ocupacional y Sicosocial (CE.RE.M.O.S).....	p.8
1.1 Descripción de la planta física.....	p.9
2. CE.RE.M.O.S como institución total.....	p.12
2.1 Privacidad.....	p.16
2.2 Peligrosidad.....	p.17
2.3 Electroshock y medidas de sujeción o contención.....	p.20
2.4 La institución total como lógica manicomial.....	p.23
3. Políticas de salud mental que buscan la transformación.....	p.24
3.1. Año 2015: la muerte de un usuario por las jaurías de perros.....	p.27
3.2. Cambio en el rol de Enfermería.....	p.28
3.3 La ley 19529 de salud mental y otras herramientas.....	p.30
4. Idas y vueltas en el proceso de desmanicomialización en CE.RE.M.O.S.....	p.31
5. Resignificar el rol de Enfermería: aportes de la Psicología para crear nuevas posiciones desde nuestros lugares.....	p.38
Referencias Bibliográficas.....	p.41

Introducción

Mi primer acercamiento a un hospital psiquiátrico fue en CE.RE.M.O.S (Centro de Rehabilitación Médico Ocupacional y Sicosocial), tiempo atrás eran las denominadas Colonia Etchepare y Santin Carlos Rossi, fue precisamente cuando era gestada por parte de mi madre, transcurría el año 1979, años de proceso dictatorial. Luego en mi infancia diariamente concurría al lugar, ya que allí trabajaba también mi padre, ambos eran enfermeros y era en la puerta de la institución donde, al entrar y salir del turno, iba con uno de ellos y volvía con el otro a casa. Y en esa rutina diariamente llegaba hasta la puerta de la institución, que en la fachada tiene un cartel que dice: "Colonia de alienados". Por muchos años me intrigaba saber a qué hacía referencia el mismo. Y hasta hoy día permanece dicho cartel, en la entrada institucional.

Las ex colonias se sitúan próximas a los lugares de mi residencia desde la niñez, ya que mis primeros años de infancia viví en Ituzaingó y posteriormente nos mudamos a Santa Lucía. Desde niña veía a los usuarios que vivían en casas de salud de las ciudades mencionadas, éramos vecinos, yo sabía sus nombres, sus rutinas, sus historias. Lejos estaban los estigmas, las diferencias, las etiquetas, eran nuestros vecinos, con quienes convivíamos día a día en esas bellas ciudades.

Luego de transitar mi niñez, durante el transcurso de mi adolescencia, fue cuando decidí cursar la carrera de Licenciatura en Enfermería, fue por vocación, porque fue muy simbólico para mí la pasión que mis padres me transmitían por su profesión desde que era niña, siempre estando presentes para el cuidado del prójimo, con un amor infinito por desempeñar de la mejor manera el oficio del cuidado.

Pese a trabajar en otros lugares, el vínculo que se gestó en mí desde niña hacia los usuarios de las ex colonias me marcó de tal manera que decidí que mi orientación laboral sería en la salud mental, y que desempeñaría mi función en CE.RE.M.O.S, especializándome incluso en dicha rama de la Enfermería. Allí es donde trabajo desde el año de mi ingreso en el 2007, año justamente en el cual mi padre fallece producto de un infarto en la institución, mientras se desempeñaba en su función en pabellón 28, en el cual años más tarde fui designada para desempeñar mi función.

Hace un tiempo me di cuenta de que atravesar las puertas de las colonias generó un quiebre en todos los recuerdos que he mencionado, hubo una transformación en mi pensamiento, fueron las lógicas manicomiales de la institución total que me atravesaron y me llevaron a definir todo lo de ese lugar como "lo peligroso". Mis recuerdos de la niñez acerca de dichos usuarios fueron sustituidos de manera tan drástica por otros pensamientos tan opuestos, que lejos estaban de aquellos que había mantenido por tanto tiempo. Las lógicas manicomiales, a partir de allí, comenzaron a formar parte de mí. Porque la formación es parte de esa lógica manicomial.

Al día de hoy, luego de haber transitado 18 años de trabajo en CE.RE.M.O.S, la institución se encuentra en proceso de cierre, aunque no hay claridad respecto de dicho proceso. Nosotros, funcionarios y vecinos, estamos transitando esta etapa con diversas reacciones y sentimientos, tanto de miedo como de incertidumbre frente a esa palabra "cierre", ya que CE.RE.M.O.S ha significado la fuente laboral para muchas personas, así como para las zonas de influencia, tanto Ituzaingó como Santa Lucía, con sus comercios, los cuales han sido proveedores en diversos rubros por mucho tiempo. Según la fuente del portal de noticias de San José "Visión Ciudadana", la economía local de San José, de Santa Lucía y otras localidades, dejaría de recibir \$40 millones si el personal de CE.RE.M.O.S queda sin trabajo. En caso de no concretarse el Centro de Adicciones, que se estipula se creará en el predio de ex Santín, según lo que manifestó para el portal mencionado el sindicalista de la comisión interna de CE.RE.M.O.S Rolando Tolesano, "la mayoría de nosotros se queda sin trabajo porque ASSE no tiene dónde reubicar a tanto personal".

Para mí el cierre representa diversas emociones, desde ver llegar a su fin ese lugar en el que supe verme tanto a mí como a mis padres en el desarrollo de la Enfermería que nos une, pero a su vez me genera gran incertidumbre respecto a la fuente laboral con la que cuento. Pero por otro lado, el logro de ver cómo el proceso del cierre permite un nuevo camino a todos quienes estuvieron atrapados toda su vida tras esos portones me genera gran emoción. Esta conjunción de sentimientos que implica el cierre, remueve mucho, atraviesa.

Entonces, este es el tema que abordo en este trabajo final de grado, porque tiene que ver con todo esto, con toda mi historia, mi lugar, con todo esto que estoy pensando y problematizando. Porque, además, el tránsito de mi formación en Psicología me ha permitido pensar la transición en el proceso de desmanicomialización, y visualizar ciertas prácticas.

Como mi trabajo tiene mucho que ver con ubicarme en mi propia experiencia, en el proceso que estoy, el análisis de la implicación es central y transversaliza el trabajo, es central por ende porque tiene que ver con mi familia, con mi trabajo, con mi formación.

Fernández et. al. (2014), tomando a Lourau, sostienen acerca de la implicación que la misma hace alusión a un grupo de relaciones que pueden o no ser conscientes y que se suscitan en el cruce entre el individuo y el sistema institucional. "La implicación viene con nosotros en tanto sujetos socio - históricos y políticos, y es activada por el encuentro con el objeto: el otro, los grupos, la institución, etc." (p.11).

Ardoino (1997) señala que la implicación designa aquello a lo que estamos sujetos o adheridos. A partir de esta perspectiva, se puede entender que la implicación representa la conexión profunda que sentimos hacia algo, a lo cual no deseamos renunciar. Y es en ese punto donde veo la gran repercusión que me está generando esta etapa de transición, la conexión que tengo con la Institución CE.RE.M.O.S es muy profunda y me cuesta pensar la transformación, porque me implica en todos los aspectos que vengo mencionando.

Una manera más nítida de comprender la implicación, continuando en la línea del pensamiento de Fernández (2014), es considerándola a través de la etiología de la palabra, la cual hace alusión a algo plegado, de tal forma que existen partes que no son visibles, aunque estén ahí. Por lo tanto, el análisis de las implicaciones consistiría en hacer visibles aquellas zonas oscuras, opacas, crear las circunstancias que permitan que lo plegado pueda desplegarse, se vuelva registrable y de esa forma se logre explicitar lo implícito.

Por lo tanto, podríamos sostener que estamos permanentemente implicados en los lugares en los que habitamos, en los vínculos con otros o con las instituciones, de manera inconsciente. El análisis de la implicación, constituye el camino para hacer consciente aquello que nos sucede, de desplegar y hacer visible lo plegado, lo implícito, las zonas oscuras.

Considero que la formación en Psicología me ha permitido ver cómo estoy atravesada por la institución y llegar a un punto de no quedar sobre implicada, naturalizando las prácticas de la institución total sin dar espacios a cuestionamientos.

Considero que no hay manera de poder trabajar las lógicas manicomiales que me habitan si no es haciendo un análisis de la implicación. El mismo requiere abordar tanto la formación, el trayecto familiar, las propias vivencias en el manicomio, cosas que recién me empiezo a dar cuenta a partir de ciertos tránsitos de la formación en Psicología. Hay hechos, situaciones que quizás me sonaban mal o incluso me angustiaban, por ejemplo cuando ocurrió la muerte del usuario Carlos Grecco al ser atacado por una jauría de perros, pero igual hay cosas que yo no veía, hasta empezar a preguntarme.

Incluso hay cosas que sigo sin ver porque, como plantea Maria José Acevedo (2002), la implicación es algo como todo el tiempo estar mirando con ojos nuevos. La única manera en que yo pude empezar a ver éstas lógicas manicomiales fue a través del análisis de la implicación.

El análisis de la implicación es una herramienta que también, en algún punto, tiene la propia disciplina de la Psicología. El análisis de la implicación es una herramienta fundamental de la Psicología. Ésta me permite también ejercer mi profesión como enfermera de otra forma. Porque la desmanicomialización es el cuestionamiento de las lógicas manicomiales, pero si no vemos que están atravesando no las podemos cuestionar y menos transformar.

En mi formación he adquirido una idea de trastornos mentales que tienen que ver con esto de la alienación que yo planteaba y eso me forma, eso forma mi manera de ver. Y eso es parte del análisis de la implicación, qué relaciones de poder yo aprendí a tener en Enfermería, más allá de lo noble del cuidado, pero la vinculación directa entre el cuidado y el control en algún momento se aprendió en la propia formación.

Qué compromisos con lo teórico, con los procedimientos prácticos aprendidos, con la propia disciplina, esta noble disciplina, también es algo que hay que poder cuestionar,

porque se trata de un compromiso y un atravesamiento institucional que yo tengo, algo en lo que estoy metida, que me cuesta ver cómo eso también forma mis formas de proceder.

También hay una implicación económica, no solo por ser funcionaria, sino por vivir en la zona de influencia de CE.RE.M.O.S, que siempre ha sido económicamente beneficiada por las colonias. Hay muchos elementos que hacen que para mí haya sido y sea difícil ver las cosas a cambiar. Además está presente la propia dificultad de enunciar estas cosas con mis compañeros.

En la Institución total, durante mucho tiempo, producto del adoctrinamiento del poder psiquiátrico sobre nosotros funcionarios, nos hemos asumido como dueños de la verdad, por posiciones de jerarquías, donde cuidar es sinónimo de control, donde no se permiten sensibilidades, solo vigilancias, ejecuciones visualizando a la razón como sinónimo de jerarquía. ¿Dónde quedó el rol para el cual nos formamos, en una profesión tan noble como Enfermería? ¿También fue atravesada por las lógicas manicomiales, cómo fue que lo permitimos?

Porque en la institución fui hablada por años, a través de las lógicas manicomiales, arraigadas, que parecían inacabadas, indestructibles, inmodificables. A medida que fui comprendiendo el cambio que se propone desde el nuevo paradigma en salud mental, me fui dando cuenta de que necesitaba trabajar en pos de un compromiso, que me habita en cuanto a mi formación en salud mental que tengo tanto en Enfermería, como hoy día en Psicología, con el objetivo de luchar para acabar con las lógicas manicomiales, que supe ver durante toda mi vida y frente a las cuales tuve que aprender a sostenerme, tanto yo como mi familia y tantos otros más.

Sé que es un camino sumamente difícil, con jerarquías, protocolos, normas que están impuestas y que no acatarlas trae consecuencias, así como acatarlas también las produce, y vaya que las produce. Pero es fundamental no rendirse y procurar trabajar en un cambio de conciencia por parte de todos y para todos.

La delimitación del problema en este trabajo es acerca de los cambios, que podríamos pensar en relación con el proceso de desmanicomialización, en CE.RE.M.O.S, y la implicación nuestra como funcionarios de dicho Centro durante ese proceso, mía en particular. El desenlace que esperamos próximo, establecido por ley, se está transitando con diferentes involucramientos entre quienes nos desempeñamos en la institución, desde ambivalencias, resistencias, esperanzas, duelos que conlleva esta transición, en donde no nos sentimos acompañados, solo existen especulaciones, sin formalidades, en las cuales estamos todos inmersos pero ajenos a la vez en los diversos puestos de trabajos, desde jefes hasta las unidades de los propios servicios. Esta situación alimenta las tensiones y no nos permite vivir este cambio de otra manera junto a los usuarios, donde lo único que tenemos presente son las inseguridades de diversa índole frente al modelo que se pretende implementar, de lo cual lo que sí tenemos todos presente es la liberación del modelo de poder que ha sido dominante durante tanto tiempo y que se pasará a un modelo con perspectivas en derechos humanos que eleva la calidad de la asistencia de los usuarios.

En cuanto a la importancia que tiene a nivel social lo que abordo aquí, considero que es fundamental pensar que la sociedad debe conocer cómo se está dando este proceso, porque se piensa muy diferente desde afuera a cómo es en realidad. La sociedad es un pilar fundamental en este proceso, ya que los usuarios serían integrados nuevamente a la misma, a los lugares de los cuales nunca deberían haber sido desterrados, lugares que les pertenecían y que tuvieron que aprender a olvidar por estar inmersos en un espacio de encierro.

Es fundamental que la sociedad conozca que en este proceso no solo se trata de políticas de desinstitucionalización propias de las políticas de Estado, sino también implica la desmanicomialización, donde los colectivos pueden organizarse también para desarrollar propuestas alternativas a lo manicomial.

En este trabajo busco cuestionar ciertos aspectos tales como: de qué forma nos movemos dentro de las instituciones para el cambio que se plantea, identificando si se han dado las transformaciones desde las prácticas y de esa manera lograr reconocer qué nos pasa desde nuestros lugares, cómo es nuestra implicación.

El trabajo se divide en varios apartados: en un primer apartado se hace referencia a la descripción de CE.RE.M.O.S. Luego en un segundo apartado, se efectúa un análisis de CE.RE.M.O.S como institución total, desarrollando los aspectos concernientes a privacidad, peligrosidad, electroshock y medidas de sujeción o contención. Se hace un planteamiento además de la institución total como lógica manicomial.

Posteriormente en otro apartado, hago una descripción de las políticas en Salud Mental que buscan la transformación. Efectúo además el relato de la muerte de un usuario provocado por una jauría de perros, hecho que desencadena muchas cosas, por ejemplo a nivel institucional el cambio que hubo en el rol de Enfermería. Finalizo este apartado con la descripción de la ley 19529 que se aprobó un par de años después de dicho evento.

Luego, en el último apartado hago referencia a las idas y vueltas en el proceso de la desmanicomialización en CE.RE.M.O.S. y culmino con una resignificación del rol de Enfermería y los aportes de la Psicología para crear nuevas posiciones desde nuestros lugares.

Centro de Rehabilitación Médico Ocupacional y Sicosocial (CE.RE.M.O.S).

Las ex colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi, fueron fundadas en 1912 y 1936 respectivamente. Se localizan en la ruta 11, km 79.500 del departamento de San José, a 70 kilómetros de Montevideo y cercanas a la ciudad de Santa Lucía. En total tienen una extensión de 372 hectáreas.

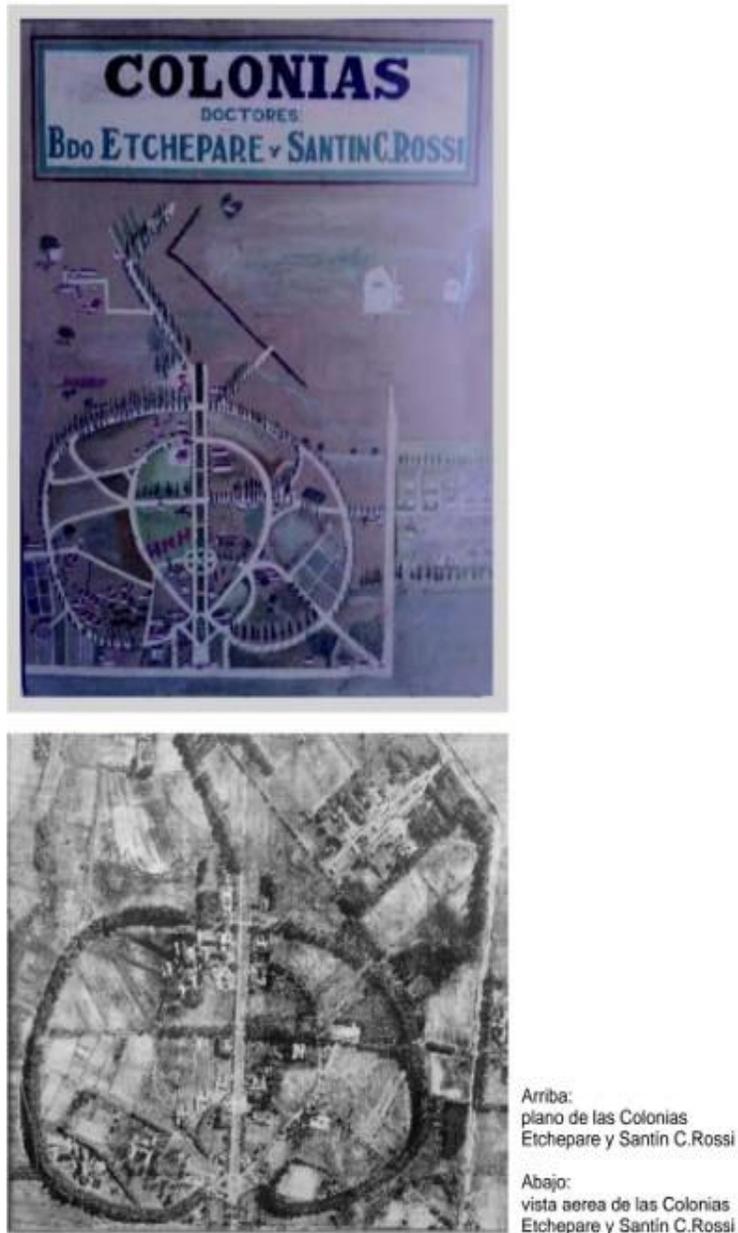


Figura 1: plano de las ex Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi, y vista aérea de las mismas. Fuente: Do Campo (1998).

Las ex colonias están distribuidas en pabellones, dispuestos en ambos predios de la ex Santín y la ex Etchepare. Respecto a la distribución de los mismos, separados por extensas distancias, podemos hacer alusión a lo que plantean Arduino et. al. (2013) respecto a lo refería el Dr. Garmendia, uno de los directores de la ex colonia Etchepare: “los pabellones debían estar lo más alejados posibles unos de otros, ya que cada uno debería tener su propia organización material y sobre todo moral, y funcionar de forma independiente” (p.2).

Ésto da que pensar, con respecto a la separación por pabellones y la distribución en los mismos según ciertos criterios, lo cual disminuye el grupo de personas con las cuales podían los usuarios interactuar o generar vínculos. Tras muchos años, podemos observar que la estructura de los pabellones permanece, algunos fueron reciclados y otros fueron clausurados.

En el año 2015, se unificaron las Colonias, en el marco de la reforma de la Ley de Salud Mental, pasando a constituir una sola unidad ejecutora, denominándose a partir de ese momento: Centro de Rehabilitación Médico Ocupacional y Sicosocial (CE.RE.M.O.S). A partir de ese momento, se pautan nuevos objetivos, los cuales están enmarcados en la rehabilitación de los usuarios, así como también en la reinserción social de los mismos.

Descripción de la planta física.

Para describir la unidad ejecutora, cabe aclarar que los dos sectores (Sectores: ex Etchepare y sector ex Santin) están separados por una ruta, Ruta 89, a pesar de que se trata de una misma unidad ejecutora.

En lo referente a la asistencia directa a los usuarios, CE.RE.M.O.S posee 12 pabellones, una emergencia, una enfermería, y una policlínica.

En el sector ex Etchepare contamos con 8 pabellones de 1 piso:

Pabellón 5/10: 46 usuarios hombres.

Pabellón 11: 15 usuarios hombres y mujeres, rehabilitación física.

Pabellón 17: 18 usuarios hombres pre egreso, rehabilitación psico - social.

Pabellón 18: 18 usuarias mujeres pre egreso, rehabilitación psico - social.

Pabellón 25: 12 usuarios hombres y mujeres, rehabilitación física.

Pabellón 26: 60 usuarias mujeres.

Pabellón 27: 64 usuarios hombres.

Pabellón 28: 46 usuarios hombres.

En lo que refiere a la Policlínica, en la misma se cuenta con diversas especialidades tales como: psiquiatría, neurología, diabetología, cardiología, dermatología, cirugía, psicología y medicina general, y funciona también allí un vacunatorio que depende de la Lucha Anti Tuberculosa de San José.

En el Sector de la Policlínica, además se encuentran alojadas las Oficina de Admisión, de Asistentes Sociales y funciona además el Programa de Egreso a cargo de un psiquiatra, asistente social y psicóloga.

Además en el sector ex Etchepare están las instalaciones de: Dirección, Departamento de Enfermería, Jurídica, Administración, Personal, Compras, Contabilidad, Usuarios, Pagos, Presupuesto, Asistencia Integral, Cocina, Abastecimiento, Lencería, Lavadero, Casa de Médicos, Odontología, Radiología, Centro de Materiales, Mantenimiento, Farmacia para internos y externos, y Rehabilitación.

También existe un servicio de Vigilancia las 24 horas, el cual está instalado tanto en el sector ex Etchepare como en el sector ex Santín. Pero pese a este sistema de control, los espacios del hospital son muy extensos y los usuarios corren muchos riesgos en su deambulación a través de dichos espacios dimensionales.

Con respecto al alcance que tiene la Vigilancia, Latorre (2018) plantea: “No resulta suficiente para el control permanente de todo el predio” (p. 37-38). Y en consecuencia de esta carencia, se han suscitado hechos como los ataques de los perros y muertes de usuarios tras ser atropellados en la Ruta 11.

En el sector ex Santín contamos con 4 pabellones de 2 pisos:

Pabellón 1/8: 35 usuarias mujeres.

Pabellón 4: 60 usuarios hombres.

Pabellón 6/7: 37 usuarias mujeres.

Pabellón 24: 10 usuarios hombres, pabellón de seguridad.

Enfermería: 15 usuarios hombres y mujeres, rehabilitación física y otros.

En el sector ex Santín se encuentran también las instalaciones de: Oficina de Personal, Garaje, Casa de Médicos, y Oficina de Admisión. También cuenta con un servicio de Vigilancia las 24 horas.

Este sector está actualmente en reforma, específicamente los que fueron los pabellones 1 y 2 antiguamente. Dicha reforma se está llevando a cabo para desarrollar en el predio la nueva propuesta del gobierno, para la creación de un Centro de tratamiento de Adicciones que funcionaría a nivel regional. Aún no sabemos las fechas de la inauguración del mismo. Para ello se está hablando del traslado de los usuarios que están en el sector de

ex Santín para ser distribuidos en los pabellones del sector ex etchepare. Mientras tanto, a los funcionarios, desde CE.RE.M.O.S se otorgó la posibilidad de hacer el curso de Operador Terapéutico en Adicciones, brindado por la institución Ser Libre, con pasantías en diversas comunidades terapéuticas.

Pero pese a estos recursos brindados, la información a la que accedemos sobre la transformación institucional es escasa, simplemente a través de la prensa es que podemos saber algunas “insinuaciones” al respecto de lo que acontece en cuanto a la transformación de CE.RE.M.O.S. El cambio sigue, pero no como nosotros pretendíamos que fuese, en donde no se nos deja ser parte activa del mismo.

La población de CE.RE.M.O.S está conformada por alrededor de 440 usuarios, está constituida en su mayor parte por personas de edad avanzada, de ambos sexos, con diagnóstico de diferentes patologías crónicas, algunas ingresadas en su momento desde el sistema de salud y otras derivadas por el Poder Judicial. Los años de internación de dichos usuarios es de un promedio de 25 años.

Las formas de egreso de los usuarios de CE.RE.M.O.S son por: alta médica (usualmente se van con un referente familiar o Programa de Egreso, donde el psiquiatra considera si el usuario reúne los criterios para ir a una casa con cuidadores), las otras formas son por fugas de la institución o por fallecimiento.

Existe un equipo de trabajo referente en cada pabellón. El mismo está conformado por: psiquiatra, médicos generales, asistente social, licenciados en enfermería, auxiliares de enfermería y auxiliares de servicio.

El total de funcionarios en CE.RE.M.O.S, abarcando a todos los sectores, es de aproximadamente 800 funcionarios.

Entre los años 2015 y 2016, concurren en tres instancias, desde el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura - Uruguay a CE.RE.M.O.S. El propósito era el monitoreo de la institución, donde se controlarían los cambios que habían sido presentados por las autoridades de CE.RE.M.O.S, en pos de la protección de la dignidad y derechos humanos de los usuarios. También implicaba el control de la existencia de protocolos, entre los que se encuentran los de contención física y mecánica, electroshock, rehabilitación psicosocial y otros. Y por otra parte, también la generación de instancias de capacitación de los funcionarios.

La institución CE.RE.M.O.S, tuvo muchas observaciones durante el monitoreo que se realizó en esas instancias que nombré previamente. Entre ellas se detectó en cuanto a la infraestructura, que hay pabellones considerados los pabellones “modelos”, el 17 y 18, que son los designados para alojar a los usuarios que están en condiciones de pre egreso, los cuales poseen espacios de rehabilitación y áreas de privacidad, que los demás pabellones no poseen. Las condiciones son disímiles, ya que en relación a otros pabellones se da el cuestionamiento de la viabilidad habitacional, debido a las características añosas de los edificios y también respecto a la dificultad en el mantenimiento de la higiene de los mismos.

Por otra parte se había detectado que había pabellones, como el pabellón 26, que contaba con paneles solares, pero los mismos no cumplían la función para la cual se los instaló, por lo tanto el agua caliente provenía a partir de los calefones, los cuales no generaban agua en cantidad suficiente para el total de las usuarias allí alojadas.

También en el año 2015, se produjo el traslado del pabellón de seguridad (pabellón 24), alojado en la ex Etchepare, para la ex Santín para el logro de otras condiciones habitacionales. En lo que refiere al pabellón 29 y 30, refiere Latorre (2018) que la jueza del departamento de San José Viviana Granese, señaló en su sentencia judicial, que los usuarios del mismo estaban: “en situación de riesgo físico, mental, carentes de una protección integral de salud, así como vulnerados en sus derechos humanos” (p. 41). Se produjo también el traslado de dichos usuarios a la ex Santín, ya que en un intento de que permanecieran alojados en otro pabellón pero dentro de la ex Etchepare el saneamiento de ese lugar colapsó.

También se hizo hincapié durante ese monitoreo respecto a la falta de privacidad, a la que se ven expuestos los usuarios, la cual según Latorre (2018) “constituye un factor de riesgo de malos tratos y violencia interpersonal” (p. 41).

Sin dudas, todas las condiciones detectadas no contribuían en nada en cuanto a generar un camino hacia la desmanicomialización, lo cual manifestaba la necesidad de transformar las prácticas y las políticas institucionales destinadas a los usuarios que padecen trastornos mentales.

CE.RE.M.O.S como institución total

En el desempeño de mi función como Licenciada en Enfermería en CE.RE.M.O.S, se suscitó un episodio que tiene que ver con un usuario y su bombilla rota. Recuerdo que al llegar una funcionaria, que recién comenzaba a trabajar en la Institución, luego de explicarle la dinámicas del trabajo en pabellón, le referí que saldríamos a recorrer las salas. Mientras le iba mostrando las diversas áreas de la misma, apareció un usuario con una bombilla, pero no era para mí una simple bombilla, la misma estaba rota, lo cual significaba alerta, sinónimo de peligrosidad, de riesgo para él, para los otros usuarios, para todos nosotros.

Procedí de inmediato a quitársela, sin mediar palabras, y expliqué a la funcionaria que ante la presencia de esos objetos debíamos proceder a retirarlos de manera inmediata, ya que todo lo que fuera corto punzante o lo que pudiera verse como peligroso lo debíamos retirar para evitar que se produjera cualquier tipo de hecho adverso. La funcionaria, asombrada, escuchó y no hizo ningún tipo de comentarios. El usuario se retiró, sin haber entendido, ya que nunca le expliqué qué fue lo que había hecho o cuál era la situación que implicaba que le quitara su bombilla.

Posteriormente tras culminar la recorrida, me quedé en silencio, pensando por qué le había instruido tal normativa a la nueva funcionaria, por qué estaba replicando esas lógicas manicomiales contra las cuales estoy en tensión permanente, tratando de que no aparezcan y menos aún de transmitir las a las nuevas generaciones de enfermeros que están ingresando por primera vez a trabajar al hospital. Para ejecutar tal acto, en ningún momento tuve en cuenta las características de ese usuario, el cual no tenía episodios de agresividad ni contra él mismo ni hacia terceros, era simplemente una bombilla, su bombilla, y yo se la había despojado con tanta naturalidad. Me prometí a mí misma tener muchísima precaución en próximas instancias, en las que sucedieran situaciones similares, no volver a repetir esa falta nunca más.

Pero de todas formas, aún me cuestiono acerca de por qué no le pregunté qué iba a hacer con la bombilla al usuario. No le sugerí que capaz era mejor guardarla, porque podría llegar a lastimarse con la misma. Hubiese podido efectuar otro tipo de intervención, porque la idea no es pensar que nada es peligroso, pero actué sin considerar otras posibilidades en ese momento, pensando solo en el protocolo que me dice que se la tenía que retirar, pero insisto en que podría haber considerado otras formas de acción.

Goffman (1970/2004) define la institución total como: “un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (p. 15).

CE.RE.M.O.S cumple con la definición de las instituciones totales, y en la misma siempre se generan episodios como el que relaté. Ya desde que pasamos el portón, sabíamos que comenzaba una secuencia de hechos, tales como vigilancia, disciplinamiento, control de los usuarios y adiestramiento de los nuevos funcionarios a las lógicas manicomiales presentes en la institución. Nadie se salva de esto, porque para sobrevivir en este tipo de instituciones debemos ser parte de lo que impone el sistema, si no seremos sancionados por no ejecutar las órdenes de disciplinamientos existentes.

Porque parte de lo que se nos enseñó en los manicomios por mucho tiempo, era que los usuarios deben estar en roles pasivos, sin ser motivados a cambiar esa posición, siempre allí, inmersos solamente en un vínculo que se da solo con un técnico, donde está siempre presente la verticalidad. Roles pasivos, ya sea desde la imposibilidad de un usuario como referí, de elegir que una bombilla rota no es peligrosidad, sino que constituye un objeto de su propiedad, siendo los funcionarios quienes decidimos sus objetos, sus vestimentas, determinamos sus actividades, quitándoles así su autonomía en todo. Aunque lo edilicio y algunas prácticas han cambiado, la necesidad de revisar constantemente las prácticas hacia procesos de autonomía no es tan visible hasta hoy en día.

La iatrogenia es determinada como uno de los efectos adversos generados por las internaciones prolongadas en los hospitales psiquiátricos. Apud (2009) nos propone lo siguiente:

Refiere a la cadena de eventos que llevan a un deterioro progresivo en las capacidades cognitivas y sociales de las personas internadas, en tanto son encerradas en una institución que las aísla del entorno social y las lleva a un sedentarismo y pasividad que las estancan. (p. 25)

La institución total determina a los usuarios en roles de pasividad permanente, y a nosotros los funcionarios en roles que marcan una vigilancia extrema de esas pasividades.

Un ejemplo muy claro es el protocolo de fuga, el cual determina que ante la no visibilidad de los usuarios en las recorridas estipuladas, se desaten inmediatamente los lineamientos para “rastrear” a los mismos. Los protocolos estipulan que, cada 2 horas, se debe hacer un recuento de los pacientes presentes en el pabellón, correspondiente a las horas de los pases de guardias de los funcionarios en los servicios, a las horas de las comidas, de la medicación, de los tratamientos, del cierre del pabellón después de la cena. Todas estas instancias son los momentos de la rutina marcados por la institución total. Si falta un usuario no podemos perder un minuto, se ejecuta de inmediato el protocolo, que conlleva la comunicación entre todos los sectores para rastrear al usuario a la brevedad tanto en la institución como en las zonas cercanas. Y todos los sectores, desde Admisión, Dirección, Vigilancia, hasta los pabellones en su totalidad, todos con su máxima expectativa frente a la “huída” del usuario.

Recuerdo uno de los tantos casos que sucedieron en CE.RE.M.O.S, fue cuando uno de los usuarios, quien no apareció en toda la noche, se hizo presente recién alrededor del mediodía del día siguiente. El usuario, ante nuestras increpancias y cuestionamiento de “¿dónde te habías metido?”, nos refirió que él simplemente quería contemplar la noche, las estrellas en una noche de verano, bajo las palmeras que tienen esos predios, las cuales son muchas y hermosas. Sin dudas, a cualquiera hubiera cautivado contemplar esa noche. Con respecto a estas situaciones tan drásticas, los usuarios las rechazan, no las quieren aceptar, no pueden entender... muchas veces solo fueron a recorrer el predio, a ver a sus compañeros, a sus novias, y preguntan “¿y yo qué hice?”

Me resulta imponente ver cómo increpamos con tanta naturalidad las opiniones de los usuarios. Es increíble, cómo las lógicas nos pautaron que ellos no tienen voz. Y nunca nos atrevimos a cuestionarlo. Son parte de los efectos que la institucionalización genera en el personal, el mismo también está institucionalizado. Llama la atención, ya que se generan situaciones contradictorias en el mismo sistema de pensar - actuar. Por ejemplo, en mi caso con el usuario con la bombilla no pude pensar en ese momento en otras opciones, solo primaba una norma y la obligación del cumplimiento de la misma.

Ésto me lleva a pensar que en la institución total se disciplina a los funcionarios para obedecer, sin generar cuestionamientos, y nosotros como funcionarios luego lo replicamos a compañeros y a usuarios. *Ésto me genera rabia, culpa.* Porque haber sido sometida por el poder psiquiátrico, por tantos años, donde así como las voces de los usuarios son acalladas, las nuestras también lo son. El disciplinamiento, desde ese inicio tan inocente con el que empezábamos a desempeñar ese rol tanpreciado, el de la Enfermería. *Que doloroso me resulta recordar todo eso.*

En alusión a las normas de humanidad Goffman (1970/2004) plantea lo siguiente:

La obligación del personal de mantener ciertas normas de humanidad en el trato con los internos plantea problemas en sí misma; pero un conjunto adicional de problemas característicos se encuentra en el conflicto permanente entre las normas humanitarias, por un lado y la eficiencia institucional, por otro. (p.87)

Me pregunto con respecto a ésto, ¿cabe la posibilidad de pensar en no ejecutar un protocolo, en decidir actuar de acuerdo a otros lineamientos que nos parezcan más oportunos a las situaciones que acontezcan, permitirse la espontaneidad, la creatividad? Sin dudas que ha sido y es una tensión permanente la que existe en nosotros con respecto a ese tema.

Porque los funcionarios estamos disciplinados y no escuchamos, solo acatamos. Llegamos a tal punto, que no cuestionamos hechos tan radicales, como que a los usuarios no se les permita usar tenedores o cuchillos, ya que solo se les provee de cucharas para que coman todos los alimentos. Este hecho transcurre desde que ingresaron hasta que se van de la institución, situación que debería ser intolerable para aceptar acatar como funcionarios. Pero que sin embargo, como son sinónimo de peligrosidad tanto el cuchillo como el tenedor en la institución total, se los somete a los usuarios día tras día a no generar otras prácticas propias de cualquier persona que emplea los cubiertos de acuerdo a los diferentes tipos de alimentos.

A su vez, también hay falta hacia la autonomía de los usuarios, en cuanto a la existencia de momentos pautados en las actividades del acontecer del hospital, como los horarios de las comidas, que se llevan a cabo de manera colectiva, sin libertad de optar cada uno, respecto a lo que se decida hacer en cada momento o qué comer, entre otros factores. Es que el disciplinamiento está presente en todo.

Se ignora así la singularidad de las personas, se establecen las determinaciones o reglas a todos por igual. Por ello, con el mantenimiento de esas formas, se está lejos de promover la autonomía y la rehabilitación, y más si pensamos que ya de por sí en las internaciones crónicas se pierden habilidades esenciales para la vida en comunidad.

La institución total genera muchas cosas, pero entre ellas quiero detenerme en tres que tienen que ver con tres escenas vividas, con tres momentos, con tres dimensiones o ejes que me permiten problematizar sobre la institución total y el lugar nuestro, el de los trabajadores y cómo reproducimos eso. Esos tres ejes son: privacidad, peligrosidad, electroshock y medidas de contención.

Privacidad

En el pabellón 28, luego de que los usuarios en varias oportunidades reclamaran poder contar con un espacio para tener intimidad con sus parejas, se generó un área con ese fin. El mismo se inauguró haciendo la presentación tanto a usuarios como a funcionarios, respecto al funcionamiento de dicho espacio. Se explicó a los usuarios, primero que nada, las normas para el correcto funcionamiento de dicha área. Además se les aclaró que contarían con anticonceptivos que se retirarían en la farmacia de la institución.

Dicho proyecto estuvo un tiempo en funcionamiento, luego se cerró ese espacio, quizás fruto de la no cooperación tanto los de usuarios como de los funcionarios en algunos casos también. Posterior al cierre o clausura de dicho espacio, siempre discutimos entre los funcionarios del pabellón que sería oportuno reiniciar esa propuesta que siempre es solicitada por los usuarios, pero lo ideal sería que se extendiera a todos los pabellones de la institución.

Quizás la clausura de dicho espacio tuvo que ver con que las reglas no se generaron en conjunto y por eso no resultaron posibles de ser acatadas, lo que también tiene que ver con el lugar de la voz de los usuarios. Debimos proponer desde un inicio que teníamos ese espacio, acordar cómo usarlo, no dictaminar “se usa de esa forma o de esta otra”, porque cuando alguien incumpliera podíamos plantear: “¿no habíamos quedado de una forma?, entonces, ¿no es así cómo lo vamos a usar?, ¿vamos a cambiar las reglas o podemos seguir sosteniendo las reglas que habíamos acordado?”.

En el hospital psiquiátrico o en la institución asilar no se contemplan áreas para que los usuarios mantengan la privacidad. Así, las personas no pueden identificar nada como propio. Los espacios como las salas, los baños y las duchas son compartidos, lo que lleva a que siempre se esté expuesto a la mirada de los otros. Ésto se traduce en una negación del derecho a la intimidad de parte de las instituciones. Es oportuno, además, acotar que llevar a cabo contactos de índole íntimo entre los usuarios fue relegado por mucho tiempo a una práctica oculta.

Latorre (2018) plantea que la ausencia de privacidad es un atentado grave contra derechos como los de: “la intimidad y la integridad física y psíquica de las personas alojadas en espacios físicos que los exponen permanentemente a la mirada de otros y a una convivencia forzada con personas que transitan por distintas situaciones de padecimientos mentales”(p. 41).

Asimismo, la lógica manicomial jamás permitió asimilar el ámbito de la sexualidad dentro de la integralidad de los usuarios del hospital psiquiátrico. Ésto va de la mano de la histórica exclusión de las personas con discapacidad del ámbito de la sexualidad.

Además, la división de espacios según el sexo determina la lógica heteronormativa dominante, que sostiene como supuesta la heterosexualidad y no considera la diversidad de

identidades y orientaciones sexuales, designándolo como algo institucionalmente indeseable, excluyéndolo y negándolo.

Se nos olvida luchar por la recuperación de esos espacios para los usuarios, con ellos, porque ya hace mucho tiempo que se intentó, y de esa forma se perpetúa la imposibilidad de acceso a espacios de intimidad, generando que los usuarios efectúen sus prácticas sexuales a la vista de los demás. Y así se van anulando posibilidades, que podrían representar avances en la autonomía de los usuarios, pero las dejamos ir, posicionándonos como parte de la institución total en la que hemos sido disciplinados.

Porque la naturalización de las lógicas manicomiales lleva a la infantilización de los usuarios, a subestimar tanto su necesidad de intimidad como su voz en todas las situaciones, como el caso que mencionaba respecto a los protocolos de fuga. Los integrantes del equipo asistencial efectuamos justificaciones con múltiples argumentos ante cualquier objeción de parte de los usuarios, desestimando siempre así su opinión.

Como he planteado, tenemos que tener en cuenta a la institucionalización como proceso totalizador también en los profesionales. Al respecto, Ulloa (2012) plantea lo siguiente:

Otro tanto acontece con el operador clínico, cualquiera sea su nivel de jerarquía y pertenencia profesional, también maltratado por el ambiente posible para desarrollar su vocación, acrecentar su experiencia, que por deformada quizás asienta el sentido ético de su oficio (...) Puede decirse que este clínico no es un corrupto, pero está atrapado en un sistema hospitalario totalmente corrupto (...) estas encerronas trágicas alcanzan a todo individuo social, usuario o integrante de la institución.
(p.169)

La institución total transversaliza los modos de sentir, pensar y actuar, volviendo rígidas las decisiones a través de relaciones de poder.

Peligrosidad

Las lógicas manicomiales, en tanto sinónimos de resistencia y obstáculo, las vivenció muy claramente, en un episodio que sucedió en pabellón 28. En dicho lugar, desde el año 2020, uno de los usuarios posee una huerta, que constituye un ejemplo de iniciativa y creatividad. Al comienzo, él manifestó su deseo de construirla, a lo cual la asistente social que se desempeña en el pabellón accedió y trajo todos los elementos para la creación de la misma. En un primer momento nos pareció una brillante idea, hasta que en un momento apareció un problema, y fue en el momento en que trajeron las herramientas para trabajar la huerta.

Ese día recuerdo que al llegar al pabellón, me estaban esperando los funcionarios, para informarme de todas las herramientas que habían traído: eran palas, rastrillos, escardillos, azadas, entre otros, y estaban allí en el patio, para que el usuario comenzara a crear la huerta. Mi primera impresión fue que el usuario no podía tener acceso a todas esas herramientas. De manera inmediata procedí a llamar a la asistente social para solicitarle que resolviera qué pensaba hacer con las mismas, ya que resultaban un peligro inminente para todos, ya sea para el usuario, para sus compañeros, así como para nosotros también.

Le expliqué que mientras ella resolvía, yo las guardaría en el baño de los funcionarios para evitar que tuvieran contacto con las mismas. Le planteé que tanto las semillas como el abono no me importaban porque no remitían riesgo alguno, sí por otra parte el veneno para hormigas. Pero que con respecto a las herramientas, se requerían formas de almacenamiento y de distribución de las mismas con altísima responsabilidad, al punto que me parecía imposible pensar que las mismas fueran alojadas en el pabellón. Llegué a manifestarle que llevara y trajera ella misma, desde el sector de rehabilitación, dichas herramientas los días que se fuera a hacer huerta.

El usuario, mientras tanto, expectante, no consideró la mejor opción que le retirara todas las herramientas hasta nuevo aviso, pero supo entender que debía aguardar nuevas resoluciones al respecto. La asistente logró conseguir un mueble para guardar las herramientas y dejó el acceso para nosotros o ella eventualmente de brindar las mismas a los usuarios. El inicio de la huerta representó un momento de gran tensión, ya que la peligrosidad asociada al usuario con trastornos mentales inundó tanto mi pensamiento, así como el de los demás funcionarios del pabellón. Nosotros buscábamos todos los fundamentos para sostener nuestra posición, fundamentándole a la asistente social que ella estaba solo un rato, nosotros todo un turno, que habían otro usuarios que podían descompensarse y las podían usar como armas, en fin, que todo constituía peligro porque eran usuarios con trastornos mentales. Poco a poco, trabajando en conjunto, comunicándonos, y gracias a que la trabajadora social y el usuario sostuvieron su posición, nos fuimos dando permiso de pensar de otra forma. Tiempo después podemos decir que ha sido un éxito, para el usuario, los compañeros y para todo el equipo, el resultado obtenido con la huerta que se generó en nuestro pabellón, siendo un ejemplo la misma para la institución.

La huerta fue cambiando de lugar físico, en pos de obtener mayor presión en el agua para el riego, mejor tierra, entre otros. Las herramientas al inicio fueron obtenidas por donaciones, posteriormente se adquirió a través de una compra un equipo completo. Las semillas fueron donadas desde el Programa de Intendencia de San José y de particulares también.

La huerta está a cargo de un usuario, pero también el resto de ellos colabora en el trabajo de la misma. Se desarrolla la misma autónomamente (no es la institución que marca las horas o las rutinas, sino las propias necesidades de los cultivos). Al día de hoy, en la huerta se ha cosechado acelga, remolacha, ajo, tomate, zapallo y morrón.

Tanto para los usuarios como para el equipo de salud, lo importante es el proceso, desde el hecho de animarse, sentirse útil, trabajar en equipo, cuidar lo que hacemos, aprender de los errores. Y ante todo el hecho de ver el logro del producto que crece, realmente nos gratifica a todos. De esa manera, se han ido trazando junto a los usuarios nuevas experiencias en pos de pensarnos, proyectarnos próximamente fuera de la institución total. La experiencia de la huerta, nos habilitó a pensar de otra forma. Nos permitió atrevernos a dejar de ver la peligrosidad en todo dentro de la institución total, en donde ha estado arraigada por tanto tiempo. Aunque es importante recordar que siempre podemos volver a caer en esa asociación, que merece un proceso de cuestionamiento y análisis que nunca termina.

Y me pregunto, ¿por qué se relaciona siempre al “alienado” o al loco con la peligrosidad? Amarante (2009) nos propone lo siguiente:

Alienado, de alienare y alienatio, también significa volverse otro. ¿Un otro de la Razón? ¿Un otro de lo humano? ¿Un extraño irracional? En la medida que alguien en esa condición de alteridad podría representar un serio peligro a la sociedad, por perder el Juicio, o la capacidad de discernimiento entre el error y la realidad, el concepto de alienación mental nace asociado a la idea de “peligrosidad”. (p. 32)

Por lo tanto, se empezó a llamarles alienados porque significa sin razón, y alguien que no tiene razón es incierto, no se sabe qué esperar, por eso es peligroso. Para nosotros algo que es irracional es la incertidumbre misma, o sea, no se sabe qué puede pasar. Por ejemplo, frente a una bombilla rota la tiro, pero un loco no sé qué puede hacer, como es irracional capaz que no la tira sino que la utiliza de formas inesperadas. La peligrosidad está asociada a la incertidumbre, a la no razón.

De vuelta me viene a la mente el cartel de la entrada institucional: “Colonia de alienados”, y me pregunto: alienados ¿para quién?

¿Es posible que una sociedad logre desprenderse de conceptos de peligrosidad asociado a los trastornos mentales?, teniendo en cuenta que aún a quienes trabajamos a diario con estas personas que portan diagnóstico de estos trastornos nos resulta tan difícil desprendernos de esas consideraciones. Pienso por qué nos cuesta, quienes trabajamos a diario parece que estuviéramos en una situación en la que nos tendría que costar menos pensar que no son peligrosas esas personas, pero en realidad no, porque de alguna manera la propia institución total hace que sea incuestionable la peligrosidad. Lo peligroso es lo que sale de la norma, de la rutina que marca lo homogéneo. Si nosotros no podemos darnos cuenta de que no son peligrosos, la sociedad menos, pero cabe pensar que capaz que la sociedad tiene otra posibilidad.

Electroshock y Medidas de sujeción o contención

Durante el curso de una materia que correspondía al ciclo de Graduación llamada “Comunalización de lo público para la desmanicomialización”, a cargo de la docente de Facultad de Psicología, María Eugenia Viñar, fuimos invitados al Ciclo Cine Foro para visualizar la película llamada: “Erase una vez en la ciudad de los locos” (Turco, 2010)¹. En una de las escenas a una de las usuarias le efectúan electroshock. Una de las protagonistas es una enfermera, quien experimenta frente a dicho acto: culpa, repudio, rechazo y tantas emociones encontradas... me vi reflejada en ella, aquella vez, años atrás, al inicio de mi comienzo profesional, en la misma postura que dicha enfermera, atravesada por la situación y con tanta impotencia como la que tenía la usuaria, y me sentí desarmada, atropellada, vulnerada como se las veía a esa enfermera y a esa usuaria, con las mismas edades; mujeres, sometidas a un lado y al otro a esas lógicas inmersas en esa institución total.

El electroshock constituye un procedimiento muy drástico y frecuente de la Institución total. Los efectos secundarios que padecen quienes son sometidos al mismo son descritos por Goffman (1970/2004) de la siguiente manera: “Poco a poco se va recuperando, y no conserva el recuerdo del trance, pero ha servido a los otros como un espectáculo aterrador de lo que puede hacerceles” (p.46).

Ésto me hace pensar que esta exposición, que trae esta parte de las lógicas manicomiales, representa un espectáculo aterrador no solo para los usuarios, sino también para los funcionarios, al tener que tolerar la exposición de seres humanos a tal acto. Las exposiciones siempre se hacen presentes en las instituciones totales, al ser medicados, sujetados, sometidos a “micronarcosis”, entre tantas otras cosas, pero siempre expuestos.

Siguiendo con la peligrosidad y los medios para abordar la misma, otro aspecto que nos rodeó en el manicomio por años fueron las medidas de sujeción. Sobre estas medidas Del Giudice (2017) plantea:

Los trabajadores de la salud y socio asistenciales que recurren a este tratamiento usan la palabra “contención” tratando de convertir un acto inhumano y degradante, para quienes lo sufren y también para los que lo practican, en un acto técnico y profesional. (pág. 65)

La “contención” siempre ha significado un choque para quienes debemos ejecutarla. En CE.RE.M.O.S, el protocolo de las medidas de contención hoy día fue puesto a discusión frente a varios sectores del hospital, a quienes nos llegó un modelo, ante el cual teníamos la oportunidad de generar propuestas de cambios, sugerencias o lo que quisiéramos plantear. Esto implica un gran avance dentro de las lógicas manicomiales.

¹ Película: Había una vez en la ciudad de los locos. Basada en la vida de Franco Basaglia. Emitida en el ciclo cine foro “Salud Mental y Autogestión” organizada por la Comisión Asesora en Salud Mental de la Facultad de Psicología.

De todas formas, encuentro una tensión presente, ya que pareciera que me conformase o que estuviese justificando la ejecución de dicho protocolo, solo por el hecho de que fue analizado y puesto en discusión por varias partes, a excepción que no fue puesto a discusión por parte de los usuarios en las asambleas en las cuales ellos participan, nunca está a discusión de todos los actores. Esos actores en esa temática, por ejemplo, no tienen voz. Si bien parte de las lógicas de la desmanicomialización empiezan a generar asambleas y darles voz a los usuarios, que es algo muy central en el cambio de paradigma, hay temas en los cuales sus voces siguen sin ser escuchadas aún, ni se concibe que puedan serlo.

También me parece importante pensar, con respecto a los protocolos, estandarizar todos los casos a los mismos protocolos ¿deja lugar a la singularidad?, ¿es necesario ejecutar las acciones de la misma manera en todos los casos porque está determinado por un protocolo?

Del Giudice (2017) refiere a la “contención” de la siguiente forma:

Una persona que ha sido atada es ofendida en la dignidad, se le niega en su subjetividad y en el derecho. Indefensa, abandonada y sola, pierde toda posibilidad de negociación, de ser reconocida y tenida en cuenta. Solo queda el cuerpo sometido, en una relación de abuso. (pág. 66)

Esta perspectiva que plantea la autora me atravesó en la ejecución de diversas terapéuticas invasivas de la institución total, ya sea en las sesiones de electroshock, en la aplicación de medidas de contención, en la reducción física que implican los tratamientos intramusculares frente a los casos de excitación psicomotriz. Fueron múltiples las ocasiones en que fui partícipe y testigo de estas situaciones. Las mismas, como siempre, no daban espacio al pensamiento, simplemente como nos adoctrinaron las lógicas, sólo se piensa en el cumplimiento estricto de las normas, con la imposibilidad siquiera de pensar en lo que implica y eso sí que repercute en ellos y en nosotros.

Mathieu Bellahsen (2023) habla de formas de concebir el cuerpo y en conexión en los hospitales: el cuerpo psiquiátrico, los cuerpos psiquiatrizados y el *therapon*. El cuerpo psiquiátrico relacionado con los mecanismos de poder, encabezado por el psiquiatra; los cuerpos psiquiatrizados, plantea Bellahsen (2023), “son vividos, sienten dolor y ‘sensaciones de violación’ en los sistemas de sujeción” (pág. 184).

¿Qué fin, entonces, se le puede designar a la sujeción? Bellahsen (2023) plantea su función de control del “cuerpo en exceso, el cuerpo agitado, el cuerpo que se desborda, el cuerpo que se percibe como peligroso” (p. 187). Con esto se genera no solo perturbar a los individuos, sino, además, “la psique de los cuidadores, aislándolos de la angustia que se expresa” (p. 187).

Con respecto a esto último, se representa tal cual lo vivenciamos quienes tenemos que llevar adelante nuestro trabajo en la asistencia de los usuarios internados en los hospitales psiquiátricos. A diario, es necesario armarnos de una coraza, que nos proteja de

lo que estamos ejecutando, siempre amparados y obligados por los protocolos, pero nuestras emociones, nuestras sensibilidades, *nuestras almas*, quedan al descubierto y frente a esos seres humanos, frente a los cuales ejecutamos el cuidado (sinónimo de control en este contexto), debemos evitar vernos vulnerables y nos armamos de dichas corazas para protegernos y, supuestamente, protegerlos.

Muchos funcionarios no lo han resistido, no han podido armarse de la misma para sostenerse y se han tenido que marchar. *Qué duro que me ha resultado apartar mis emociones, no mostrando flaquezas*, más aún en el rol que desempeño, en el cual debo guiar a quienes están bajo mi mando (resonando siempre palabras tan fuertes: poder, vigilar y castigar ante el incumplimiento, propias de las lógicas del manicomio).

Bellahsen (2023) plantea, en cuanto al *therapon*, que: los cuerpos psiquiatrizados, aparecen vívidos “a pesar de la cosificación efectuada por el cuerpo psiquiátrico” gracias al colectivo *therapon*, “que atestigua cómo convive siempre el abuso con el sistema de sujeción” (pág.188). Sobre este colectivo, el autor plantea:

Sin bata de laboratorio, sin despacho que distancia el cuerpo, sin atrincherados detrás de las vestimentas que separan el cuerpo psiquiátrico del cuerpo psiquiatrizado. La experiencia del encuentro es decisiva; se produce en una proximidad psíquica y corporal donde compartimos el mismo espacio, el mismo lugar, una cierta cualidad relacional y existencial. (pág. 193)

Esto me hace reflexionar acerca de que hay ciertas reglas o normas, como refiero con los protocolos institucionales, que deshabilitan estas posibilidades, que frente a ciertos hechos no podemos salirnos de esos márgenes y, por lo tanto, es muy difícil poder pensar desde otra forma, donde ya lo instituido hace un muro que inhabilita otras prácticas. Lejos está el concepto de *therapon* en lo intramuro, desilusiona pero es la realidad que vivimos quienes estamos diariamente en estas prácticas, las lógicas manicomiales otra vez suspenden nuestras proyecciones desmanicomializantes.

Cecilia Baroni (2019) plantea la necesidad de “salir de las rejas que rodean al Hospital y de las rejas simbólicas que tenemos incorporadas” (pág. 254). Ésto se ve claramente en los usuarios de CE.RE.M.O.S, frente a cuánta resistencia expresan esos cuerpos, esas vidas, a desprenderse de esos lugares a los que estuvieron tanto tiempo ligados. Los usuarios llegan a referir que sienten miedo de irse de la institución. Sí que resulta claro cómo las lógicas hicieron estragos en esas vidas.

Y no son solo los usuarios quienes están temerosos frente a cómo convivir frente a lo nuevo que se aproxima, pensarse desde ambas partes en un espacio donde ya no primen esas determinaciones que son tan crueles, pero que se naturalizaron para ellos así como para nosotros, como un espacio de “convivencia cruel”, pero espacio de convivencia de todos modos, del cual fuimos tanto tiempo rehenes.

No obstante, por otro lado, dentro de ese contexto, hemos persistido funcionarios y usuarios en la búsqueda de otras condiciones. Por ejemplo, la que vivenciamos con la

huerta del pabellón 28, también los cambios que se generaron en nuestro rol como enfermeros, en donde de a poco se fue generando otro camino, hacia el proceso de la desmanicomialización.



Fotos enviadas por la Asistente Social.

La institución total como lógica manicomial

Existen 2 paradigmas que están generando tensiones y conflictos por el antagonismo entre ambos. Por un lado, se encuentra el hegemónico, que se basa en lo asistencialista - tutelar, en el que se destaca, según De Lellis (2015), "la carencia, incapacidad, institucionalización, peligrosidad, restricción ilegítima de la libertad, desarticulación de las redes socio familiares, relación asimétrica entre médico y paciente" (p. 87).

Por otra parte, se postula otro modelo opuesto al tutelar, centrado en el sujeto como un ser integral.

Por su parte, Kesselman (1993) refiere lo siguiente:

Manicomialización sería un proceso de captura, de aspiración hacia el agujero negro de la locura, en cuyo abismo caen no solo los pacientes sino también los terapeutas, apresados por una ideología que se refleja principalmente en los diversos procedimientos de reclusión, represión y control sobre lo caótico. (Pag.1)

Porque por supuesto que fuimos captados, una vez que entramos a la institución, tanto usuarios como funcionarios. Porque basta recordar los primeros tiempos de desempeño de mi rol de enfermería, cuando supe desde el inicio que esos disciplinamientos propios de las lógicas manicomiales, que coartan toda expresión, no se remiten solo a los usuarios, estaban trazados para todos en pos de disciplinarnos.

En realidad, el paradigma manicomial siempre estuvo, pero a partir de cierto momento empezaron a haber políticas de salud mental transformadoras a nivel mundial que repercutieron en la región y en Uruguay.

Políticas de Salud Mental que buscan la transformación

En la década del 60, tras haberse producido cuestionamientos sobre las formas y concepciones de abordaje y tratamiento de los trastornos mentales, se iniciaron en diferentes partes del mundo diversas propuestas de alternativa a la psiquiatría.

Amarante (2009) efectúa una revisión de las reformas que ocurrieron en diferentes países y determina una organización de las experiencias en tres clases:

- 1) Comunidad terapéutica y Psicoterapia institucional.
- 2) La Psiquiatría del sector y la Psiquiatría preventiva.
- 3) La Antipsiquiatría y la Psiquiatría democrática.

1) Comunidad terapéutica y Psicoterapia institucional.

El enfoque de aquí está centrado en la reforma asilar. Aquí un referente fue Maxwell Jones. Él proponía la participación activa de los internos en todas las propuestas que hubiesen, involucrando además en la función terapéutica a las familias junto a los técnicos. Amarante (2009) plantea: “el término comunidad terapéutica viene a caracterizar un proceso de reformas institucionales predominantemente restrictas al hospital psiquiátrico...” (p.25) Lo que se cuestiona a tales propuestas es que se limitan al campo de lo hospitalario exclusivamente.

Otra vivencias de transformación del hospital psiquiátrico fue en Francia. Ocurrió en el periodo de pos guerra, allí Francois Tosquelles, quien se refugiaba de la dictadura que transcurría en España, protagonizó la experiencia llamada Psicoterapia institucional.

Tosquelles consideraba que los hospitales habían resultado afectados de gran manera debido a la situación vivida por Francia que se encontraba en precariedad económica y social. Consideraba que la institución psiquiátrica había sido despojada de su función terapéutica y de sus ideales.

Tosquelles propuso ampliar los referenciales teóricos y así contemplar las diversas corrientes conceptuales, reconociendo además la importancia que tiene el equipo y la institución en la formación de apoyo y referencia para los usuarios. Tosquelles inició su trabajo en el hospital de Saint Alban, en el sur de Francia, gestándose así una exitosa experiencia de reforma psiquiátrica.

2) La psiquiatría del sector y la psiquiatría preventiva.

La Psiquiatría del sector fue llevada a cabo en Francia. Las limitaciones de la experiencia de la psiquiatría institucional, hacen evidente que se necesitaba pensar en un desempeño externo del manicomio. Y de esa forma se evitará las reinternaciones y el ingreso de nuevos usuarios. La Psiquiatría del sector postula que el usuario debe ser atendido en su propio medio y la internación es parte de una de las etapas del tratamiento.

La Psiquiatría del sector crítica al modelo asilar, sosteniendo “la idea de llevar la psiquiatría a la población, evitando al máximo la segregación y el aislamiento del enfermo.” (Amarante, 2009, p. 33). Se generó a partir de esto un nuevo mecanismo de dominio social desde la psiquiatría.

En cuanto a la Psiquiatría preventiva, se origina en Estados Unidos, en 1955, y se concibió también con el nombre de Salud mental comunitaria. La misma busca el pasaje de la idea de tratamiento de la enfermedad a la prevención en salud mental. La desinstitucionalización surgió en el ámbito de la Psiquiatría preventiva. Para llevar a cabo la desinstitucionalización se generaron varios recursos. El objetivo era lograr que el hospital fuera perdiendo su consonancia como recurso indispensable, a medida que las enfermedades mentales fueran decreciendo por la prevención, y que los servicios comunitarios tuvieran auge en el régimen extra hospitalario. A pesar de esto se produjo un incremento de la demanda psiquiátrica en Estados Unidos.

Cardozo (2019), respecto a la psiquiatría de sector y psiquiatría preventiva, trayendo a Amarante (2009), refiere lo siguiente: “estos enfoques provocan la idea de una correspondencia directa entre desinstitucionalización y deshospitización, ya que apuestan a reducir las interacciones en hospitales psiquiátricos y crean distintos servicios extra hospitalarios”, “pero no producen rupturas en las lógicas manicomiales” (Cardozo, 2019 p.36).

3) La Antipsiquiatría y la Psiquiatría democrática.

La Antipsiquiatría tuvo su origen en la década de los años 50, gestándose con mayor ímpetu en los años 60. El término Antipsiquiatría surgió buscando constituir una antítesis de la teoría psiquiátrica. Refiere Amarante (2009): “comprender que la experiencia patológica ocurre no solo en el individuo cuando su cuerpo y mente enferma sino también, y especialmente, en las relaciones establecidas entre él y la sociedad” (p. 53).

La Antipsiquiatría considera que la psiquiatría cometía un error al emplear con semejanza el modelo de conocimiento de las ciencias sociales. Además, la Antipsiquiatría postuló cuestionamientos a la estructura familiar y social.

En cuanto a la Psiquiatría Democrática, la misma tuvo como su mayor referente a Franco Basaglia. En la década del 60, en Gorizia, Italia, fue donde se inició la experiencia italiana, donde Basaglia junto a otros psiquiatras se propusieron cambiar el hospital psiquiátrico de dicho lugar. En un principio, se basaron para dicha iniciativa en la Comunidad terapéutica y en la Psicoterapia Institucional.

Refiere Amarante (2009): “Franco Basaglia pasó a formular un pensamiento y una práctica institucional absolutamente originales, volcadas a la idea de superación del aparato manicomial” (p. 56).

En el año 1978, Franco Basaglia, plasmó la ley 180, pasó a desarrollar en Trieste, Italia, junto al equipo que trabajó en Gorizia, una experiencia muy reconocida de cambio radical de la psiquiatría, que implicó el cierre de los manicomios y la apertura de estructuras sustitutivas.

Como refiere Baroni (2019), este proceso implicó la necesidad de pensar “dónde vivir y cómo sustentarse” (p.5). A partir de ese momento se inician las primeras cooperativas de trabajo y el pago de pensiones desde el Estado a las personas que padecen trastornos mentales.

Este tipo de perspectivas, en particular la Psiquiatría Democrática, fueron las referencias para Latinoamérica. Por eso voy ahora a desarrollar algunas características generales de lo que sucedió primero en Brasil y Argentina y luego en nuestro país.

Es precisamente en San Pablo, en el marco del proceso de reforma de la salud mental y el movimiento antimanicomial, donde en el año 2001 se aprobó la ley de reforma psiquiátrica, cuya misión principal era la eliminación progresiva de los manicomios.

En Brasil tuvo un papel fundamental el Movimiento de los Trabajadores de la Salud Mental, que llevó adelante el liderazgo del proyecto de reforma, además realizó una crítica al poder psiquiátrico y efectuó denuncias al gobierno, donde se revelaban las condiciones nefastas en las que se encontraban los usuarios internados en los manicomios.

Posteriormente se adhieren a la participación en este movimiento familiares y usuarios y otras organizaciones que fueron pilares fundamentales en la reforma. La Carta de Bauru fue la denominación del manifiesto elaborado en 1987 por tres pilares constituidos por: trabajadores, familias y usuarios, donde se explicita la propuesta de ruptura con el modelo de la institucionalización imperante.

En este proceso, también se sumó Argentina, fue en la provincia de Río Negro, a finales de la década del 80, “iniciándose un movimiento de desmanicomialización que incluyó programas de inclusión laboral para personas con “sufrimiento mental”, cierre de neuropsiquiátricos, promoción del tratamiento comunitario y prohibición de terapéuticas invasivas” (De León, 2013, p. 89).

Todos estos movimientos anti manicomiales nombrados van a generar influencias en nuestro país. Según Dotti (2024), dicho proceso, transcurrió de la siguiente manera:

En el siglo XIX se comienza a debatir en Uruguay acerca de las formas y concepciones de tratamiento de las enfermedades mentales. El surgimiento de la psiquiatría se ubica en el año 1880 a partir de la inauguración del primer hospital psiquiátrico (Manicomio Nacional), posteriormente el Hospital Vilardebó y la facultad

de medicina. En respuesta a la superpoblación de los hospitales se crean las colonias Etchepare en 1912 y Santin Carlos Rossi en 1932, consideradas de vanguardia ya que imitaban los modernos centros de internación europeos. Desde entonces estas instituciones son el principal soporte social y asistencial de atención en salud mental en el país. (Revista uruguaya de Enfermería, 2024, Políticas de Salud mental en el país)

Posteriormente, en el año 1936 se promulga la ley del psicópata. En 1966, un informe sobre Salud Mental en Uruguay efectúa determinaciones sobre las carencias en cuanto al modelo de atención en Salud Mental centrado en el manicomio y establece la necesidad de trabajar para su cambio, lo que llevó a la elaboración de un plan en salud mental en el año 1972, el cual se vio interrumpido por la dictadura. En la vuelta de la democracia hubo distintos procesos en los que no se logró retomar del todo dicho plan, afectado por políticas neoliberales, aunque también fueron surgiendo, sobre todo hacia fines de la década de 1990 distintos colectivos y experiencias que buscaban transformar la situación. En las dos décadas siguientes se fue dando un proceso fuerte de movilización, que tuvo idas y vueltas, las cuales describe Cecilia Baroni (2019) en su tesis doctoral (p. 35-43).

El proceso de transformación, está enfocado en los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de atención en salud mental, en donde se estipula la reestructuración de la asistencia, a través de un modelo alternativo de atención centrado en la comunidad.

Este avance en la temáticas de políticas de salud mental, se concreta con la promulgación de la ley 19529, en el año 2017.

Cabe aclarar que, antes de la aprobación de la ley, sucedió el hecho de la muerte del usuario Carlos Grecco, atacado por una jauría de perros, lo cual puso en debate público el tema de la salud mental y también implicó cambios en CE.RE.M.O.S como un inicio de transformación.

Año 2015: la muerte de un usuario por las jaurías de perros

Baroni (2019) considera a este hecho como un hito, plantea los siguiente:

en 2015 se produce un punto de inflexión importante, en relación con la problemática de la salud mental y los derechos humanos, ya que ese año comenzó con un hecho que conmovió a la opinión pública e hizo recordar que en Uruguay existen personas que viven o están internadas en asilos y manicomios del Estado en situación deplorable. (pp. 205 - 206)

Cómo olvidar aquel marzo de 2015, cuando los títulos de toda la prensa de nuestro país anunciaban que un usuario de 70 años murió tras ser atacado por un grupo de perros

en la colonia Etchepare. Y ese usuario era Carlos Grecco. Nuestro querido usuario Carlos. Fue desgarrador saber que ya no estaba con nosotros, que había sido víctima de una jauría de perros que acabaron con su vida. El día de la muerte de Carlos Grecco fue un antes y un después para todos. En todos los funcionarios de CE.RE.M.O.S, se podía ver preocupación, dolor, y miedo, ¿qué más podía llegar a pasar ahí?, dentro de la Institución.

Recuerdo que esa jornada justamente yo no estaba trabajando, fue a través de compañeros de la institución y de la prensa que me enteré de la noticia aberrante. No podía entender lo que había pasado, parecía irreal. Cada vez que recuerdo este suceso me digo: fue necesario perder a Carlos Grecco para que se marcara un antes y un después en el manicomio de Uruguay.

Se sabía que había un centenar de perros salvajes en el lugar y que cada día atacaban a alguien. Durante años se fueron haciendo denuncias para sacar los perros, pero no había respuestas. La presencia de perros en la colonia no era extraña, pues muchos de los usuarios los tenían como mascotas, el problema surgió cuando esos perros se salían de control y se volvían peligrosos. Al no existir control los perros daban cría y la población canina aumentaba al punto de que se formaban jaurías, las cuales atacaban no solo a los usuarios, sino también a los funcionarios. Las situaciones se denunciaban, pero pasaban los años y no había respuestas.

Fue a través de la visibilidad del caso de Carlos Grecco que se generó una enorme presión social, lo que llevó a destrabar la discusión sobre una nueva ley, que derivó en la actual ley de salud mental. Y a partir de allí se generaron miles de repercusiones, que circulaban por todos lados, *qué más íbamos a esperar todos para decir basta.*

Cambio en el rol de Enfermería

Enfermería es el oficio del cuidado. Malvárez (2007), trayendo a Heidegger, sostiene: "El cuidado se encuentra en la raíz primera del ser humano y representa un modo - de - ser - esencial, presente, irreductible, constituyente y base posibilitadora de la existencia humana" (p. 525).

Desde las definiciones de varias feministas, el cuidado en general se piensa como trabajo no remunerado, que implica lo emocional, el afecto, la preocupación por el otro.

Enfermería tiene la misión del cuidado a nivel profesional. Pero, a su vez hay que tener presente, que es común que el personal de la salud que trabaja en el cuidado de los demás postergue el cuidado de sí mismo. El personal de enfermería está sometido al estrés, debido a por ejemplo la carga horaria, condiciones de ambiente de trabajo, remuneraciones y capacitación, por la falta de intervenciones psicológicas desde la propia institución, por no contar con la implementación desde las instituciones de técnicas de autocuidado que cuiden al trabajador.

Desde el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura se han hecho referencias al desgaste profesional y al estrés laboral, que también se producen por la recarga de los servicios. Luego de que se plantearon esos puntos, se genera en el año 2015 una reestructura del Departamento de Enfermería, donde se empiezan a replantear muchos aspectos para revisar estas temáticas, comenzando con una reorganización que permita un manejo más eficiente de los recursos materiales y humanos con los que cuenta el centro. El trabajo se hizo en conjunto por parte del Departamento de Enfermería y el equipo de gestión, para el logro de los nuevos objetivos.

En referencia al Departamento de Enfermería, antes del año 2016, contábamos con dos “Coordinaciones” (que era el nombre con el que se designaba anteriormente al Departamento de Enfermería), una situada en el ex sector Santin y otra en el ex sector Etchepare. Allí, además de las licenciadas en Enfermería y las jefas por cada sector, había funcionarios que desempeñaban el rol de coordinadores, quienes apoyaban el trabajo de las licenciadas en las colonias, también trabajaban allí secretarías.

En el año 2016, se genera un cambio, se crea el Departamento de Enfermería, que nuclea a los dos sectores, donde se desempeñan una jefa del Departamento, supervisoras, y secretarías. El Departamento de Enfermería funcionó en el sector ex Santín desde 2016 hasta septiembre del 2024, posteriormente se trasladó al sector ex Etchepare. El mismo cuenta con supervisoras con cobertura las 24 horas. Este hecho rescata el empoderamiento que se remitió al Sector de Enfermería, ya que anteriormente el principal y único referente en la Institución era el psiquiatra, el poder psiquiátrico tenía supremacía total. Además de los supervisores en el Departamento de Enfermería, se cuenta con licenciados operativos en cada pabellón, que trabajan en conjunto con el personal auxiliar.

Con el apoyo y el asesoramiento del Lic. Enf. Esp. Mg. Héctor Rosso, adjunto a la Dirección de CE.RE.M.O.S de ese momento, que en su afán de desarrollar el bienestar y el cuidado de los enfermeros, empoderó a nuestra profesión, iniciamos junto a él la reestructuración del organigrama jerárquico, el cual se presenta a continuación.

Organigrama del Departamento de Enfermería:

- Dirección
- Jefa del Departamento de Enfermería
- Lic Enf. Supervisoras
- Licenciados Operativos
- Auxiliares de Enfermería
- Auxiliares de Servicio

A partir de ese momento se establecieron 3 objetivos: por un lado, crear un departamento de Enfermería; en segundo lugar, profesionalizar los cuidados de enfermería; y, en tercer lugar, mejorar el número de funcionarios que desempeñen funciones en pabellón. Trazar estos objetivos nos permitió ver que Enfermería precisaba un cambio en la práctica profesional, requería la profesionalización de los cuidados y cuidados humanizados, sin esto no se podía desempeñar nuestro rol de manera satisfactoria en la institución. De alguna forma, los cambios que se dieron en Enfermería, tienen que ver con iniciar o intentar ir hacia otro paradigma.

El año 2015 representó un antes y un después en la institución, todas estas propuestas y avances que se gestaron, fueron posteriores a la muerte provocada por una jauría de perros del usuario Carlos Grecco, enmarcada la misma en el contexto que venía desarrollando de CE.RE.M.O.S como institución total, inserto en un paradigma denominado manicomial. Asimismo, como planteé, dicho evento fue fundamental para que continuara la discusión hacia una nueva ley de salud mental.

La ley 19529 de salud mental y otras herramientas

El plan Nacional de Salud Mental 2020 - 2027 se enfoca en acciones que brinden acceso a todo individuo con problemas de salud mental, a las instituciones de asistencia y rehabilitación en el marco de los principios rectores de la ley 19.529.

El cambio que el Estado busca en materia de salud mental en dicho plan no hace alusión exclusivamente a la organización de los servicios de asistencia, sino que se promueve la generación de nuevas prácticas en el marco de un cambio de paradigma. Procura también alentar la participación de los diferentes sectores, de manera tal que se pueda generar un cambio cultural, alejado de lo que constituye la estigmatización, discriminación y exclusión de los individuos con diagnóstico de trastornos mentales.

También queda claro que la nueva ley, como su instrumento de aplicación, se basan en la garantía de los derechos humanos, entendiéndose que la violación de dichos derechos en las personas han sido usuarias de centros hospitalarios psiquiátricos de nuestro país constituye un tema grave y complejo.

Por años la locura fue alienada, y se trabajó poco en generar instancias o propuestas realmente asertivas hacia una transformación. Si bien la perspectiva de contar con una nueva ley en salud mental nos augura nuevas esperanzas en pos de la salud mental y su abordaje, no debemos olvidar que el cierre de los monovalentes no garantiza que no exista una lógica asilar, por eso es importante el trabajo, el que podamos pensar hacia dónde vamos, qué queremos, qué es lo que se quiere promover en estos dispositivos alternativos.

Idas y vueltas en el proceso de desmanicomialización en CE.RE.M.O.S

Galende (1990) expresa que el proceso de desmanicomialización implica la caída de la psiquiatría como hegemonía médica y, haciendo referencia a ella, agrega que “constituye su crisis, expresada justamente en su imagen institucional, y ha de llevar a la construcción de un nuevo modelo de acción, que son las políticas de salud mental” (p.146).

Si hacemos alusión a las políticas en salud mental y a aquellas reformas que mencioné, a esos procesos de reforma que se hicieron en otros lados como por ejemplo la Psiquiatría Democrática en Italia, puedo decir que conecta con el proceso actual de la desmanicomialización en nuestro país.

En este apartado me referiré a algunos elementos que nos permiten pensar en los procesos de desmanicomialización en CE.RE.M.O.S: algunas herramientas como podrían ser las asambleas, la importancia de repensar las formas en que se desarrollan los cuidados en tensión con las prácticas llamadas de contención, el lugar de los trabajadores en el proceso de transformación. Abordo también el lugar de la enfermería y algunas acciones tendientes a promover los procesos de autonomía de los pacientes.

Tomando estas referencias, una de las acciones significativas han sido las asambleas, por lo que abordaré cómo son llevadas a cabo en la actualidad en CE.RE.M.O.S.

En las ex colonias se desarrollan dos tipos de asambleas: una de ellas, son las que se efectúan en cada pabellón. Se utiliza ese espacio para potenciar valores de solidaridad, compañerismo, empatía y apoyo entre usuarios del pabellón, no solo a partir de la palabra y hechos, sino también desde lo simbólico, ya que por ejemplo se le brinda allí a cada usuario un pergamino en reconocimiento, no sólo por su trabajo sino por su relacionamiento con sus compañeros y con el espacio, lo cual es estipulado por los funcionarios.

El otro tipo de asambleas, se efectúan con usuarios delegados de cada pabellón, con la presencia de la Dirección, supervisoras, licenciadas operativas, enfermeros y asistentes sociales. En las mismas se abordan las diversas necesidades que se traen desde cada pabellón, por ejemplo infraestructura, requerimientos que consideren necesarios desde los diferentes servicios y diversas propuestas o inquietudes que lleven a la asamblea en representación de cada uno de los pabellones que integra cada usuario delegado. El proceso de desmanicomialización nos permite interpelarnos sobre eso, nos permite identificar que estas pequeñas cosas son parte del proceso.

Pero trayendo, por ejemplo, lo que referí respecto al reconocimiento a los usuarios en dichas asambleas, me pregunto ¿es democrático que un reconocimiento sea en relación a las normas que pusimos exclusivamente los funcionarios enmarcados en ciertas lógicas? ¿No sería lo ideal que los reconocimientos sean definidos entre los propios usuarios? ¿Por qué no se les da lugar a ellos? Entonces las asambleas, ¿son parte de una lógica desmanicomial o manicomial?

Las ejecuciones de las asambleas podrían ser herramientas del proceso de la desmanicomialización, ya que fortalecerían la autonomía de los usuarios, constituyendo un espacio de toma de decisiones y participación, pero las mismas no constituyen herramientas mientras no se brinde a los usuarios la participación que deben tener en las mismas, porque en ellas se los niega en muchos aspectos, ya desde que ellos no deciden en cuanto a quien las convoca las asambleas, a quien las lleva a cabo, y a quien define cómo funcionan. Hablamos de desmanicomialización y seguimos acallando sus voces.

Porque además, que haya asambleas no quiere decir que efectivamente se tomen decisiones sobre las cosas importantes. Me pregunto, ¿las asambleas constituyen un espacio de toma de decisiones real? ¿Se puede decidir sobre todas las cosas? Por supuesto que no, porque por ejemplo en el abordaje del tema de los protocolos existentes, entre ellos el de medidas de contención, a los usuarios no se les da jamás la oportunidad de decidir respecto a los mismos.

Relaciono estas cuestiones respecto a las asambleas y sus características con la película que he nombrado anteriormente: "Erase una vez en la ciudad de los locos" (Turco, 2010), donde se refleja la resistencia de quienes integran el hospital psiquiátrico respecto a la participación activa de los usuarios, en cuanto a las temáticas de su propio cuidado y tratamiento. Ésto, sin dudas, representa una resistencia en cuanto a lo que constituye la transformación de las unidades monovalentes.

Por otra parte, este proceso de transición me ha llevado a pensar otras formas en cuanto al cuidado, en cómo lograr quitar del cuidado el tema del control, o separarlo. La desmanicomialización nos permite pensar de otra manera el cuidado, nos permite identificar cómo las lógicas manicomiales se apropian de alguna manera del cuidado y también se reproduce. Trayendo nuevamente a la autora Del Giudice (2017), ella habló de contención, que tendría que ser más del cuidado que de lo que se hace en nombre de la contención, que para nosotros enmarcados en las lógicas manicomiales siempre fue empastillar, atar. En la mirada desmanicomializante, en relación a estas prácticas, como por ejemplo la de atar, ésto no tiene que ser posible, no tiene que ser una posibilidad, porque la dignidad de las personas en estas prácticas queda anulada.

Justamente el pensar este tipo de prácticas a las que hago alusión, me lleva a lo que traía en el apartado anterior, sobre el conflicto planteado por Goffman (1999) entre lo humanitario y la eficiencia de la institución. Porque en la institución total, en el proceso de transición que conlleva la desmanicomialización, nadie se atreve, aún en el año del supuesto cierre de las unidades monovalentes, a no acatar los protocolos existentes. El miedo a ser sancionados, cuestionados, perseguidos persiste. Seguimos acatando, con el disciplinamiento de siempre. ¿Dónde está entonces la desmanicomialización, en esta institución total? ¿Dónde queda la libertad para tener una postura desmanicomializante? ¿Es posible la desmanicomialización en una institución total?

En este contexto que habitamos, de todas formas, se procura generar cambios en cuanto al fortalecimiento del trabajo en equipo, apostando dentro de todo a una comunicación fluida, construcción de la confianza con el otro, apoyo y colaboración con el

compañero. Se trabaja compartiendo toda la información entre todo el equipo de pabellón de los diferentes turnos, acerca de proyectos, actividades, avances de los usuarios, estado de aquellos que están de paseo o de alta, etc. Ésto viene de alguna manera a reforzar la idea contra la hegemonía psiquiátrica.

Porque la lucha contra la manicomialización es de todos los días. Es un proceso muy difícil, muy largo porque nos atraviesa de muchas maneras, entre ellas porque los funcionarios estamos también transitando la amenaza de pérdida de los empleos, no hay claridad sobre qué va a pasar a nivel laboral. Esto juega muchas veces en contra, ya que la oportunidad de participación en este proceso de transición muchas veces se ve teñida de miedo, por ejemplo, el hecho de que alguien concurra a reuniones informativas, para conocer las nuevas propuestas de trabajo de acuerdo a la nueva ley, parece que lleva implicado el apoyo al cierre entendido como esa pérdida de puestos de trabajo. Y ésto no debería pensarse así.

Considero, que no se nos proporcionó un espacio desde la institución, donde se nos reconozca nuestro lugar como funcionarios, con derecho a la plena participación y el acceso a la información pertinente en el proceso, para así poder transitar la transformación de una manera digna. Por lo cual, hoy día los funcionarios estamos agobiados, con incertidumbres, con muchas tensiones, con miedos y eso no nos hace nada bien, a nosotros funcionarios, a los usuarios, a la institución. ***La institución total sigue acallándonos las voces.***

Pienso que los funcionarios estamos en un proceso de “desmanicomialización forzada” (De León, 1996); como en el caso de los propios usuarios el riesgo ante el cierre si no hay estructuras sustitutivas es “quedar en la calle”, que en nuestro caso significaría quedar sin trabajo. Por eso, estamos en una posición de resistencia en algún punto, porque nadie sabe lo que va a pasar. Porque es mucho más que una ley que dice que hay que cerrar, es lo que implica eso, lo que implica ese proceso de transformación. Y no todo el mundo está revisando sus prácticas, porque incluso yo no llegué a revisar todas las mías, porque yo avancé y llegué a un momento en que tengo herramientas para seguir revisando mis prácticas, pero la institución nos tiene tan tomados que nos cuesta mucho.

Si comparamos a los trabajadores en el proceso de reforma en Brasil, esa reivindicación en relación a los puestos de trabajo es lo que sucede en la mayoría de los procesos. Esto es parte de un proceso que se da, que genera un montón de incertidumbres. Pero en los trabajadores de CE.RE.M.O.S, parecería que el objetivo es solamente asegurar la conservación de los empleos y queda al margen la verdadera lucha de la desmanicomialización por la extinción de los manicomios y contra la discriminación y la exclusión de los usuarios que tienen diagnóstico de trastornos mentales.

El siguiente extracto del Manifiesto Bauru permite visualizar la expresión de dichos trabajadores frente a esta lucha desmanicomializante:

Nuestra actitud marca una ruptura. Al rechazar el papel del agente de la exclusión y la violencia institucionalizada, que desrespetan los mínimos derechos de la persona humana, inauguramos un nuevo compromiso. Tenemos claro que no basta con

racionalizar y modernizar los servicios en los que trabajamos (II Congreso Nacional de trabajadores en Salud Mental, 1987)

Considero que esta drástica diferencia en los propósitos de las luchas de ambos grupos de trabajadores es debido al escaso acompañamiento desde la institución misma en el proceso. Como he hecho referencia la información es mínima, la mayoría de las veces obtenida a través de la prensa. Ésto no ayuda, en todo caso siembra el miedo, la negación, la incertidumbre, generando una gran nebulosa que no nos permite ver más allá.

El gremio tampoco cuenta con datos para informarnos lo que está sucediendo. Consultando a la nueva Comisión interna respecto a la situación actual de CE.RE.M.O.S al año 2025, refiere Rolando Tolesano, miembro de dicha comisión, que al momento no hay muchas novedades al respecto, lo que se está negociando es la transformación en el nuevo centro de rehabilitación de adicciones, con referencia regional por la gran demanda existente, y debido al serio problema de adicciones y personas en situación de calle. Me refiere R. Tolesano (comunicación personal, 2025, 01,16): “que en el eje de la ruta 5 entre Santa Lucía y Las Piedras hay cerca de 500 personas en situación de calle y muchos con problemas de adicciones.” Y me pregunto, ¿ésto es desmanicomializar? o sea, ¿hacer que el hospital pase a ser un centro de adicciones?

Y mientras se aguardan las proyecciones que proponga el nuevo gobierno frente a esta transición, la Comisión interna ha estado trabajando para el apoyo del cuidado del funcionario que se encuentra en la atención directa del usuario, en este caso específicamente Licenciados en Enfermería, Auxiliares de Enfermería y de Servicio, ya que se ha concretado un objetivo fundamental para dicho sector en CE.RE.M.O.S. A partir de febrero del 2025 comenzó un nuevo régimen laboral “4 y 2”, es decir cuatro días de trabajo, seguidos de dos días de descanso, logrado por el Sindicato de Trabajadores de CE.RE.M.O.S en un acuerdo con la Administración de Salud del Estado (ASSE). Cabe aclarar que el régimen de libres anterior, de los funcionarios que nos desempeñamos en el área de asistencia directa al usuario, era de 4 y 1, o sea cuatro días de trabajo y un día de descanso. Este nuevo régimen laboral fue elaborado para reducir el desgaste físico y mental del personal, promoviendo así un equilibrio más saludable entre el trabajo y el descanso.

Y dentro de este proceso, desde mi lugar como funcionaria, me propuse ser parte de la lucha por la desmanicomialización. Mi formación en Psicología me ha permitido ver que estas lógicas no hacen bien, incluso los efectos que tienen hasta en nosotros mismos. Sí, hay un proceso de transformación que está iniciando, que está habiendo, que me implica, me posibilita a pensar otras cosas, hay algo que está aconteciendo.

A partir de ésto, comencé, por ejemplo, a abordar nuevos desafíos que llevó adelante todo el Departamento de Enfermería. En un principio, participando en la reestructuración del Departamento de Enfermería de CE.RE.M.O.S, iniciando con cambios en el organigrama, actualización de los roles, implementación de nuevas formas de registros, actualizaciones y creaciones de protocolos asistenciales, fomento de la docencia y la investigación, capacitar al personal que se encuentra en la asistencia directa de los

usuarios, empoderar a todos los Licenciados en Enfermería para liderar el cambio, distribución de licenciados operativos en los pabellones para que contribuyan en este proceso, coordinaciones con Facultad de Enfermería de la Universidad de la República y de la Universidad Católica, para la capacitación de los Licenciados en Enfermería en el área de Salud Mental; todos estos avances en la institución se traducen en el involucramiento de Enfermería en la desmanicomialización.

De todas formas, no debemos olvidar que aunque la Enfermería haya tomado otro lugar, la hegemonía de la Psiquiatría no deja de estar. Hay muchos ejemplos, entre los que tenemos que la externación de los usuarios la determinan y firman los psiquiatras. Y así, en muchos aspectos el poder psiquiátrico sigue encabezando las decisiones.

Pero, pese a ese aspecto, procuramos que la desmanicomialización sea la lucha de todos, porque además no debemos olvidar que son los propios usuarios quienes vienen luchando desde hace mucho tiempo por el logro de su participación en las decisiones con respecto a su propia salud.

Ellos mismos, nos han demostrado aspectos muy importantes, superando el hecho de que por mucho tiempo fueron caracterizados por sus limitaciones, y hoy día nos muestran sus potencialidades. Tenemos muchos ejemplos, entre ellos que uno de los usuarios aprendió a andar en bicicleta, otro retomó su pasión por el fútbol, también otro de ellos desarrolló una huerta ejemplar de la que todos degustamos, y así una cantidad de ejemplos que vemos día a día. Es a través del desarrollo de la autonomía, poniendo énfasis en las potencialidades y no en las limitaciones que se aborda el egreso cuando está próximo y en todo el proceso.

Al día de hoy, apoyando y acompañando el proceso de transición, se están desarrollando en CE.RE.M.O.S distintos *espacios y actividades de rehabilitación*, que paso a compartir:

- Emisora de radio: La Rayada FM 106.5, en la que los usuarios desarrollan diversas actividades en el marco de la programación de la emisora, diseñada y puesta al aire colectivamente, al tiempo que los usuarios encuentran una nueva forma de transitar el camino hacia su recuperación a efectos de reinsertarse socialmente.
- Espacio de Inclusión Digital: es un espacio en convenio con Antel, donde los usuarios desarrollan habilidades de uso de los equipos informáticos y aprenden diferentes programas a través de la incorporación de variadas propuestas pedagógicas.
- Taller de Artes Visuales y Expresión: donde a través de la pintura, dibujo y diferentes técnicas expresan sus emociones además de potenciar artistas ya conocidos incluso fuera de CE.RE.M.O.S.

- Taller de carpintería: donde los usuarios aprenden el oficio, pudiendo reacondicionar sus pertenencias, elaborando productos para la venta y desarrollando diferentes proyectos en pabellón.
- Peluquería y cuidado personal: espacio multifuncional buscando optimizar la llegada al usuario para trabajar su cuidado personal y la autoestima en la Peluquería ubicada en el edificio de rehabilitación o en su pabellón en diferentes horarios, pudiendo transmitir conocimientos a quienes pueden aprender el oficio.
- Tejido, bordado y manualidades: taller que se desarrolla en los pabellones 17,18 y 26 donde se enseñan a las usuarias tejido, bordado, costura básica y manualidades en general.
- Fútbol: es una actividad de entrenamiento y juego, a cargo de un profesor. Se desarrolla con usuarios y funcionarios que también desean sumarse. Se lleva a cabo los días martes y jueves.
- Paseos de compra: actividad que vienen siendo desarrollada por oficina de atención al usuario y Servicio social y funcionarios de pabellón, intercalando dentro de las posibilidades de la dinámica de cada oficina donde se acompaña a los usuarios a la ciudad más cercana, Santa Lucía, a desarrollar las compras de su preferencia, con un monto de dinero autorizado.
- Pedido del Macromercado: actividad que viene siendo desarrollada por Oficina de atención al usuario, donde el usuario recibe cada 15 días en su pabellón un pedido de productos (alimentos e higiene personal) elegido por él mismo a través de una planilla que realiza servicio social.
- Piscina en la plaza de deportes en Santa Lucía: se implementó salidas de los usuarios de diferentes pabellones a la piscina de dicha ciudad, previo autorización de los médicos tratantes y con gestión del trámite correspondiente del carnet de salud.
- Festejos y actividades recreativas: actividades que organizan y ejecutan desde la Oficina de Servicio Social y atención al usuario con la participación de otros actores que correspondan a cada iniciativa.
- Huerta: es un espacio que surgió por un usuario, que no es un espacio de rehabilitación a nivel institucional, pero que sin duda apuesta a las transformaciones.

En lo que refiere a la externación de los usuarios, desde el Equipo de Egreso propiamente dicho, es que se va estudiando el lugar más apropiado para cada usuario, siempre respetando los tiempos de adaptación de cada uno de ellos. Por medio de diversas

propuestas de casas de medio camino existentes, se les otorga a los usuarios la posibilidad de concurrir a visitarlas, para que puedan decidir si les resultan de su gusto o si no quieren ir a esa y esperan por otra opción, capaz que prefieren irse con otros usuarios, con los cuales ya han sido convivientes en sus pabellones por años y de esa manera continuar conviviendo junto a ellos.

En ese tránsito de iniciar este nuevo camino, nos pasa muchas veces con el equipo del pabellón que nos planteamos la pregunta: ¿qué pasa si fracasan? Es que *hemos estado a cargo de ellos por tantos años* que nos genera preocupación, incertidumbre, el hecho de que estuvieron tanto tiempo intramuros, en el encierro, todo eso nos genera inseguridades respecto a lo que les pueda suceder. Porque las lógicas manicomiales trabajaron en pos de que la autonomía de ellos desapareciera una vez que entraron en el manicomio.

Siguiendo con lo que planteaba acerca del fracaso, ¿es lo mismo para uno que para otro? ¿Qué cambien las condiciones de vida es fracasar? ¿No cambiamos todos de pareja, de casa, de trabajo, de situación económica, de proyecto de vida? Si el proyecto que se propuso el usuario fracasa, lo contendremos y asesoraremos a él y/o familia, para vincularlo a apoyos comunitarios que puedan sostenerlos. Porque además es importante considerar de forma amplia las redes de apoyo, de modo de incluir a otros referentes afectivos además de la familia. Se debe incluir a las personas que los usuarios señalan como significativas, quienes deben tener compromiso en la participación.

Es fundamental pensar otras formas de sostén más allá de las familias, redes comunitarias que permitan integrar al usuario a diferentes contextos, actividades, en donde se puedan fortalecer vínculos. Existen ejemplos en Santa Lucía, como lo constituye la radio “Spika”, que es un dispositivo de comunicación que tiene la comunidad de esta ciudad. Respecto a esto Giordano (2018): “rescata la importancia de dispositivos que generan procesos de agenciamiento colectivo (...) en donde además se desatan procesos de salud colectiva y transformación social” (pág. 5).

Además, es fundamental convocar para la planificación de la externación a los mismos usuarios, para que participen en el proceso, y generar instancias a través de reuniones de las diversas partes para intercambiar todo lo que se vaya suscitando, desde compartir experiencias, plantear sugerencias o inquietudes, entre otros aspectos.

La reforma se construye con los usuarios, sus familias, la sociedad y quienes trabajamos a diario con los usuarios con diagnóstico de trastornos mentales, es el resultado de la lucha de tanto tiempo contra las lógicas, que parecen tan fuertes y tan extremas, tan difíciles de erradicar. Reconociendo también que existe tensión por estar en “el mojo” de las lógicas manicomiales, por estar implicados en las transformaciones, con más o menos posibilidades de acción en las mismas.

Parte de la desmanicomialización es saber que siempre se pueden volver a instalar las lógicas manicomiales, nunca vamos a salir de una vez y para siempre. Que siempre esté instalada la pregunta por las relaciones de poder, por si estoy pensando en clave de

peligrosidad, si estoy teniendo en cuenta la singularidad del otro, si el otro está pudiendo realmente plantear lo que piensa en relación a ésto y lo que quisiera.

Pero me pregunto, ¿estamos realmente en CE.RE.M.O.S en un proceso hacia la desmanicomialización? Porque se supone que estamos en la fecha estipulada para el cierre de las unidades monovalentes, y puedo decir que todas las escenas que yo planteo siguen vigentes. Por ejemplo, los usuarios siguen comiendo solamente con cucharas, además persiste una total falta de privacidad, también continúa la división de espacios según el sexo, proclamando así una la lógica heteronormativa dominante y así siguen perpetuándose todos los hechos que traía en las escenas que nombré.

Y nosotros los funcionarios seguimos, al año 2025, acatando lo que dice la institución total, cumpliendo en forma estricta todos los protocolos, siempre disciplinados y disciplinando a todo aquel que ingrese a desempeñarse en la institución total. Porque, como traía Ulloa (2012), “este clínico no es un corrupto, pero está atrapado en un sistema hospitalario totalmente corrupto” (p.169).

Esto no quiere decir que no haya un montón de líneas de fuga del proceso, que van haciendo a un hacer distinto, unas posibilidades distintas, pero hay cosas que aún las permitimos y sostenemos. Porque los usuarios sí pueden hacer una huerta, si pueden seleccionar según sus preferencias un pedido para el Macromercado, pero en cambio aún no les permitimos usar un tenedor. *¿De qué clase de desmanicomialización entonces estamos hablando?*

Hablo de idas y vueltas porque aunque algunos de estos elementos están presentes en el proceso siempre tenemos que volver, repreguntarnos, desentrañar las lógicas manicomiales que generalmente se reproducen en nuestras prácticas.

Resignificar el rol de Enfermería: aportes de la Psicología para crear nuevas posiciones desde nuestros lugares

Me pregunto qué es lo que implica generar una nueva conciencia en salud mental, por ejemplo en relación a lo que vine pensando de la institución total y acerca de las prácticas que yo misma vivencí y vivo. Es fundamental proponernos ser responsables de llevar adelante una perspectiva diferente de la salud mental, replicando, desde nuestros roles, un nuevo enfoque, que tanto nos cuesta poder conseguir, para vislumbrar otro camino.

Pero sin dudas que se generan tensiones, porque, como ya he mencionado, tenemos miedo al fracaso, ya que sabemos que el sistema que rigió por años, hizo mucho daño a los usuarios, a las familias, a los funcionarios. Porque como traía Baroni (2019): “El manicomio es un espacio totalizador y sus lógicas de funcionamiento, que no quedan solamente dentro de sus muros, capturan cuerpos y afectos” (p. 254).

Por eso pienso que sentimos tanto miedo, frente al nuevo camino para una nueva conciencia, porque no es nada fácil siquiera pensar en desafiar a la institución total, la cual desde la manicomilización, como refería Kesselman (1993), nos llevó a un “proceso de captura, de aspiración hacia el agujero negro de la locura, en cuyo abismo caen no solo los pacientes sino también los terapeutas” (p. 1).

Por eso mismo es que no debemos transitar solos. Es fundamental aunarnos con la comunidad para poder tener eslabones que ayuden en ese proceso. Debemos reconocer que las comunidades tienen sus fortalezas y posibilidades para brindar su apoyo. De todas formas, no se debe depositar las responsabilidades exclusivamente en las mismas, sino reconocer que éstas tienen su rol. Por lo que deben ser acompañadas por políticas públicas, que generen las condiciones para poder trabajar en un modo distinto. El nuevo modelo se tiene que basar en lo comunitario, pero que lo comunitario no sea coartado para desresponsabilizar al Estado de las políticas que debe implementar. Se debe trabajar en pos de evitar lo que plantea Baroni (2019) acerca de la “puerta giratoria, en el que las personas que no cuentan con sostén familiar o comunitario realizan un circuito entre internaciones, calle o refugios” (p.43).

En cuanto a este nuevo modelo, basado en lo comunitario, me hago las siguientes preguntas: ¿qué lugar tenemos los trabajadores? ¿Qué es lo que pasará en cuanto a los funcionarios cuando ya no esté el hospital psiquiátrico? ¿Cuál es el cambio de rol para ese modelo?

Cuando estoy hablando de generar una nueva conciencia en salud mental es poder pensar sobre nuestras prácticas, como los ejemplos que puse, porque nos permite justamente correr de la mirada del loco como peligroso, correr de estigmatizar, porque sabemos que tendemos a hacerlo constantemente, porque siempre vamos a estar volviendo a la mirada del loco como peligroso.

¿Qué pasa cuando nos corremos del cuidado como control? Cuando la pala deja de ser solo un objeto peligroso, entonces se abre la posibilidad de una huerta. Y que la huerta también sea un espacio de cuidado, ya no solo de los profesionales, porque además es un espacio donde los usuarios se ponen a cuidar las plantas, por ejemplo. Los propios usuarios cuidan. El rol nuestro cambió. ¿Qué pasó con nosotros, cuando en realidad pudimos identificar que la pala no era una cuestión de peligrosidad y sí era una herramienta para una huerta?. ¿Cuál es el rol de nosotros en la huerta? Es habilitar y permitir un trabajo más en equipo con la asistente social, que fue la persona que nos convenció a nosotros de que no era tan peligroso. Este ejemplo nos permitió mejorar y trabajar de una manera distinta. Es identificar la posibilidad de ver al usuario como un cuidador de una huerta y no solo un usuario al que yo tengo que cuidar.

La Psicología aporta a pensar la forma de relacionarnos, a pensar los mínimos gestos, a pensar las relaciones de poder. Al día de hoy, con mi formación en Psicología, me propongo pensar qué me aporta la Psicología para repensar el concepto del cuidado que traigo yo desde la Enfermería.

Parte de la creatividad del caos, el ser Licenciada en Enfermería y próximamente egresada en Psicología, me permite ejercer la Enfermería de otra manera, no como se espera que ejerza. Me cuestiono a través de la Psicología, los aportes de la misma, en una relación mucho más cotidiana, en un análisis incluso institucional de las relaciones y no solo de lo que le pasó o le pasa al propio usuario.

Es fundamental que la Psicología esté presente más cotidianamente para poder generar más transformaciones. No hay espacios de Psicología para trabajar los problemas que tienen los equipos, no hay cuidado frente al trabajo estresante, más allá de lo que se logró en cuanto al aumento de los días de descanso. Y es muy peligroso que la institución no lo considere.

Por lo tanto, son fundamentales los aportes que la psicología puede brindar para apoyar a Enfermería en las diversas situaciones a las que se ve expuesta como disciplina, sobre todo en este tipo de instituciones.

En la etapa que estamos atravesando de desmanicomialización, considerando cómo se resignifica el cuidado, si tenemos en cuenta que la Enfermería es cuidado, pero ha ejercido cierta forma de control, cuando hablamos de desmanicomialización estamos hablando de otra concepción del cuidado. O algo que capaz está en pugna.

Me hago la pregunta sobre si el cuidado es control, entonces desde una ética desmanicomializante, ¿qué es? ¿Es descontrol? Capaz que no, no deja de haber control. *Y la duda que me persigue permanentemente es en cuanto a si quienes estuvimos años en la institución total, cuando nos enfrentemos al nuevo modelo que se asoma, ¿seremos capaces de no replicar nunca más las prácticas manicomiales?*

Referencias Bibliográficas:

Ábalo, L. (20 de mayo de 2024) Economía local dejará de recibir \$ 40 millones si personal de CE.RE.M.O.S queda sin trabajo. *Visión Ciudadana* <https://visionciudadana.uy>

Acevedo, M. J. (2002). *La implicación. Luces y sombras del concepto lourauniano*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. Equipo de Cátedras del Prof. Ferraris, 2002.

Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial*. Bs.As: Topia

Ardoino, J. (1997) *La implicación*. Conferencia dictada en la Universidad Nacional Autónoma de México. S/E.

Arduino, M., Ginés A.M. (2013) Cien años de la Colonia Etchepare. *Revista de psiquiatría del Uruguay*. 77 (1)

Apud, I., Borges, C. y Techera, A (2009) *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Montevideo: CSIC, Central de Impresiones Ltda.

Baroni.C. (2019) *Una historia de locos. Aportes de Radio Vilardevoz al proceso de desmanicomialización en Uruguay (1997 - 2017)*. Tesis de Doctorado. Programa de Doctorado de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad de la República Uruguay
<http://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20500.12008/27198/1/tesis%20final%20doctorado%20baroni.pdf>

Bellahsen, M. (2023). *Suprimir sujeción. Romper la cultura de las barreras*. Libertalia.

Cardozo, D. (2018). *Desmanicomialización en el Uruguay: experiencias de gestión colectiva en dos emprendimientos de trabajo - acogida - vida*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, Udelar

De Lellis, M. (2015). Un nuevo paradigma en salud mental: ejes de la transformación. En De Lellis, M (2015) *Perspectivas en salud pública y salud mental*. CABA: Nuevos tiempos.

De León, N. (2013). Procesos de Reforma en la región y en nuestro país: del modelo manicomial al abordaje comunitario. (pp. 87-92) En De León, N. (Coord.) *Salud Mental en Debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental*. Montevideo, Uruguay. Udelar CSic, Colección Art. 2, Psicolibros Waslala.

Manifiesto Bauru (1987) - II Congreso Nacional de Trabajadores en Salud Mental disponible en <https://laps.ensp.fiocruz.br/o-projeto>

Ulloa, F. (2012). *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.