

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESINA DE LICENCIATURA

La integración social del paciente psiquiátrico a través de la alfabetización

Alumna: Natalia Fernández

Directora: Graciela Viviana Granados

Mendoza – 2010

HOJA DE EVALUACIÓN

TRIBUNAL EXAMINADOR:

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor Invitado: Lic. Graciela Viviana Granados

Calificación:

AGRADECIMIENTOS

- ✚ A mis PADRES por ayudarme, acompañarme, alentarme y por sobre todo (que es lo mejor que pueden hacer unos padres por sus hijos) RESPETAR Y VALORAR mis ideas. Gracias porque por ustedes he podido estudiar esta maravillosa carrera.
- ✚ A mis HERMANOS: Virginia y Luís, porque han sido, son y serán los referentes más importantes de mi vida.
- ✚ A mis SOBRINOS: Lucas, Juan, Franco, Ana y (próximamente) Florencia, porque con sus juegos y sonrisas me ensañan cuáles son las cosas mas importantes en la vida.
- ✚ A Diego por escucharme, contenerme y darme siempre tantas fuerzas. Gracias por estar en mi vida y hacerla mas linda.
- ✚ A Verónica, Florencia, Lorena y Gabriela por alegrarse de mis logros, por haber estado siempre presentes y hacer de mí una mejor persona.
- ✚ A Guillermo y Carla por su aliento e interés por mi profesión.
- ✚ A la Lic. Graciela Granados, por no solo ayudarme en la dirección de esta tesina sino por también tranquilizarme en los momentos de ansiedad.
- ✚ A las personas que participaron y compartieron su experiencia para este trabajo, que tanto me enseñaron a lo largo de estos 3 años de voluntaria.
- ✚ Y a TODAS y cada una de las personas que de algún modo ayudaron, con su apoyo y sus rezos, a que siguiera en mi carrera.

RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo indagar la posibilidad que la educación brinda en la integración social de pacientes psiquiátricos. Intenta hacer una lectura crítica sobre las problemáticas que presenta la institucionalización y revisar los supuestos teóricos que fundamentaron estas estrategias de abordajes tradicionales. Para a partir de allí, mostrar modos de intervención diferentes, que tengan en cuenta por encima de todo a las personas con sufrimiento mental.

Para ello, se tomo el proyecto realizado de Marzo a Diciembre del año 2009, en el Hospital Carlos Pereyra, de la provincia de Mendoza. Donde se llevo a cabo un taller de “Alfabetización y Educación Popular”.

El objetivo fue observar los beneficios que dicho taller aportó a los pacientes y como estos sirvieron para la integración social de los mismos.

Como sustento teórico se abordaron diferentes conceptos que atraviesan dicha temática, como lo son la Institucionalización, la Desmanicomialización, la Discapacidad y la Escuela Inclusiva.

La metodología elegida es Cualitativa, con un diseño Descriptivo, Exploratorio y No Experimental.

Como instrumento metodológico se utilizó la Observación Participante y la Entrevista semidirigida.

Los resultados obtenidos evidencian que se produce una adquisición de conocimientos en los pacientes psiquiátricos ayudando a su bienestar y a su calidad de vida. Mostrando que el proceso de integración social requiere de otros factores para ser alcanzado y de una extensión mayor en el tiempo.

ABSTRACT

This work must like objective investigate the possibility that the education offers in the social integration of psychiatric patients. Try to make a critical reading on the issues presented by the institutionalization and to review the theoretical assumptions underlying these strategies traditional approaches. For from there, showing different ways of intervention, that they consider over everything to the people with mental suffering.

To this end, it took the project carried out from March to December of 2009, the Hospital Carlos Pereyra, in the province of Mendoza. Where conducted a workshop on "Alphabetization and Popular Education".

The objective was to observe the benefits the workshop provided to patients and how they served to their social integration.

As rationale was addressed different concepts that cross the subject, such as institutionalization, deinstitutionalization, the Incapacity and Inclusive School.

The methodology used is qualitative, with descriptive design, exploratory and not experimental.

As a methodological tool used participant observation and semistructured interview.

The results show that there is an acquisition of knowledge in psychiatric patients by helping your well-being and quality of life. Showing that the social integration process requires other factors to be achieved and a further extension in time.

INDICE

Título.....	2
Hoja de Evaluación.....	3
Agradecimientos.....	4
Resumen.....	5
Abstract.....	6
Índice.....	7
Introducción.....	9
MARCO TEÓRICO.....	12
<u>1º parte: los Manicomios.....</u>	13
1: <u>Proceso Histórico de los Manicomios.....</u>	14
1.1. Edad Antigua.....	14
1.2. Edad Media.....	16
1.3. Edad Moderna.....	16
1.4. Edad Contemporánea.....	19
1.5. Siglo XX.....	20
2: <u>Manicomios en la Argentina.....</u>	23
3: <u>Efectos de la Institucionalización.....</u>	27
4: <u>Reforma Psiquiátrica y Desmanicomialización.....</u>	37
4.1. Historia del movimiento Antipsiquiátrico	37
4.2. Reforma Psiquiátrica en América Latina.....	40
4.3. El proceso de Desmanicomialización en Río Negro.....	44
<u>2º parte: La Integración Social.....</u>	47
1: <u>Mas allá de la Desmanicomialización.....</u>	48
1.1. Paradigmas de Atención en Salud.....	49
1.2. Aportes de la Psicología Comunitaria.....	53
1.3. Aportes de la Psicología Social en Argentina.....	55
2: <u>Concepto de Salud desde una Mirada Social.....</u>	57
3: <u>Concepto de Discapacidad desde una Mirada Social.....</u>	60
<u>3º Parte: La Educación.....</u>	68
1: <u>La Educación: una forma de Integración.....</u>	69

2: <u>Historia de la Educación Argentina</u>	70
2.2. La Educación Tradicional.....	70
2.2. Comienzos de la división entre Educación Común y Especial.....	71
2.2. Se Resquebraja la hegemonía Psicométrica.....	74
3: <u>Crítica a la Escuela Tradicional</u>	78
4: <u>Hacia Nuevas Formas de Educación</u>	85
4.1 Educación inclusiva y escuelas integradoras.....	85
4.2 Cambios necesarios que la escuela tradicional necesita adoptar.....	89
5: <u>Algunas cosas a tener en cuenta a la hora de diversidad</u>	93
5.1 Atención a la Diversidad “bajo sospecha”.....	93
5.2 Nuestro Objetivo: Una Educación para la Libertad.....	95
MARCO METODOLÓGICO	98
1: Introducción	99
1.1. Experiencia de Investigación.....	99
1.2. Objetivos de Investigación.....	100
2: Diseño de Investigación	101
2.1. Método de investigación.....	101
2.2. Tipo de Estudio.....	102
2.3. Instrumento Metodológico.....	102
2.4. Unidad de Análisis	103
2.5. Descripción de las características de la Muestra.....	104
3: Procedimiento o Descripción de la Experiencia	105
1º Objetivos y Metodología propuesta para los Talleres.....	105
2º Entrevista de Admisión a los Participantes.....	108
3º Talleres del Año 2009.....	112
A. Los Comienzos y las Necesidades de cada uno.....	112
B. El Proceso de Aprendizaje y las Dificultades.....	123
C. El Final y los Avances Logrados.....	129
4º Aporte de las Coordinadoras.....	133
CONCLUSIONES	139
Conclusiones.....	140
BIBLIOGRAFÍA	143

INTRODUCCIÓN

La internación de un paciente en un hospital psiquiátrico, a través de los años ha sido y continúa siendo una forma de dar respuesta al problema de la locura. Llegando al punto de cometerse hechos bochornosos en cuanto a las condiciones en que se encuentran miles de personas institucionalizadas. El aislamiento y la segregación social, de la que son víctimas los pacientes, provocan fuertes consecuencias como: la dependencia, la cronificación, la pérdida de identidad, sumada a la desvinculación familiar y social.

La violación a los derechos humanos por la aplicación de estas medidas, han hecho replantear tal situación en las políticas públicas de salud, en varios países del mundo.

Es por ello que esta tesina intenta hacer una lectura crítica sobre las problemáticas que presenta la institucionalización y revisar los supuestos teóricos que fundamentaron estas estrategias de abordajes tradicionales. Para a partir de allí, mostrar modos de intervención diferentes, que tengan en cuenta por encima de todo a las personas con sufrimiento mental.

Muchos son los esfuerzos mancomunados y los profesionales que hoy en día intentan aportar alternativas, gracias a la influencia de intervenciones que apuntan a la rehabilitación con base en la comunidad.

Pensar en la rehabilitación de pacientes psiquiátricos nos lleva a tener en cuenta dos factores (entre otros): tanto la recuperación al máximo de las posibilidades de un paciente, como el desarrollo de una trama social que pueda recibirlo y contenerlo.

Es por esto que se considera que la integración social es un proceso que cuenta con varios pasos que deben ser fortalecidos para llegar al objetivo principal que es la curación.

Este trabajo se propone ser uno de los pasos de este proceso de integración social, para ello se toma a la “educación inclusiva” como

herramienta que apunte a estimular aquellas capacidades sanas que el paciente conserva.

Por eso, con la firme convicción de que la educación es nuestro derecho principal como seres humanos y que la misma imparte las marcas más constitutivas en nuestro ser para el desarrollo de nuestra identidad y para la forma de mirar y encarar la realidad, fue tomada como herramienta para ayudar a la interacción social suspendida por la internación.

La intención de dicha investigación es transmitir, la importancia básica que tiene la alfabetización y por ende la educación en general, sobre “todas” las personas.

El fortalecimiento que una persona alfabetizada o con estudios puede desarrollar, esta sumamente relacionada a los parámetros de salud que puede llegar a tener y/o alcanzar. Contrariamente, una persona analfabeta o sin estudios es mucho más vulnerable a la enfermedad.

"...Alfabetizar es mostrar que los libros nos permiten entender mejor el mundo que nos rodea [social], nuestro propio mundo interior [psicológico], e ingresar en otros mundos posibles [simbólico]. Alfabetizar es enseñar que la escritura ayuda a pensar, que nos acerca a lo que está lejos, que nos aleja de nosotros mismos y nos permite vernos reflejados en el papel [identidad], objetivar lo que nos pasa y lo que sentimos. Alfabetizar es, en suma, introducir a las personas en la cultura de lo escrito..."¹

La presente tesina consta del **Marco Teórico** dividido en tres partes.

La primera parte hace referencia a **Los Manicomios**, donde se desarrollará el recorrido histórico de los mismos y cómo ha sido este proceso en nuestro país. Se analizarán los efectos que la institucionalización conlleva en los pacientes y el modo de trabajo desde la perspectiva de la desmanicomialización.

En la segunda parte veremos la importancia de la **Integración Social**, mostrando los diferentes paradigmas de la atención en salud existentes

¹ Lerner, D.; Lorente, E.; Lotito, L. (1995) Actualización Curricular Lengua EGB [Versión Electrónica]. *Municipalidad de la Ciudad de Bs. As.* Documento de trabajo N° 1. Pág. 20.

actualmente y los aportes de la psicología comunitaria para llevar a cabo este tipo de intervenciones. Además se hará referencia a los conceptos de Salud y de Discapacidad desde una mirada social.

En la tercer parte del marco teórico, desarrollaremos **La Educación**, su historia y los objetivos desde sus comienzos en la Argentina, para hacer una crítica al estado actual de la misma, haciendo hincapié en la necesidad urgente de cambios hacia una educación inclusiva.

El **Marco Metodológico** será desarrollado según la observación y participación realizada en el proyecto de “Alfabetización y Educación Popular” del Hospital Carlos Pereyra.

Y finalmente se expondrán las conclusiones a las que se arribó en la investigación.

MARCO TEÓRICO

1º PARTE: LOS MANICOMIOS

1: PROCESO HISTÓRICO DE LOS MANICOMIOS

La historia de la psiquiatría se constituye a partir de la respuesta a dos preguntas: ¿Qué entendemos por locura? y ¿Qué hacemos con ella? Los intentos de respuestas a estas preguntas determinaron el accionar de la sociedad sobre los enfermos mentales. Y, dado que el concepto de locura no se logró esclarecer, las respuestas han ido variando a través de las distintas culturas y tiempos.

1.1. Edad Antigua:

En la edad Antigua se creía que la locura era un hecho sobrenatural que se producía por un castigo de los dioses a un trasgresor de las leyes divinas o porque un espíritu invadía el cuerpo de un individuo. En consecuencia el tratamiento consistía en ritos, ceremonias religiosas, exorcismos y sacrificios.

Fue recién con los griegos que la concepción de la locura cobró nuevas significaciones, ellos fueron los primeros en estudiar las enfermedades mentales desde lo científico, separando el estudio de la mente de la religión. Así fue que se produjo el descenso de la locura a lo humano. Podemos nombrar a tres importantes protagonistas de esta época que ayudaron a este cambio.²

Alcmeón de Crotona, siglo VI A. C., fue el primero que relacionó lo mental con el cerebro al descubrir por disección, que ciertas vías sensoriales terminan en el encéfalo, fue por medio de este descubrimiento que elaboró una teoría de la desarmonía como causal de enfermedad.

Por otro lado, **Hipócrates** (460-377 A.C.) otro de los grandes pensadores de esta época, sostenía que la enfermedad mental era producto

² Marietan, H. (2004, Octubre) Historia de la Psiquiatría, *Alcmeón*, XI, artículo 4. Consultada el 28 de diciembre de 2009 en http://www.alcmeon.com.ar/11/44/08_marietan.htm

del desequilibrio de los humores, fue él quien vinculó el mal mental a las enfermedades del cuerpo. Por lo cual el tratamiento debía consistir en restablecer el equilibrio humoral, por medio de la liberación del exceso emocional, la catarsis por medio del teatro y las fiestas grupales. Además fue el primero en considerar que la actividad onírica era reparadora.

Contrario a la teoría de Hipócrates, **Asclepiades** (124 D.C.) sugiere por primera vez la influencia del ambiente en el comportamiento. Fue el primero en diferenciar las ilusiones de las alucinaciones. Practicó psicoterapia e incluyó el uso de la música y la estimulación intelectual, así como el trabajo con grupos de personas con trastornos mentales.

Podemos destacar además, cómo los griegos utilizaron la tragedia como exploración de los mecanismos del psicodrama, la sugestión y el simbolismo para conseguir una experiencia de "catarsis" liberadora, que alivia culpas y limpia impurezas. Poniendo de esta manera la primer base de un método de tratamiento psicológico fundado en el simbolismo.

Los romanos, siglo II A.C, postularon principalmente que las pasiones y deseos insatisfechos actúan sobre el alma produciendo enfermedades mentales. Ellos tuvieron una cosmovisión de la enfermedad como proceso natural, alejado del paradigma mágico o teológico. Realizaron un aporte fundamental a la legislación sobre los enfermos mentales: en su "Código Civil" establecieron: derechos, capacidad para contraer matrimonio o disponer de sus bienes y consideran la locura como un eximente para determinados delitos.

La mayor aportación la realiza **Galeno** (130-220 d. C.), quien intenta sintetizar todos los conocimientos de los antecesores, realizando una clasificación de las causas de la locura. Considerando que las enfermedades podían estar en el organismo (daño cerebral, alcoholismo.) o en la mente (fobia, desengaño, melancolía).

En los inicios del siglo II d.C. Fue **Sorano** quien insistió en un trato mucho más humanitario en las internaciones.

1.2. Edad Media:

En esta época, la enfermedad mental retornó a la categoría de posesión diabólica. En conjunto, lo poco que sabían los griegos se perdió, se produjo una tremenda recaída en estadios culturales primitivos. El reloj de los tiempos se retrasó mil años y durante más de un milenio los enfermos mentales fueron otra vez considerados como poseídos por el diablo o por malos espíritus que además provocaban enfermedades a los demás.³

Época de oscurantismo e ignorancia. Sin embargo una notable aportación, contraria a esta visión del enfermo mental, se encuentra en **Sto. Tomás de Aquino**, quien sostiene que el alma, de origen no terreno, no puede enfermar. Por este motivo, atribuye la enfermedad mental a algún trastorno del cuerpo susceptible de ser tratado.

Ya en siglo IV, **Agustín de Hipona** había subrayado la importancia de la introspección como fuente de autoconocimiento, siendo por ello considerado por algunos autores como el precursor del psicoanálisis.

En Oriente como sucedió en otras ramas del saber, hay que destacar el papel de la **Cultura Árabe**, ellos creían que el loco era un protegido de Alá, teniendo en consecuencia una actitud de protección hacia ellos. Por lo que hay que reseñar la creación de la primera institución de acogida para locos conocido en Bagdad, en el año 792. Además se encuentran otros asilos para locos en El Cairo (873), Damasco (800), Alepo (1270) y Granada (1365).

1.3. La Edad Moderna: (del siglo XV AL XVIII)

El renacimiento es una época ambigua, cuando no contradictoria en materia de psiquiatría. Hereda y ahonda en la visión demoníaca del loco, identificado en muchos casos con la brujería. Pero el espíritu humanista propio

³ Ackernecht, E. (1957). *Breve historia de la psiquiatría*. Bs. As.: Eudeba.

de esta época, da lugar a la proliferación de manicomios y de los primeros estudios científicos sobre la enfermedad mental.

Por un lado continúan las viejas ideas de posesión demoníaca por medio de 2 hechos:

1. El **Papa Inocencio VIII** ordena, en 1484, perseguir y castigar la brujería dando comienzo al extenso período de la Inquisición, donde los "brujos" eran torturados y muertos en la hoguera.
2. Y en 1486, los teólogos **Heinrich Kramer y Johann Sprenger** escriben: El *Malleus maleficarum* (Martillo de brujas). Atribuyendo al demonio la causa de todas las enfermedades mentales. Se define a la enfermedad mental como una forma de brujería o posesión demoníaca cuyo tratamiento pasaba por la tortura o la hoguera para "liberar" el alma del enfermo.

Se debe destacar, sin embargo, algunas figuras individuales, que se oponen a estas ideas, como la de **Paracelso** (1493-1541), autor del tratado "*Sobre las enfermedades que privan de la razón*". En esta obra propone que las enfermedades mentales no tienen su causa en Dios, sino en procesos naturales. Fue uno de los primeros en observar la tendencia hereditaria de estas patologías y propone, por primera vez, el uso de sustancias químicas para tratar la enfermedad mental.

Esta revolución se acompaña de la obra y el pensamiento de **Luis Vives** (1492-1540) quien se oponía a la idea de posesión demoníaca. Es considerado el padre de la psicología, humanista, filósofo y pedagogo español de origen judío, escritor que apunta a varios aspectos de psicología y psicopatología y niega categóricamente el origen sobrenatural de la locura.

J. Weyer (1515- 1588) denunció que los acusados de brujos eran en realidad enfermos mentales y por su lucha es considerado por muchos como el primer psiquiatra; describió los síntomas de la psicosis, la epilepsia, las pesadillas, los delirios, la paranoia y la depresión.

En el siglo XVII en 1656 en Francia se establecieron asilos en donde los directores estaban autorizados para detener personas indefinidamente. Se encerró a enfermos mentales junto a indigentes, huérfanos, prostitutas, homosexuales, ancianos, enfermos crónicos, etc. En Londres eran reclusos en hospitales donde sobrevivían en deplorables condiciones. Por ejemplo en el Hospital Bethlehenm, se convirtió en un lugar de espectáculos donde la gente pagaba para verlos.

Es así, como el hospital se configura entre los siglos XVI y XVII, como el lugar institucionalizado con una doble función, por un lado ser el instrumento que va a dar respuesta al problema de la pobreza, a la enfermedad y la marginación, sirviendo de albergue para pobres, locos, desvalidos y todo tipo de marginados y excluidos, y al tiempo se convierte en un instrumento de control social.

Poco a poco se va abriendo paso un concepto más médico (en cuanto orgánico) de la locura y a partir del siglo XVIII, en plena Ilustración europea, comienzan a afianzarse y acrecentarse estos pequeños pasos dados hasta el momento. La figura más importante de la psiquiatría (considerado por algunos como el verdadero primer gran psiquiatra) es **Philippe Pinel** (1745-1826). Este médico francés cambió la actitud de la sociedad hacia los enfermos mentales. Pinel fue nombrado por la Comuna, en plena Revolución francesa, director médico del Asilo de La Bicêtre y, posteriormente (en 1795) director de La Salpêtrière, en París. Philippe Pinel conjugaba ideas médicas, humanísticas y jurídicas. Su gesto de quitar las cadenas a los enfermos mentales en la Salpêtrière permite pasar del "encierro" policial de los siglos XVII y XVIII al "internamiento a asilar". Durante su cargo liberó a los enfermos mentales de las cadenas con las que eran reducidos y confinados. En su "*Tratado de la locura*" clasificó las enfermedades mentales en cuatro tipos: manía, melancolía, idiocia y demencia, y explicó su origen por la herencia y las influencias ambientales. Propuso la creación de un cuerpo especializado de médicos dedicados a la

atención de los "alienados", y su importancia es de tal envergadura que al movimiento iniciado por él se le ha conocido como "Revolución Psiquiátrica".⁴

Uno de sus más notables discípulos fue **Etienne Esquirol** (1782-1840), quien hizo de la "terapia moral" de Pinel su bandera y consiguió promulgar una ley en 1838 que obligaba a la administración francesa a disponer de un asilo para dementes en cada departamento del país.

1.4. Edad Contemporánea Siglo XIX:

A principios de XIX se va configurando el "manicomio" como la institución específica para la atención del enfermo mental desempeñando diferentes funciones:

- a) Por un lado, una función médica de tratamiento y curación, cuya eficacia es escasa por los efectos de masificación, su escasez de personal y precariedad de los medios y condiciones.
- b) Y por el otro, una función social, de asilo y refugio protegido para aquellos que no contaban con medios ni capacidades para afrontar la vuelta a su comunidad.

A mediados del siglo XIX, con el diagnóstico y tratamiento psiquiátrico, el loco perdió parte de su condición humana y adquirió la categoría de "enfermo", de simple portador de síntomas de una extraña enfermedad, que debían ser eliminados por que él era peligroso, y por eso era preciso detectarlo precozmente, internarlo, tratarlo y curarlo. Además en este siglo se va develando algunos secretos del sistema nervioso central, lo que permite algunas conclusiones más rigurosas y de mayor crédito.

⁴ Skiadaresis, R. Breve recorrido histórico sobre la enfermedad mental e internación. (Ficha inédita proporcionada por la cátedra de Clínica Psicoanalítica.UDA).

1.5. Siglo XX :

En este período va forjándose un nuevo concepto de enfermedad mental, más ligada a una concepción orgánica y biológica, que se basaba en observaciones en los manicomios. . El representante de esta orientación fue **Emil Kraepelin** (1856-1926) que propone un acercamiento, observación estrictamente clínico en el que la narrativa del enfermo es reducida de síntoma a signo. Creó una nueva clasificación de las enfermedades mentales que publicó en 1883 y que aún hoy, con algunas variantes, es el marco clínico donde se asienta el conocimiento psiquiátrico

Bleuler (1857- 1940) escribe en 1911 una monografía sobre Demencia Precoz, a la que sugiere llamar Esquizofrenia, donde adopta una posición crítica sobre algunos aspectos enunciados por Kraepelin y desarrolla criterios para realizar el diagnóstico de esta patología a través de síntomas primarios y secundarios.

Freud, neurólogo de formación, aporta la noción del inconsciente, descubriendo que detrás de la mente humana existen mecanismos no conscientes capaces de generar alteraciones psiquiátricas. En 1896 desarrolla el psicoanálisis: una técnica de asociaciones libres e interpretación de sueños cuyo objeto es ahondar en la mente del sujeto para conocer su inconsciente y ayudarlo a comprender las causas de su comportamiento.

Otras figuras relevantes de la psiquiatría del siglo XX fueron **Karl Jaspers**. Su libro *Psicopatología General*, de 1912, tuvo una gran influencia en el pensamiento psiquiátrico posterior, donde propone un método estricto para los diagnósticos psiquiátricos. Designa como “proceso” a la irrupción de síntomas que interrumpen la continuidad histórico vital de un individuo, como es el caso en la esquizofrenia, y como “desarrollo” al despliegue de síntomas preexistentes hasta constituir una patología mental, como es el caso de la paranoia donde los síntomas desconfianza, susceptibilidad, suspicacia forman parte de la personalidad sana, previa a la psicosis. Jaspers pasó de la

psiquiatría a la filosofía, convirtiéndose en un exponente del existencialismo alemán.

Ernst Kretschmer, uno de los pioneros en señalar científicamente la relación entre el tipo corporal, el temperamento de las personas y algunas características de sus enfermedades psíquicas. Realizó una conocida clasificación biotipológica en leptosomáticos, pícnicos y atléticos, asociando el primero a la predisposición a padecer esquizofrenia, y el segundo (pícnico), a padecer psicosis maniaco-depresiva.

Adolf Meyer, desarrollador de una perspectiva psicobiológica de la psiquiatría, que integraba aspectos biológicos y psicológicos en el origen y tratamiento de las enfermedades mentales. Su principal obra (de 1957) se titula *Psicobiología: una ciencia del hombre*.

Se pueden resaltar las siguientes conclusiones en el S XX:

- Influencia del psicoanálisis
- Clasificación nosológica de las enfermedades
- Desarrollo de la neurología, fisiología y bioquímica.
- Desarrollo de la psiquiatría organicista.
- Auge de la psicofarmacología.
- Inicio de concepciones psicosociológicas de la enfermedad mental.

En consecuencia, el loco es re-convertido en “enfermo mental” y sometido a tratamiento, incluso contra su voluntad, de esta manera la psiquiatría es omnipotente frente al enfermo y cree tener armas suficientes para curar a los locos, aunque tuviera que encerrarlos y tratarlos coercitivamente. Se siguen utilizando choques biológicos e insulínicos, abscesos de fijación, contención mecánica, celdas de aislamiento, lobotomía, altas dosis de psicofármacos, electrochoques, punciones cisternales, aplicados con fines (supuestamente) terapéuticos y no disciplinarios.

Los criterios para el diagnóstico de las enfermedades mentales varían, en 1900 se realiza el Primer Congreso Internacional de Estadística, donde se realizó la primera revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-1), en Paris. Aunque, fue recién en la CIE-5, en 1938, en su sección VI: “Enfermedades del sistema Nervioso y Órganos de los sentidos”, donde se incluyó cuatro subcategorías de enfermedades mentales: Deficiencia mental, esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva y otras.

El Comité de Nomenclatura y Estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana desarrolló una variante de la CIE-6, publicada en 1952, como primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-I) que consistía en un glosario de descripciones de las diferentes categorías diagnósticas, y fue el primer manual oficial de los trastornos mentales con utilidad clínica. Desde entonces se han publicado otras cuatro: DSM- II (1968), DSM- III (1980), DSM- III-R (1987), DSM-IV (1994).

Fue así que los diferentes modos de clasificar la enfermedad mental como tal, generaron y legitimaron un saber teórico que permitió dominarla. Los lenguajes disciplinarios producen diferentes efectos sobre el individuo que queda atrapado en tales explicaciones, como así en las prácticas asistenciales que se derivan y en las instituciones que se crean. Es por este motivo que las instituciones representan relaciones humanas, que indican sobre las formas concretas de individualidad y producción subjetiva⁵.

Podemos comprobar lo que expresa Galende: “*La razón del manicomio, no es inherente a la existencia de enfermedades mentales*”⁶. Sino que tiene que ver con la forma de individualidad y de relación social en el que cobró existencia y se sostiene hasta nuestros días.

La existencia de los manicomios, a lo largo de los diferentes procesos históricos ha sido y es una forma de respuesta social al tema de la locura. Los mismos son una expresión de la acción humana, es decir es la misma sociedad

⁵ Galende, E. (1994). Modernidad, Individuación y manicomios. En O. Saidon y P. Tianovsky (Comp.), *Políticas en salud Mental* (pp. 57-85) Lugar editorial. Bs. As.

⁶ Galende, E. (1994). Op. Cit. Pág. 85

en su seno la que los crea, los produce y al mismo tiempo conforma las ideologías que dan lugar a su existencia.

Por desdicha, la comprensión de la locura todavía está lejos de ser completa. En el siglo XXI el tratamiento de los trastornos mentales sigue siendo un problema mundial.

2: MANICOMIOS EN LA ARGENTINA

En Argentina se pueden diferenciar una serie de movimientos que marcan la emergencia del orden psiquiátrico.

El primer libro que trata este tema, en nuestro país, lleva por título “La locura en la Argentina”. Fue escrito, en 1919, por José Ingenieros donde describe la situación de los psiquiátricos en la época de la colonia.⁷ Según la clasificación de la época, los “locos” se dividían en tres grupos: los furiosos, los deprimidos y los tranquilos. Los varones furiosos eran conducidos a la cárcel donde se los retenía por simple disposición municipal. Allí los “amansaban”. Las personas con dinero hacían construir calabozos en el fondo de la casa o en alguna quinta donde no pudieran molestar ni ser vistos. Las mujeres furiosas, si eran blancas y tenían dinero, eran recluidas en los conventos donde tenían celdas especiales. Si eran negras, mulatas o pobres recibían el mismo trato que los hombres. Es decir, durante el período colonial, los encargados de dar cuenta de la locura eran las autoridades, en el caso de los considerados “furiosos”. El resto (los deprimidos y los tranquilos), se integraban de diferentes maneras, según la clase social a la vida comunitaria o se los escondía para evitar el estigma de tener un loco en la familia.

⁷ Kazi, G.; Carpintero, E.; Barraco, A. y Vainer, A. (2007, Abril 24). Desmanicomializar pasado y presente de los manicomios. *Topía*. Extraído el 17 de Enero de 2010 de <http://www.topia.com.ar/articulos/desmanicomializar-pasado-y-presente-de-los-manicomios>

Como podemos observar desde los inicios de nuestra historia el tratamiento hacia la locura tenía características diferenciadas para los ricos y los pobres.

Apenas había caído Rosas y se había firmado la nueva Constitución de la Argentina se creó en Buenos Aires, el primer "hospicio de alienadas", (de las mercedes) antecesor del Hospital Moyano, en 1853. Y diez años después (1863) se inauguraba el hospicio de San Buenaventura, para varones, precursor del actual Borda. Nace de esta forma, una matriz ambigua que superpone la libertad -para las que antes estaban encerradas en las cárceles- y el encierro para las que deambulaban por los suburbios.⁸

Las actividades llevadas a cabo en los hospitales, se centraban más en la regulación religiosa y moral de la conducta, que en cuidados médicos. Las condiciones de reclusión y hacinamiento no lo hacían muy distinto de las cárceles donde antes estaban los internos. La temática de la salud mental quedaba vinculada a la higiene social. Se trataba de combatir a aquellos agentes que perturbaban el orden social y que podrían provocar un daño a la Comunidad. La prostitución, el alcoholismo, la vagancia, la indigencia era englobado junto con las enfermedades infecciosas y debían ser controladas.

Con muchos años de retraso a nuestro país llegarán las ideas de Pinel y su seguidor Esquirol (1876) sobre "liberar a los locos de sus cadenas" De esta manera comenzará la era del "Alienismo" en la que el loco será recluso por razones principalmente médicas.

Durante las primeras décadas del siglo XX, se asiste a un reflujo de políticas institucionales de liberalismo reformista, en el área de la salud mental, se destaca el **Dr. Domingo Cabred**, quien inició el proceso institucional psiquiátrico argentino con un criterio de resocialización, con reinserción social y familiar. Realizó de algún modo una revolución, con la habilitación de colonias con el sistema de "*Open Door*", donde los pacientes internados realizaban actividades de fabricación y producción para consumo interno y para la venta.

⁸ Rocco Cuzzi, R. (1999). Desmanicomialización- una Política para la Locura [Versión Electrónica]. *Diario Clarín, Enero*. Extraído el 08 Enero, 2010 de <http://www.laenfermerahoy.com.ar/articulo.php?id=72>

La hoy colonia Montes de Oca, fue en aquella época un modelo de escuela diferencial, donde el aprendizaje se realizaba por medio del trabajo, con un criterio que se llamaba de “autosuficiencia”.⁹

A mediados del siglo XX, con el fin de la Segunda Guerra Mundial el Estado debió cumplir la función de brindar seguridad social y económica a los ciudadanos. Con la consolidación de lo que se dio a llamar “*Estado Benefactor*” el campo de la salud adquiere el status de un derecho social, del cual el propio estado era garante. Los manicomios comienzan a ser reestructurados en diferentes países de Europa y EE.UU., dando cuenta de nuevas experiencias institucionales como las Comunidades Terapéuticas, los Hospitales de Día y el trabajo preventivo con la comunidad.

En este contexto histórico aparece en la Argentina el concepto de “Campo de la Salud Mental” como aglutinador de esta nueva corriente que pretende superar el manicomio como forma de asistencia. Es así como, durante el año 1957, se producen tres hechos determinantes para reafirmar en nuestro país el “Campo de la Salud Mental”:

- Se crea el Instituto Nacional de Salud Mental que comienza a regular las actividades de los profesionales, promoviendo institucionalmente, políticas que iban permitir a los "Psiquiatras Reformistas" realizar algunas modificaciones en la estructura de las Instituciones manicomiales.
- El Dr. Mauricio Goldenberg funda el primer Servicio de Psicopatología en el Hospital General de Lanús, es decir fuera de un Hospital Psiquiátrico.
- Se crea la carrera de Psicología en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires.

Dichos acontecimientos apuntaban a formar profesionales que fueran

⁹ Fiasché, A. (2003/2005). Las Instituciones psiquiátricas en la Argentina. En *Hacia una Psicopatología de la Pobreza*. (1º Reimpresión, pp. 111-124). Bs. As.: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

“agentes de cambio” de una sociedad en transformación. Este proyecto posibilitó un cambio en la manera de entender y abordar la salud mental cuya profundidad va a tener consecuencias en las décadas posteriores.

Entre sus principales maestros podemos mencionar a Enrique Pichón Rivière, Mimi Langer y José Bleger. Estos llevaron a un replanteo de los problemas de la Salud Mental en la Argentina, creando la construcción de un ámbito nuevo donde el psiquiatra debía compartir su práctica con otras disciplinas y teorías provenientes de diferentes áreas del saber.

Las conceptualizaciones del psicoanálisis, la sociología, la antropología, la psicología institucional y la psiquiatría comunitaria cuestionaban las instituciones manicomiales y ponían el acento en las prácticas comunitarias y preventivas-asistenciales.

En la década del 70, reaparece la preocupación por mejorar la calidad de vida de los enfermos. Se comienzan a implementar modelos basados en la Psiquiatría Comunitaria de Maxwell Jones promoviendo nuevos abordajes como la creación de servicios de psicopatología dentro de los Hospitales Generales; el Dr. Mauricio Goldemberg marca un gran avance de estas nuevas políticas en el hospital de Lanús.

En la dictadura militar (1976) se desestructuró el campo de la salud mental. La mayoría de los movimientos reforzados en períodos anteriores fueron violentamente resistidos, desarticulados o sencillamente clausurados. Solo permaneció en pie la organización psiquiátrica tradicional: “el manicomio”, que reforzó su presencia institucional como símbolo de una política de exclusión y anulación de toda diferencia.

Con el retorno de la democracia y la recuperación de las instituciones, la salud encuentra un espacio. El gobierno instaura la política de salud mental como una prioridad específica del sector salud. Fue en la Provincia de Río Negro donde se desarrolló la única experiencia de reforma en la asistencia de salud mental, con el logro del cierre del único hospital psiquiátrico de la provincia y la promulgación de la Ley 2.440 (Promoción Sanitaria y Social de

las Personas que Padecen Sufrimiento Mental) realizada por el Dr. Hugo Cohen.

Sin embargo, en los noventa se reafirma una política neoliberal capitalista regida por la desregulación, la privatización y la competencia. La salud queda en manos del mercado, es decir, de los grandes laboratorios y empresas de medicina. El Estado desaparece en su función social de atender la salud pública, de esta manera se produce el dismantelamiento de las instituciones públicas ya que, la salud queda en manos de la iniciativa privada donde su eje es costos-beneficios. El proceso de concentración y globalización capitalista trae aparejado la exclusión y desafiliación de amplios sectores de la población, cuyo resultado es quedar en los márgenes de la sociedad.

3: EFECTOS DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN

Hospitales, asilos, hospicios, nosocomios, son diferentes formas de nombrar despectivamente a aquel lugar que tiene la función de albergar a la persona diferente, a aquel que por algún motivo alborote la sociedad. Muchos autores afirman que tal lugar ha perdido la función de rehabilitar, provocando la institucionalización en si misma efectos iatrogénicos para el paciente.

Ya en su texto clásico sobre la locura Foucault dice:

El enfermo se ve afectado por el espectáculo deprimente de un hospital al que todos consideran “el templo de la muerte”. La melancolía del espectáculo que lo rodea, las contaminaciones diversas, el alejamiento de todo, agrava el sufrimiento del paciente y terminan por suscitar enfermedades que no se encontrarían espontáneamente en la naturaleza, porque parecen creaciones propias del hospital. La situación del hombre hospitalizado comporta enfermedades particulares, una especie de “hospitalismo”, término cuya definición haría referencia a que

ninguna enfermedad del hospital es pura, el hospital es creador de enfermedad¹⁰

Es así como esta cura que enferma aun más, esta sumamente cuestionada desde hace tiempo. Ya que se han visto y se ven, diferentes formas de violación a los derechos humanos. Las condiciones en las que se encuentran los pacientes dejan traslucir la violencia que se comete en ellos. Lejos de lograr fines terapéuticos, podemos afirmar que la reclusión en manicomios a personas con sufrimiento mental, de ninguna manera favorece a su salud.

Shiappa Pietra describe al manicomio como:

"El instrumento comunitario de reclusión- exclusión del denominado enfermo mental. Cuyo primitivo fin terapéutico se ha perdido, reemplazándolo por otro, custodial. (...) Son espacios sociales delimitados por normas, concepciones diversas y prácticas específicas".¹¹

Además señala que las características de lo manicomial son:

- a) Lo manicomial tiende a un aislamiento de la comunidad, de otras instituciones y sobre todo de los demás sectores de salud.
- b) Lo manicomial implica el predominio de una concepción de salud-enfermedad como polos absolutos y antagónicos.
- c) En lo manicomial, la internación es un fin en si mismo y no un medio o recurso terapéutico.
- d) Las terapias poco efecto ejercen. La cura como fin institucional, se ha perdido. Sus fines apuntan a lo custodial.
- e) El supuesto lugar del saber, el conocimiento y el manejo técnico están monopolizados.¹²

¹⁰ Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. Tomo I y II. México. Fondo de la cultura económica. Pág. 42

¹¹ Shiappa Pietra, J. (1993). *Trabajos en salud mental*. Modalidad rionegrina. Río Negro: Ed. El Bolsón. Pág. 55

¹² Shiappa Pietra, J. (1992). Op. Cit. Pág. 55

Por lo tanto, internar a una persona en un Hospital Psiquiátrico implica la restricción de interrelaciones sociales a fin de preservar a una persona de los riesgos que su libre ejercicio conductual puede acarrearle. Restringir la interacción social es para el autor anteriormente citado “un mecanismo productor de **marginación social**”¹³.

Tales limitaciones a sus interrelaciones sociales (independientemente de los supuestos fines proteccionales) detienen, obstaculizan o distorsionan los procesos constitutivos o de reconstrucción de su subjetividad. Por lo tanto el paciente internado deja de ser un enfermo para convertirse en un “marginado”. El mecanismo de marginación consiste en:

- Subrayar las diferencias: diferenciar es marginar o hegemonizar, comparar, valorar y al fin, poner en evidencia las “ventajas” o las “desventajas”.
- Adjudicación de “valor” a las diferencias: una valoración exige el uso de algún criterio, y estos son esquemas correspondientes al orden, propio de lo institucional. Nunca podemos salir del ámbito de alguna institución desde donde nos orientamos para ejercer nuestra función perceptiva. Un marginado por haber sido negado institucionalmente pasa a ser un desconocido (en la mismidad de su Ser) para la comunidad, que sólo reconoce aquello que sus instituciones hacen.
- Rotulación: fase más denigrante a la condición humana. La rotulación no es una designación, sino que a la persona rotulada, esto le reemplaza el nombre y apellido, cualquier cosa que lo identifique. Actúa como señal de ausencia. Representa “la ausencia”. Un rotulado no es alguien que haya ganado una nueva identidad, sino alguien que la ha perdido.
- Exclusión y reclusión: un rotulado por incognoscible, es un impredecible, un peligro, una amenaza para el logro del funcionamiento institucional

¹³ Shiappa Pietra, (1992). Op. Cit. Pág. 48

esperado. Entonces se lo separa a través de un proceso de encapsulamiento institucional.¹⁴

El interno, al perder el contexto de su propia familia, al no determinar su situación y al no delimitarse en lo social, aparece incapaz de determinar el mundo y a él mismo tal como lo desea.

Uno de los modos de comportarse de las instituciones que tienden a lo manicomial, es intentar suplantar a las instituciones primarias o básicas, que dan al enfermo el sentido de sí y de su estar en el mundo. Tienden a suplantar a la familia, al grupo de amigos, etc., como si pudieran lograr ellas solas el objetivo de hacer personas a estos enfermos. Esto genera una extrema dependencia con la institución y la asunción de un incondicionable rol protector.

En cuanto a los efectos propiamente dichos que la institución genera en el paciente internado podemos hacer referencia a todo el desarrollo que Goffman hace de las “Instituciones Totales”: Podemos considerar que los hospitales psiquiátricos constituyen lo que Goffman¹⁵ denomina **Instituciones totales**. Estas tienen la característica de absorber parte del tiempo y del interés de sus miembros proporcionándoles hasta cierto punto un **mundo propio**. Esta tendencia absorbente y totalizadora esta simbolizada por los obstáculos que **se oponen a la interacción social** con el exterior y al éxodo de los miembros (muros altos, guardias en la puerta, rejas, etc.).

Dicho autor sostiene que “el mundo interno” que se genera dentro de la institución, rompe las barreras de los tres ámbitos fundamentales de la vida: dormir, trabajar y recrearse. Todos los aspectos de la vida dentro de la institución se desarrollan en el mismo lugar, bajo la misma autoridad y en compañía inmediata de un gran número de personas a las que se les da el mismo trato. Generando de esta manera una masificación de los internos con la consecuente pérdida de individualidad. Las instituciones totales están definitivamente divididas en una estructura jerárquica donde hay un gran

¹⁴ Shiappa Pietra, J. (1992). Op. Cit. Pág. 63-67.

¹⁵ Goffman, E. (1961). *Internados: Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Bs. As.: Amorrortu.

número manejado, “los internos” y un pequeño grupo “el personal”. Cuya característica específica de estos últimos no es la inspección periódica, sino mas bien la vigilancia. El personal supervisor tiene la función de controlar la comunicación, manteniendo a los internos en la ignorancia de las decisiones que se toman sobre su propio destino, como es en el caso de la reserva del diagnóstico, el plan de tratamiento y el tiempo de internación. Dicha exclusión proporciona al personal una sólida base para guardar las distancias y para ejercer su dominio sobre los internos.

Al ingresar al hospicio el interno atraviesa lo que Goffman denomina una “**Desculturación**” o sea “un desentrenamiento que lo incapacita temporariamente para encarar ciertos aspectos de la vida diaria en el exterior (...) Creando un tipo particular de tensión entre el mundo habitual y el institucional”.¹⁶

Goffman divide en dos el proceso por el que atraviesa el enfermo en su estadía por el hospital:

1. En el enfermo, se produce una modificación de su “yo” que él lo llama: “**proceso de despojo o mortificación del yo**” que se desencadena por medio de contaminaciones simbólicas que el paciente sufre dentro del hospital.
2. Luego y al mismo tiempo de tal proceso, el interno comienza a recibir por parte de la institución una instrucción formal e informal, que lo ayudarán a proporcionarle un marco de referencia para su futura reorganización personal, a esto Goffman lo llama “**sistema de privilegios**”.

Los “procesos de mortificación” y el “sistema de privilegios” representan condiciones a las que los internos deberán adaptarse. “El despojo o mutilación del yo” se refiere a pérdidas por parte del paciente de concepciones sobre si mismo, que fueron posibles por ciertas disposiciones sociales estables, que hoy han sido arrebatadas. La pérdida de sus derechos civiles, es llamada

¹⁶ Goffman, E. (1961). Op. Cit. Pág. 17

“muerte civil”, aspecto jurídico de este despojo que puede llegar a ser permanente.

Las pérdidas primarias de interacciones sociales, de su lugar de residencia y de sus pertenencias personales que se sufre en el momento de la internación, refuerzan este sentimiento de desposeimiento, que poco a poco van mutilando al yo. A estas pérdidas se suma la dependencia que el interno comienza a tener con la institución, perdiendo la autodeterminación y la autonomía de sus actos, viéndose arrastrado por las órdenes y normas que rigen en el hospital.

Una forma también de mortificación ulterior propia de las instituciones totales se manifiesta bajo la forma de una especie de “**exposición contaminadora**”. Esta se refiere a que, fuera de la institución el individuo podía mantener objetos ligados a la conciencia de su yo (su cuerpo, sus pensamientos, sus actos) a salvo del contacto con cosas extrañas. En las instituciones se violan estos límites personales, se traspasa el límite que el individuo ha trazado entre su ser y el medio ambiente. Se viola la intimidad que guarda sobre sí mismo. Tales agresiones descritas contra el yo del paciente, por medio de la desfiguración y contaminación, refutan dramáticamente su autoconcepción.

Como se señaló anteriormente, al mismo tiempo del “despojo del yo”, se desarrolla el llamado “sistema de privilegios”. Estos son las normas de la casa, las recompensas y los castigos. Por lo tanto se refiere al conjunto explícito y formal de prescripciones y proscipciones que detalla las condiciones principales a las que el interno debe ajustar su conducta. El interno reorganiza su personalidad, adaptándose de diferentes maneras según las diferencias individuales.

Otras consecuencias que sufren los pacientes internados en un hospital son: La insuficiencia de actividades que lo llevan a tener una gran cantidad de, lo que Goffman denomina: “**tiempo muerto**”:

Esto puede llevar al paciente a un gran ensimismamiento que aumenta su tensión psicológica y sus agresiones contra el yo. Por este motivo, se explica el alto valor concedido a las llamadas

actividades de distracción, capaces de inspirar interés y entusiasmo al paciente, haciéndole olvidar momentáneamente la realidad de su situación. Por desgracia, a la insuficiencia de estas actividades se debe precisamente, uno de los más importantes efectos de privación, propio de las instituciones totales.¹⁷

Otras de las características que Goffman desarrolla con amplitud es el concepto de “**estigma**” refiriéndose a “Signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el status moral de quien lo presentaba. (...) en la actualidad la palabra es utilizada en un sentido bastante parecido al original, pero con ella se designa preferentemente al mal en si mismo y no a sus manifestaciones corporales”¹⁸. Con el que el paciente carga luego de su institucionalización.

Podemos observar cómo la institucionalización deteriora lentamente al paciente, provocando una gran pérdida de parte de su personalidad, llegando incluso a ser dejado de tener en cuenta como persona, para pasar a ser un objeto. De esta manera podemos llegar a visualizar lo que Mario Testa analiza sobre lo que sucede con los pacientes:

El episodio de la enfermedad (...) hace que se destaque el carácter objetual del individuo y se acentúe la necesidad del tratamiento de ese particular objeto”. [Y concluye] El desconocimiento de la subjetividad y socialidad del paciente disminuye la eficacia de la intervención (...) Las consecuencias de una objetualización incontrolada son indudablemente negativas para el paciente y los trabajadores en salud.¹⁹

En la anulación de su individualidad y socialidad el paciente asume inconscientemente su carácter de objeto, deteriorando sus características y capacidades como sujeto.

La ideología de los profesionales de la salud se refleja en el lenguaje con el que se menciona a la persona que solicita ayuda: Son “pacientes” en el

¹⁷ Goffman, E. (1961). Op. Cit. Pág. 78

¹⁸ Goffman, E. (1963). Estigma, la identidad deteriorada. Bs. As.: Amorrortu. Pág. 11.

¹⁹ Testa, M. (1994). El Hospital. Visión desde la cama del paciente. En O. Saidón y P. Tianovski (Comp.), *Políticas y salud mental* (pp. 175-187) Bs. As. Lugar editorial. Pág. 182

mejor de los casos, “enfermos” cuando pasa de la consulta privada al hospital, “demandantes” para la visión global economicista de la salud y “clientes” para el sesgo comercialista. Desde esta visión nunca se trata de personas reales y concretas. Este lenguaje por supuesto, tiene su correlato en la práctica: es el tratamiento de personas como objetos de trabajo, pero como objetos aislados y fragmentados.

Si el cuerpo del enfermo fuera tomado como objeto histórico, contextualizado, el paciente se transformaría en persona y pasaría a desempeñar el papel de un actor social, de un verdadero protagonista de la situación, que enfrentaría junto con el profesional y asesorado por éste la estrategia para superar el peligro.

En 1990 la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, aprobó los “Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental”.

Estos principios son considerados como el estándar internacional más completo y detallado en lo que se refiere a la protección de los derechos de las personas con discapacidad mental y constituyen una guía importante para los Estados en la tarea de delinear y/o reformar los sistemas de salud mental.

Los mismos serán desarrollados resumidamente a continuación, tomando los aspectos principales de cada uno para poder luego hacer una reflexión sobre su cumplimiento.

En su Principio nº 1, sobre “las Libertades fundamentales y derechos básicos”, establece: “Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana”. Agregando que: “No habrá discriminación por motivo de enfermedad mental. Entendiéndose por “discriminación” cualquier distinción, exclusión o preferencia

cuyo resultado sea impedir o menoscabar el disfrute de los derechos en pie de igualdad”.²⁰

En el Principio 9, con respecto al Tratamiento dice: “Todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros”. Concluyendo que “El tratamiento de cada paciente estará destinado a preservar y estimular su independencia personal”.

El Principio nº 13, sobre derechos y condiciones en las instituciones psiquiátricas, dice: “Todo paciente de una institución psiquiátrica tendrá, en particular, el derecho a ser plenamente respetado por cuanto se refiere a su:

- a)** Reconocimiento en todas partes como persona ante la ley; **b)** Vida privada; **c)** Libertad de comunicación, que incluye la libertad de comunicarse con otras personas que estén dentro de la institución; libertad de enviar y de recibir comunicaciones privadas sin censura; libertad de recibir, en privado, visitas de un asesor o representante personal y, en todo momento apropiado, de otros visitantes; **d)** Libertad de religión o creencia.

A su vez, agrega “El medio ambiente y las condiciones de vida en las instituciones psiquiátricas deberán aproximarse en la mayor medida posible a las condiciones de la vida normal de las personas de edad similar, e incluirán en particular:

- a)** Instalaciones para actividades de recreo y esparcimiento; **b)** instalaciones educativas; **c)** Instalaciones para adquirir o recibir artículos esenciales para la vida diaria, el esparcimiento y la comunicación; **d)** Instalaciones, y el estímulo correspondiente para utilizarlas, que permitan a los pacientes emprender ocupaciones activas adaptadas a sus antecedentes sociales y culturales y que permitan

²⁰ Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (1990) Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. Res. 46/119, No. 49. Pág. 189 y ss.

aplicar medidas apropiadas de rehabilitación para promover su reintegración en la comunidad.

Podemos observar, la forma en que estos principios son actualmente violados, resultando casi imposible poder compatibilizar estos principios con la despersonalización y deshumanización que sufren miles de seres humanos en las instituciones manicomiales argentinas.

De acuerdo a la OPS/OMS, (Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud) y el CIDH (Comisión Interamericana de Derechos Humanos) las libertades fundamentales y derechos más frecuentemente violados en hospitales psiquiátricos incluyen:

- el derecho a ser tratado con humanidad y respeto
- el derecho a la privacidad
- el derecho a la libertad de comunicación
- derecho a recibir tratamiento en la comunidad
- derecho a proporcionar consentimiento informado antes de recibir cualquier tratamiento.

La Comisión ha verificado que en las Américas, los usuarios, sus familiares, personal de salud mental, abogados, jueces y demás personas involucradas, en la promoción y protección de la salud mental, tienen un conocimiento limitado sobre los estándares internacionales y sobre las normas convencionales que protegen los derechos de las personas con discapacidad mental. Además de no haber sido incorporados, estos estándares y normas convencionales, en la mayoría de los casos, en las legislaciones nacionales.

4: REFORMA PSIQUIÁTRICA Y DESMANICOMIALIZACIÓN

4.1. Historia del movimiento Antipsiquiátrico:

“El movimiento antipsiquiátrico, es un movimiento crítico que se cuestiona las prácticas psiquiátricas tradicionales y la noción de enfermedad mental sobre la cual se apoya desde mediados del siglo XIX”.²¹

Este movimiento que surge en Inglaterra en 1960 revoluciona en si mismo el concepto de enfermedad mental, considerándola el resultado de un medio social conflictivo y contradictorio, y que por lo tanto el enfermo es víctima inocente de esa situación. A grandes rasgos la enfermedad era un recurso inventado por la sociedad opresiva y por la psiquiatría oportunista que tenía la finalidad de aniquilar a los declarados enfermos.

La psiquiatría se constituía en este momento como un eficaz medio de represión y era justamente lo que los antipsiquiatras venían a denunciar. Por este motivo y bajo estos supuestos es que los antipsiquiatras se oponían fuertemente a la internación en manicomios, por considerarlos un factor de irreversibilidad de los trastornos.

Este movimiento se empieza a gestar en 1957 cuando el psiquiatra norteamericano Thomás Szasz escribe “El mito de la enfermedad mental” poniendo en duda la realidad de la enfermedad mental, aunque él mismo nunca se consideró antipsiquiatra. Plantea que: “los psiquiatras no se enfrentan con patologías verdaderas sino con dilemas éticos, sociales y personales”.²²

Pero será realmente con la obra de David Cooper y de Rolanld Laing donde debemos situar propiamente el nacimiento y el sentido estricto la antipsiquiatría, aunque hoy el término se haya generalizado para señalar todo

²¹ Lemoine, J. (2005). Historia de la Antipsiquiatría. *Sitio oficial de escritor argentino*. Libro 119 (1). Extraído el 28 de Enero de 2010 de: http://www.jorgelemoine.com/poesias/poesia_119.html# . Pág. 1.

²² Szasz, T. (1961). *El mito de la enfermedad mental*. Bs. As.: Amorrortu. Pág. 27.

el movimiento anti-institucional y reformador psiquiátrico de los años 60 y 70 del pasado siglo.

Por lo tanto Cooper y Laing fueron los que establecieron las bases teóricas del movimiento antipsiquiátrico, pero además otro de los factores determinantes, que confluyen en esa época, y que será una pieza clave en el ulterior desarrollo de este movimiento, es la publicación en 1961 de "Historia de la locura en la época clásica", de M. Foucault. El autor sostiene también que son las presiones que la sociedad ejerce sobre el sujeto las que producen la alienación, condenándolo posteriormente a la reclusión y al abandono.

El análisis que realiza Foucault de la evolución del concepto de locura a lo largo de la historia y de las relaciones entre este concepto y el pensamiento de cada época, ayudó a la construcción de las teorías antipsiquiátricas. Todo el pensamiento de Foucault está presente en este movimiento.

Podemos resumir las ideas básicas del movimiento antipsiquiátrico, por medio de la exposición que realiza Vallejo en su libro "Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría" donde dice:

1. La enfermedad mental tiene una génesis fundamentalmente social.
2. La psiquiatría tradicional ha sido la culpable, a través de su doctrina y de sus actuaciones prácticas, de la perpetuación de un estado de represión ante el paciente psíquico.
3. Consecuentemente, existe un rechazo hacia toda la estructura que sustenta y se deriva de la psiquiatría tradicional: clasificaciones psiquiátricas, terapéuticas ortodoxas (biologistas, conductistas, psicoanalíticas, fenomenología clínica, hospitales psiquiátricos, etc.).
4. La solución se enfoca a través del compromiso y praxis política que corre en paralelo al desmantelamiento de la psiquiatría tradicional²³.

Entre 1962 y 1966, David Cooper inicia una experiencia innovadora en un hospital psiquiátrico de Londres. En esta unidad, el "pabellón 21", en el que se inspiró inicialmente en las comunidades terapéuticas de Maxwell Jones, se

²³ Vallejo Ruiloba. (2002). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría* (6º ed.). Barcelona: Edición Masson. Pág. 30

buscó cambiar el rol tradicional de médicos y pacientes, a la vez que investigar la interacción familiar y grupal en la esquizofrenia. Además no se utilizaron para los tratamientos ni shock insulínicos, ni electroshock, ni dosis altas de medicación. Fue así, que con una terapia conjunta de familia y medio, se consiguieron iguales o mejores resultados que con cualquier otro medio. Cooper volcó sus experiencias del “Pabellón 21” en su libro “Psiquiatría y antipsiquiatría” (1967), con el cual se institucionalizó oficialmente el movimiento antipsiquiátrico.

En esta obra el autor denuncia el proceso de “invalidación” que la sociedad impone a algunos de sus miembros mediante el rótulo de “esquizofrénicos”, víctimas de la violencia que sobre ellos ejercen los “sanos” con la “complicidad” de los psiquiatras, violencia que alcanza su máxima expresión en el internamiento manicomial.

Fue así entonces que “La antipsiquiatría” nació como una lucha dentro de las instituciones, frente a la represión y la violencia que existía dentro de los manicomios. Ellos veían en el cambio social un factor determinante de su lucha antipsiquiátrica. La idea principal era hacer comprender que la locura es la expresión de las contradicciones sociales contra las que se debe luchar y que sin transformación de la sociedad, no hay posibilidad de una psiquiatría mejor, sino sólo de una psiquiatría opresora.

Por otra parte, la aventura antipsiquiátrica en Italia fue llevada a cabo por Franco Basaglia, psiquiatra de Venecia en 1961, quien en esa época era director del hospital psiquiátrico de Gorizia. Por todos sus medios intentó humanizar dicho hospital. Cuando fue director del hospital psiquiátrico de Trieste (1971-79) completó el objetivo cerrándolo. Fue el verdadero padre de la psiquiatría sin manicomios, intentó humanizar al hospital psiquiátrico de Gorizia abandonando toda medida de restricción física y eliminando los tratamientos electroconvulsivantes, considerándolos como torturas y la ergoterapia como explotación, y desarrollando el sistema de puertas abiertas según los principios de la comunidad terapéutica de Maxwell Jones.

El proceso llevó 7 años. En ese tiempo, hizo contactos con las familias, para que éstas alojaran y recibieran a los pacientes. Si esto no era posible, se gestionó que el Estado aportara departamentos. Basaglia armó un dispositivo que consistía en atender a los pacientes en hospitales generales. La atención era ambulatoria, ellos iban hacia donde estaban los médicos o los médicos iban a donde estaban los pacientes. Las internaciones, cuando había crisis, eran cortas. La media en ese momento eran 30 días de internación, y en la actualidad, es de 12 días. Además, tomando el oficio o la profesión de los pacientes, se crearon cooperativas de trabajo que hoy son empresas sociales.²⁴

Aquella experiencia sentó las bases de un procedimiento de desmanicomialización: cierre del manicomio, internaciones cortas, tratamiento ambulatorio y cooperativas de trabajo. Esta lucha desinstitucionalizante fue un ejemplo para experiencias similares en otros lugares de Italia que llevó a cambios legislativos muy importantes.

4.2. Reforma Psiquiátrica en América Latina:

Para conocer en qué estado se encuentran actualmente los tratamientos en salud mental en América Latina, debemos reconocer que, con muchos años de diferencia, las cosas fueron sucediendo de una manera distinta a la del resto del mundo. Fue recién con la “Declaración de Caracas” en Noviembre de 1990, que la asistencia en salud mental tomó nuevos rumbos.

La “Declaración de Caracas” fue una conferencia para La Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, en la que acudieron 109 profesionales de 16 países con objeto de establecer marcos de

²⁴ Pasquale, E. (2009, Septiembre 30) La reforma psiquiátrica en Trieste, Italia. *Revista Topia*. Extraído el 31 de Enero de 2010 de: <http://www.topia.com.ar/articulos/la-reforma-psiquiatrica-en-trieste-italia>

referencia, líneas programáticas y estrategias que permitan reestructurar la atención psiquiátrica en los países de América Latina.²⁵

De la misma surgió que la atención psiquiátrica tradicional no es compatible con las políticas actuales sobre atención de la salud en general y salud mental en particular. Hoy en día se considera esencial contar con servicios de naturaleza preventiva, descentralizados y enfocados en la comunidad, con participación activa de la población local. Sin embargo, el hospital psiquiátrico, eje del sistema de atención en este campo, es el mayor obstáculo para lograr ese objetivo debido a su aislamiento de la comunidad, su relativa ineficiencia e ineficacia, y su ambiente deshumanizador, tendiente a transgredir los derechos humanos de los pacientes. Por este motivo, en tal conferencia se presentó una crítica fundamentada del hospital psiquiátrico y del sistema de atención convencional y como resultado de los debates, se llegó a un consenso sobre la necesidad de reestructurar los servicios de atención psiquiátrica en la Región y de salvaguardar los derechos humanos de las personas que padecen enfermedades mentales.

La variedad de disciplinas y sectores representados por los participantes -entre los cuales se encontraban viceministros de salud, parlamentarios, juristas, expertos en salud pública y salud mental, y representantes de organizaciones no gubernamentales- contribuyó decididamente a la definición de un cuerpo de doctrinas y a la formulación de recomendaciones precisas para la reforma de la atención psiquiátrica.

Es indudable que la Conferencia y Declaración de Caracas expresaron a su debido tiempo la preocupación por el estado crítico en que se encontraban los servicios de salud mental de nuestros países, que requería un cambio radical en el modelo asistencial, basado en el hospital psiquiátrico y su

²⁵ Organización Mundial de la Salud (1990). Declaración de Caracas. Extraída de: http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf

reemplazo por alternativas comunitarias de atención centradas en la Atención Primaria.²⁶

Los dos objetivos principales que se comprometieron a promover fueron: la superación del modelo de servicios psiquiátricos basado en el hospital psiquiátrico y la lucha contra todos los abusos y la discriminación de que son víctimas las personas con problemas de salud mental. Dichos objetivos fueron adoptados como las grandes metas de todos los movimientos de reforma de salud mental.

Veinte años después de esta declaración, sabemos que *“las enfermedades mentales son responsables de una parte muy significativa de la carga global de las enfermedades y ocupan un lugar destacado entre las primeras causas de discapacidad”*²⁷. Su tratamiento en la comunidad no solamente se ha tornado posible en la mayoría de los casos, sino que está respaldado por una amplia evidencia de que es más costo-efectivo en comparación con los modelos hospitalarios tradicionales.

En este sentido podemos afirmar que hubo un gran avance en este reconocimiento, pero desafortunadamente, a pesar de la justicia de los objetivos de la Declaración de Caracas, los indicadores disponibles muestran que, en la gran mayoría de las poblaciones, las metas de Caracas continúan sin cumplirse enteramente.

Asimismo, podemos señalar algunos esfuerzos realizados en los últimos años en varios países, dirigidos a la reformulación y la actualización de sus políticas y planes nacionales de salud mental. El Salvador, Belice, Chile, Perú, Paraguay, Argentina, Cuba, Jamaica y Brasil, son algunos de los países de la Región donde se han observado iniciativas exitosas en esta área.

²⁶ Levav, I. y González, R. (2007). Las raíces de la declaración de caracas. En *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la declaración de caracas*. Ed. Jorge Rodríguez: Washington.

²⁷ Caldas de Almeida, J.M (2007). Logros y obstáculos en el desarrollo de políticas y servicios de salud mental en los países de América Latina y el Caribe después de la declaración de Caracas. En *La reforma de los servicios de salud mental...* Ed. Jorge Rodríguez: Washington. Pág 24

En este período han tenido lugar innumerables experiencias de reforma de los servicios de salud mental en los niveles locales, provinciales y estatales y algunas en el plano nacional. Estas reformas fueron muy variadas en cuanto a las prioridades establecidas y las estrategias utilizadas. En algunos casos, se privilegió la integración de la atención de salud mental en la atención primaria; en otros, se le dio mayor énfasis al desarrollo de la red de servicios de salud mental en la comunidad y en otros el objetivo principal fue la desactivación del hospital psiquiátrico y la creación en la comunidad de dispositivos y programas residenciales y de rehabilitación.

Estos ejemplos exitosos muestran que es posible privar al hospital psiquiátrico de su papel hegemónico tradicional; a pesar de ello, hay que reconocer que la mayoría de los hospitales psiquiátricos de América Latina no han cambiado significativamente y siguen consumiendo la mayor parte de los recursos asignados a la salud mental. Las camas psiquiátricas siguen siendo, en su mayoría, camas para pacientes de larga estancia, lo que significa que muchos hospitales psiquiátricos no han cambiado substancialmente su práctica asilar.

Qué hacer con el hospital psiquiátrico sigue siendo una pregunta actual y fundamental en América Latina y el Caribe. Los hospitales psiquiátricos en su totalidad, todavía no responden a las necesidades de atención básica de los pacientes, no aseguran el respeto ni la protección de sus derechos; por otra parte, estas instituciones cuentan con la mayoría de los recursos disponibles, constriñendo todos los esfuerzos de creación de servicios más modernos en la comunidad.

José Miguel Caldas de Almeida plantea que:

La reforma de los servicios de salud mental es una tarea extremadamente compleja. Esto no significa que sus objetivos sean imposibles de alcanzar o que solamente se puedan llevar a la práctica en países con abundantes recursos financieros y técnicos, sino que es algo que exige mucho más que voluntad y entusiasmo. La reforma de servicios de salud mental es actualmente un proceso que implica mudanzas de paradigmas cuyas raíces datan de

muchos siglos y que exige la capacidad de articular acciones políticas y organizativas a diversos niveles²⁸.

4.3. El proceso de desmanicomialización en Río Negro – Argentina:

Ya nombramos algunas experiencias exitosas que sucedieron en Latinoamérica con respecto a la reforma en salud mental. Una de ellas fue la realizada en la Argentina, en la provincia de Río Negro, donde se llevó a cabo la desactivación del hospital psiquiátrico de la provincia, proceso llamado “desmanicomialización”. Expondremos en detalle como fue y que resultados obtuvo.

En el año 1983 con el fin de la dictadura y los comienzos de la democracia, el gobierno de Raúl Alfonsín decide llevar a cabo una experiencia similar a la italiana, que ya se había reproducido en distintos países de Europa y también en Estados Unidos.

Desde la Dirección Nacional de Salud Mental, el psicoanalista y profesor universitario Vicente Galli encabezó la experiencia y decidió aplicarla en tres puntos del país: Río Negro, Córdoba y en Buenos Aires. De estos tres lugares el único que llevó a cabo un proceso de transformación del sistema de salud mental vigente: asilar, manicomial, fue la provincia de Río Negro. En el cual se consideran dos los hitos fundamentales que provocaron el proceso de desmanicomialización:

Por un lado, 1984 comenzó a humanizarse el único hospital psiquiátrico de la provincia, ubicado en la localidad de Allen, para luego en 1988 cerrar sus puertas definitivamente. Este proceso se llevó a cabo, con la creación simultánea de equipos de salud mental comunitaria en hospitales generales. Por otro lado, otro hito fundamental que desató este proceso fue, en septiembre de 1991, la sanción de la ley 2.440, llamada “Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental” elaborada por el Dr. Hugo Cohen, jefe del Departamento de Salud Mental del Consejo Provincial de

²⁸ Caldas de Almeida, J.M (2007). Op. Cit. Pág. 34

Salud Pública de la provincia de Río Negro. Primera ley de salud mental de la Argentina.²⁹

De los resultados principales que arrojó esta experiencia podemos destacar los siguientes:

- La prohibición de la habilitación y funcionamiento de manicomios, neuropsiquiátricos o cualquier otro equivalente público o privado.
- La internación de personas en crisis, se lleva a cabo en salas comunes de los hospitales generales, promoviendo en algunos casos la internación domiciliaria.
- Se prohíbe en todo hospital la utilización de todo método represivo (electroshock, shock insulínico, absceso de fijación y toda otra técnica pseudo terapéutica).
- La internación se concibe como último recurso terapéutico, luego del agotamiento de todas las formas y posibilidades terapéuticas previas.
- En caso imprescindible de internación, se procederá con el objeto de lograr la más pronta recuperación y resocialización de la persona debiendo procurarse que el tiempo de duración se reduzca al mínimo posible, para lograr su externación y el seguimiento en un tratamiento ambulatorio.
- El fin último de esta ley y de todas las acciones que de ella se desprenden es la recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona reconociéndole todos los derechos que como ciudadano le corresponden, ayudando de esta manera a la reinserción comunitaria.

Por todo lo anteriormente dicho, podemos deducir que el emprendimiento de todos estos trabajos, ayudó de manera gradual a la modificación de la comunidad a su resistencia original para con el diferente.

²⁹ Vicente, B., Cohen, H., Saldivia, S. y Otros. (1997). Programa de salud mental en la provincia de Río Negro. *Revista asociación española de Neuropsiquiatría*, vol. XVII, nº 64.

Experiencias similares de Desmanicomialización, que otras provincias intentaron o intentan llevar a cabo, son por ejemplo San Luís, Córdoba, Entre Ríos que no serán expuestas en este momento, porque superan los objetivos de la presente tesina.

Ahora bien, Desmanicomialización no solo significa el cierre de los hospitales, sino que tiene que ver con una lógica diferente a la lógica manicomial, la cual implica una gran transformación de paradigmas, donde se deje de mirar la enfermedad, para comenzar a mirar la salud.

La desmanicomialización requiere de una gran reflexión al respecto, donde dicha transformación pueda llevarse a cabo como un proceso y no como un cierre repentino de las instituciones psiquiátricas. Ya que esto no traería como consecuencia una solución, sino por el contrario un desborde de otras problemáticas. No se trata de cerrar los hospitales y dejar a los pacientes en la calle, sino de armar progresivamente una red de servicios, que una vez superada la crisis, pueda integrar al paciente a la sociedad.

Es por eso que consideramos que, ante un cuadro crítico agudo del paciente, la institucionalización es una forma de contención, lo que no debe implicar una estadía crónica. Lo que se debe reforzar es en hacer "puente" entre la enfermedad y el logro de su salud.

2º PARTE: LA INTEGRACIÓN SOCIAL

1: MÁS ALLÁ DE LA DESMANICOMIALIZACIÓN

Muchos autores sugieren que la desmanicomialización no es sólo deshospitalización, sino que es necesaria una integración social a la comunidad.

Como ya señalaron, tanto Liona Bachrach (en USA) como Franco Rotelli (en Italia), “Desinstitucionalizar” significa al menos tres cosas distintas:

1. Deshospitalizar: es decir encontrar ubicaciones alternativas para los residentes.
2. Generar estructuras comunitarias: es decir sustituir los Hospitales Psiquiátricos por redes complejas de servicios.
3. Y superar la dependencia institucional de personas concretas: es decir, ayudarles a vivir como ciudadanos de pleno derecho.

Y no todos estos aspectos se han desarrollado del mismo modo en las distintas experiencias.³⁰

Por otra parte Angel Fiashé, psiquiatra argentino, se adhiere también a esta idea, expresando:

“La externación es la única salida. Empero, sin una metodología que la posibilite, estos enfermos- quizá alguna vez psicóticos, pero que padecen hoy la enfermedad agregada del institucionalismo prolongado- estas personas permanecerán encerradas en un afuera mas pernicioso que positivo, a merced del abuso potencial de gentes que se mueven en un contexto social competitivo y perverso. El “afuera”, mediante la eliminación de estas instituciones anacrónicas, es únicamente un paso que exige llevar a cabo muchos otros, para alcanzar los logros de una externación no solo humanizada, sino también creativa y transformadora”.³¹

³⁰ López, M.; Laviana, M.; García-Cubillana, P. (2006). Los Hospitales Psiquiátricos en la(s) Reforma(s). Notas para orientar una investigación necesaria. En F. Pérez (coord.), *Dos décadas tras la reforma Psiquiátrica* (pp239-273) Asociación Española de Neuropsiquiatría. Pág. 19

³¹ Fiashé, A. (2003/2005) Op. Cit. Pág. 113.

Es por ello que se plantea a la Integración Social como la meta prioritaria a alcanzar, para la modificación de las prácticas tradicionales, siendo la alternativa a seguir en el tratamiento de los enfermos psiquiátricos.

El trabajo con la comunidad constituye un requisito ineludible a fin de cuestionar las arraigadas representaciones que existen sobre la locura, la marginalidad y peligrosidad con que se connota a quien padece psíquicamente. Sobre todo cuando tales personas resultan ser pobres, excluidos y sin posibilidades familiares, educativas o laborales. Sin un trabajo profundo de reflexión sobre tales nociones, cualquier proyecto que se plantee la modificación de los supuestos manicomiales corre inevitables riesgos de fracasar.

La reforma psiquiátrica que planteamos en el capítulo anterior, configuró el contexto ideológico y organizativo que ha transformado profundamente los modos de atención en salud mental. Con ello se exigió el paso de un modelo institucional-manicomial a un modelo comunitario, que modificó, asimismo, la forma de analizar y valorar la situación y las posibilidades del enfermo mental crónico.

1.1. Paradigmas de Atención en Salud:

Alicia Stolkiner³² expone tres modelos de Atención en Salud, mostrando cómo cada uno tiene su concepción con respecto al hombre, a sus prácticas y a los servicios ofrecidos.

Estas concepciones distan de ser meras propuestas técnicas, pues son portadoras de paradigmas diversos. Las dos primeras concepciones se han desarrollado y se encuentran hoy en un momento de crisis, correlativa con la

³² Stolkiner, A. (1987). Distintos paradigmas en salud, sus instituciones y el psicólogo en ellas. *Revista de Salud y Sociedad*, N° 14 y 15. Bs. As.

crisis de sus prácticas e instituciones. Mientras que la tercera puede considerarse en sus primeras formas de manifestación.

- Concepción “Liberal” en Salud:

En ella las prácticas de atención en salud son consideradas parte del libre juego de la oferta y la demanda. Para quienes no pueden acceder a ellas por sus condiciones socioeconómicas se reserva la acción de las instituciones del estado. Este modelo de atención considera a la salud como “ausencia de enfermedad”, y al sujeto como “pasivo” en proceso de su cura. Es un modelo positivista, con sus raíces en la concepción causalista, que apunta a la curación de la patología. Se sostiene por un lado, en la concepción idealista de libertad, por lo cual afirma el carácter de responsabilidad individual de la salud, y por el otro, desvincula la enfermedad de sus determinantes sociales. Esta concepción ha sido bautizada también como: “modelo médico-hegemónico” ya que asigna el poder al profesional en cuanto ejercicio liberal de la profesión. Con un marcado biologismo, ahistoricidad, asociabilidad, individualismo, mercantilismo del que es característico. Modelo de particular desarrollo en la Argentina en su última dictadura militar. Su forma actual se basa en la inversión masiva de capital en instituciones privadas de diagnóstico y curación, centrada en la alta tecnología médica.

- Concepción Desarrollista en Salud o Tecnocrática normativa:

La equiparación saber-poder del positivismo coloca los resortes de la planificación en manos de aquellos a quienes supone calificados para tal fin: los técnicos. Manteniendo de esta manera un criterio tecnocrático, ya que la salud es asunto de los profesionales y especialistas. Si bien la salud es reconocida en su dimensión social, mantiene sin embargo, aunque velado, el concepto positivista de salud en cuanto a “normalidad”, evitando las conductas consideradas “inadaptadas”. Se desplaza el eje de la demanda explícita (modelo liberal) al diagnóstico de las necesidades de la población, necesidades evaluadas como tal por los técnicos. Surgen los servicios de psicopatología en hospitales generales y el uso de técnicas psicoterapéuticas combinadas con psicofármacos, junto con las medidas de “readaptación” a la sociedad del

paciente psiquiátrico. El psicólogo se incorpora al trabajo en equipos multidisciplinarios, coherente con el criterio multicausal. La comunidad es llamada a colaborar (que no es lo mismo que participar) aunque se mantiene el poder en los especialistas. Se considera un modelo de dependencia, donde las personas deben suponer que todo está determinado por la opinión o la acción del especialista. Esta forma de impartir educación se programa en los escritorios y luego se aplica a la gente, sin que esta tenga el más mínimo acceso a dicha programación.

- Concepción Participante-Integral:

Consideramos este modelo en gestación. Su concepción de salud es la de una búsqueda permanente y activa de situaciones de bienestar, en la que se reconoce un rol protagónico al sujeto, que es quién en última instancia, reprocesará las propuestas de los profesionales y técnicos construyéndolas conjuntamente. Considera a la participación en sí misma, un hecho de salud mental, porque permite a la gente salirse de su lugar “imaginario” de sometimiento a una autoridad que normaliza sus vidas, de manera omnipotente y arbitraria. Podría decirse que esta concepción configura una ruptura con la lógica tradicional en la construcción del conocimiento, tornándose inseparable de la acción. No hay aquí un lugar de saber absoluto, puesto que se apunta al cuestionamiento y recreación permanente de los marcos referenciales. Rompe asimismo con el criterio idealista de libertad, para plantear en su lugar el principio de equidad. El psicólogo en estas prácticas deja de ser un técnico para incorporarse como “agente de salud” en instituciones no convencionales.

Estas concepciones en salud, han convivido a través de los años en el proceso histórico de nuestro país. Resaltándose unas u otras en determinadas épocas. Hoy se intenta y se trabaja para que sea la concepción “participante integral” la que resuelva la política actual en materia de salud.

Para lograr este objetivo, no se debe limitar la labor a intervenciones individuales, sino que se debe dotar al sujeto de un papel activo y actuar también sobre el ambiente en el que vive y con el que coevoluciona. Mirta Videla comenta al respecto que:

“Uno de los mas grandes problemas en materia de salud mental y derechos humanos es la aplicación de un criterio asilar-segregante y discriminatorio por nuestra psiquiatría, a todos nuestros problemas sociales”³³.

Y por este motivo afirma que para arribar a un funcionamiento democrático, pluralista y participativo en salud mental, es necesario despsiquiatrizar la vida cotidiana y los hospicios:

...“mientras se mantenga un sistema sanitario psiquiátrico, verticalista, autoritario y centralizado, hasta donde subsista una concepción (...) psicológista o biologista, centrándose en la asistencia individual del paciente (...), en tanto se sostenga la estructura hospitalaria de puertas cerradas y la formación académica de nuestros profesionales del área “psi” este alejada de la realidad social (...), nosotros, la comunidad a la que pertenecemos, seguiremos sin hacernos cargo de los locos que producimos”³⁴.

El hospital psiquiátrico ha sido la cristalización social de una lógica de exclusión, elemento clave en el desarrollo de la propia teoría psiquiátrica y factor iatrogénico decisivo dentro del proceso de cronificación y marginación social. Por lo tanto, sabiendo que el internamiento y el aislamiento no cumplen ninguna función terapéutica y si un papel de segregación, consideramos que la psicología comunitaria esta llamada a convertirse en la opción fundamental para prevenir y tratar los trastornos mentales.

Se trata de una manera de organizar la asistencia psiquiátrica que permita participar en programas enfocados hacia la promoción de la salud mental, prevención y tratamientos de los trastornos mentales, así como la rehabilitación e incorporación de los pacientes a la comunidad.

³³ Videla, M (1998). *Prevención: Intervención Psicológica en Salud Comunitaria*. Bs. As.: Ediciones Cinco. Pág. 145

³⁴ Videla, M. (1998). Op. Cit. Pág. 147

1.2. Aportes de la Psicología Comunitaria:

Montero, M. define a la psicología comunitaria como:

La rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social.³⁵

Durante los años 60 y 70 del siglo XX, en la psicología se produce un vuelco hacia una concepción de la disciplina centrada en los grupos sociales, en la sociedad y en los individuos que la integran, así como en sus necesidades y expectativas, hacia una concepción distinta de la salud y de la enfermedad, y sobre todo, del modo de aproximarse a su consideración y tratamiento por los psicólogos³⁶.

Uno de los hitos que marcaron el nacimiento de la psicología comunitaria en América Anglosajona, fue en 1963, cuando el presidente Kennedy anuncio el comienzo de una revolución en la psiquiatría norteamericana. El contenido de su propuesta apuntaba a señalar que en el futuro la prevención, el tratamiento y la rehabilitación del enfermo y del retardo mental deben considerarse una “responsabilidad comunitaria” y no un mero problema privado. Criticando a su vez a las instituciones de custodia donde la escasez de personal y el exceso de pacientes había llegado a extremos bochornosos. Desde allí se comienza a organizar un programa que tratara de reducir radicalmente el problema, encarándolo a nivel comunitario³⁷.

El aporte fundamental de Caplan, fue la clasificación de la prevención. Considerando que la misma es una acción integral con tres niveles de intervención, articulados y simultáneos. Dividiendo de esta manera la prevención en:

³⁵ Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Bs. As.: Paidós. Pág. 70

³⁶ Montero, M. (2004). Op. Cit.

³⁷ Caplan, G. (1964/1985). *Principios de Psiquiatría Preventiva* (1º Reimpresión). España: Paidós.

- **Primaria:** cuando se refiere a la reducción de la incidencia y frecuencia de trastornos mentales.
- **Secundaria:** cuando se refiere a la disminución de la duración de un número significativo de trastornos.
- **Terciaria:** cuando se intenta reducir el deterioro de funcionamiento defectuoso por secuelas, tratando de recuperar la capacidad productiva y la posibilidad de inserción y reintegración.³⁸

Este nuevo modo de hacer buscaba producir un modelo alternativo al modelo médico, la propuesta partía de los aspectos positivos y de los recursos de las comunidades, buscando su desarrollo y su fortalecimiento.

Podemos considerar que los principios y fundamentos de la Psicología comunitaria abarcan³⁹:

- Rescatar los recursos de salud presentes en las personas:

Dicho fundamento parte de que todas las personas tienen la capacidad de producir salud. Los encuentros afectivos, tales como ayudar o conversar con un amigo, familiar o vecino generan espacios de salud que hay que valorar. Este fenómeno cotidiano no depende de una habilitación técnica o profesional, se basa en posibilidades propias de las personas. La función de los técnicos es procurar apoyar al individuo para que pueda retornar a su circulación social habitual, único lugar donde se producen los verdaderos fenómenos del enfermar o curar. Se intenta de este modo rescatar las capacidades fundamentales de las personas, sus energías y talentos.

- Cambio en el concepto de crisis y en el modo de operarla:

Entendiendo a la crisis como “una falta o modificación brusca de los aportes o suministros físicos, psicológicos o culturales necesarios para vivir”. Considerando que los modos de abordarla son: Por un lado, trabajando en el lugar o espacio físico donde el individuo transcurre su vida en forma habitual, ya que es allí donde la crisis tiene sentido y donde pueden encontrarse los

³⁸ Caplan, G. (1964/1985). Opt. Cit. Pág. 34

³⁹ Cohen, H. (1994) El proceso de desmanicomialización en Río Negro. En O. Saidon y P. Tianovsky (Comp.), *Políticas en salud Mental* (pp. 87-103) Lugar editorial. Bs. As.

recursos de salud que posibiliten su recuperación. Y por otro lado, planear la estrategia terapéutica adecuada, estableciendo los suministros y aportes necesarios para el momento vital por el que el individuo está atravesando. Por ejemplo una actividad creativa puede ser tan útil en ese momento como un psicofármaco, etc.

- Socialización de los conocimientos:

Apunta a un pasaje de las prácticas sometedoras a otras que permitan a las personas de una comunidad reconocer su propio saber. El técnico debe fomentar la autonomía, en lugar de generar vínculos de dependencia. Se parte de la concepción de que dar información clara a la familia y al sufriente, se transforma en un recurso terapéutico de primer orden.

- Procurar los derechos y necesidades de las personas:

Este supuesto implica devolverle los derechos civiles a los pacientes para reconstruir a la persona en sujeto. Implica la realización de todo tipo de gestiones que ayuden a la persona con sufrimiento mental a recuperar su autonomía. Por lo tanto la concepción de ser humano que se sostiene busca un enfoque integrador, resaltando su carácter de ser social.

Cohen, además subraya que: *“El rescate de las habilidades y las potenciación de las capacidades es el eje de toda estrategia terapéutica para toda persona en cualquier momento de su vida”*.⁴⁰

1.3. Aportes de la Psicología Social en Argentina:

También con su voluntad reformista, Pichón Rivière fue quien inició los primeros desarrollos de aplicación del psicoanálisis a la psicología social y quien impulsó las propuestas de reformar el manicomio, de humanizar este nosocomio de tortura. Pichón ya en ese momento hablaba de “operadores sociales”, instrumentados para influir en la comunidad, para prevenir la

⁴⁰ Cohen, H. (1994). Op. Cit. Pág. 91

enfermedad. Las bases para el desarrollo de la psicología social se originan en su praxis, a partir de los grupos operativos para enfermeros que organiza en el Hospicio de las Mercedes (hoy hospital Borda).

Según Pichón, la mayor dificultad de la psiquiatría Argentina (aplicable a cualquier país latinoamericano) era su falta de movilidad y dinamismo, con excepción del trabajo de quienes intentan producir un cambio y son expulsados (como le sucedió a él en el Hospicios de las Mercedes).⁴¹ Analiza y trabaja sobre la “desesperada situación” de los internados, instando a colegas a tomar todo aquello que sea capaz de producir un cambio, provenga de cualquiera de las ciencias o el arte, sin desechar los aportes de la cultura popular. Pichón afirma que la política sanitaria no puede ser independiente de la educativa y de la económica. Por eso prevé un futuro donde se pueda alcanzar una transformación de la asistencia intramural de los hospicios, hacia una asistencia en la comunidad. Es del pensamiento de Pichon Riviere, del que hemos obtenido el marco de referencia para el trabajo comunitario.

Bleger señala el camino de los psicólogos como “agentes de cambio social” y de la necesidad de que incluyan dentro de las tareas comunitarias y preventivas; el psicólogo no debe esperar que la gente enferme para intervenir. Siguiendo los principios encaminados por Riviere, afirma que la prevención se traslade de la enfermedad a la salud y con ello a la atención de la vida cotidiana de los seres humanos.

⁴¹ Videla, M. (1998). Op. Cit.

2: CONCEPTO DE SALUD DESDE UNA MIRADA SOCIAL

Hablar de salud, nos lleva inevitablemente a tener en cuenta muchos aspectos, ya que no podemos definir la salud solamente desde una sola perspectiva, porque de ser así quedaría incompleta nuestra definición.

Tomaremos de guía la definición de la OMS, citada en la conferencia internacional de Atención Primaria de la Salud, la cual expresa lo siguiente:

La Salud es un completo bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad⁴²

Analizaremos tal definición:

Podemos destacar que en dicha definición, se descarta como único motivo lo físico, para incorporar en la definición los aspectos mentales y sociales. Demostrando de este modo que su abandono de una concepción puramente biológica y médica.

Además se puede vislumbrar que el concepto de salud, no está definido por su contrapartida la enfermedad, como si fuera una consecuencia, sino que habla de la salud como un “estado” que se puede lograr por medio de otros factores en juego.

Cuando hablamos de lograr un “estado de salud”, no nos referimos a un aumento de servicios sanitarios para que las personas puedan ser atendidas, sino que hablamos de las causas y factores que influyen, para que las personas se sientan saludables.

Por lo cual esto nos lleva a pensar en: calidad de vida, satisfacción personal, respeto por los derechos humanos, alimentación adecuada, higiene, agua potable, vivienda sana, planificación familiar, posibilidades laborales,

⁴² Organización Mundial de la Salud. (1978). Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Alma-Ata. En *Salud Pública Educ. Salud*. (pp.22-24) p. 22

posibilidades educativas y un sin número de otros factores que van a llevar a lograr un nivel de vida, que permita el goce de la salud.

Por lo tanto, la realización de un “estado de completo bienestar” va a requerir la incorporación de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector de la salud.

Así como cita el Dr. Ramón Carrillo:

La salud no constituye un fin en sí mismo, para el individuo ni para la sociedad, sino una condición de vida plena, y no se puede vivir plenamente si el trabajo es una carga, si la casa es una cueva y si la salud es una prestación más del trabajador.⁴³

Ahora bien, siguiendo con nuestro análisis, en cuanto al “completo bienestar social”, que dicha definición menciona, podemos decir que es bastante aceptado por los textos de temas sobre salud, que la pertenencia a la red social es una forma de protección sanitaria. Es decir: Un sujeto que se siente en “pertenencia a” su propia red social constituida por diferentes grupos (amigos, parientes, compañeros, vecinos, etc.), está menos expuesto a la posibilidad de enfermar. Las personas con menor interacción social, poseen menos soporte social y son víctimas fáciles de cualquier estrés que le haga perder su homeostasis.

Los indicadores de salud muestran a claras que los individuos menos favorecidos socialmente, están más expuestos a enfermar y en tanto las sociedades posean más dañado su tejido social que genera la pertenencia y la solidaridad, más sujetas están a ser cuna de patologías diversas (esterilidad, patologías psicosomáticas, delincuencia, violencia, etc.).⁴⁴

Es por esto que consideramos, que el factor “educación” es una de las prioridades, para favorecer y alentar la interacción social, considerándolo el factor protector principal que puede ayudar a la vida saludable.

Mirta Videla dice que la salud y la enfermedad tienen significados individuales y sociales que varían de acuerdo a la esencia misma de cada

⁴³ Carrillo, R. (1951). Teoría del Hospital. Bs.As.: Eudeba. Pág. 9

⁴⁴ Videla M. (1998). Op. Cit. Pág. 24

cultura, y se reflejan en sus creencias más hondas, en sus primarias bases religiosas, filosóficas y sociales. Es por ello que las definiciones tanto de “salud” como de “enfermedad” deben ser consideradas a la luz del “contexto” de los hechos de cada cultura⁴⁵.

Ya vimos en la 1º parte de esta tesina sobre el recorrido histórico de los manicomios cómo el concepto de locura, según el contexto histórico y las creencias, atravesaba diferentes significaciones: “Diabólica” para los Sacerdotes, “divina” para los árabes, “peligrosa” para las autoridades y “una consecuencia social” para los antipsiquiatras.

Desde concepciones puramente religiosas y espirituales, pasando por concepciones biológicas, hasta llegar a concepciones que tomaban en cuenta la influencia social, fueron reflejándose con el pasar de los tiempos, las prácticas llevadas a cabo según correspondiera.

Llegando de esta forma a impregnar diferentes creencias de tal envergadura que hoy en día todavía siguen influyendo con respecto a la enfermedad mental. Podemos nombrar así la cantidad de prejuicios que la sociedad vuelca sobre la enfermedad en general y sobre el enfermo mental en particular. Como puede ser por ejemplo: la peligrosidad, la violencia, la anormalidad, que se le adjudican a la persona enferma, creando un mito del cual surgen respuestas sociales ante tales concepciones: como el encierro, el castigo y la discriminación.

Pichón Riviere había adelantado algo al respecto de esto, considerando al enfermo mental como “portavoz” de la ansiedad y el conflicto del grupo inmediato.

Pichón Riviere define al enfermo mental como:

El paciente denuncia, es el alcahuete de la subestructura de la cual él se ha hecho cargo. Se emplean entonces técnicas de segregación o marginalidad (internación) en donde el psiquiatra asume el rol no explícito de resistencia al cambio, a favor de la cronicidad del paciente ⁴⁶.

⁴⁵ Videla, M. (1998) Op. Cit.

⁴⁶ Riviere P (1997) Citado en Videla, M. (1998). Pág. 145

El enfermo mental, entonces, es el símbolo y depositario del aquí y ahora de la estructura social. Curarlo es transformarle o adjudicarle un nuevo rol, el de agente de cambio social.

Es sin duda la comunidad quien define en su seno las formas de enfermar. Pero también y al mismo tiempo es quien contiene las formas de curar. Prevenir será ayudar a recuperar lo que esta contenido en ellas.

3: CONCEPTO DE DISCAPACIDAD DESDE UNA MIRADA SOCIAL

Ya dijimos, cuando se nombró la declaración de Caracas, que “las enfermedades mentales son responsables de una parte muy significativa de la carga global de las enfermedades y ocupan un lugar destacado entre las primeras causas de discapacidad”.⁴⁷

Si bien una persona que tuvo una crisis o un derrumbe en su salud mental, que la lleva a un sufrimiento mental posterior, no es una persona que nació con una discapacidad, podríamos considerar sin embargo que tuvo un episodio crítico que la discapacita temporariamente y en el que tiene dificultades especiales para lograr la satisfacción de sus necesidades humanas ordinarias posteriores.

Es por ello que podríamos equiparar que el sufrimiento mental, conlleva a una discapacidad mental. Por la cual la persona necesita rehabilitar aquellos aspectos sanos que conserva, para poder volver a desenvolverse sola.

Tal es así, que podríamos definir la “enfermedad” como, el no poder llegar a ese completo bienestar que definía la OMS. No llegar al “completo bienestar” puede suceder por múltiples motivos como ya vimos: físicos, psicológicos y sociales. Muchas veces no solo le llamamos enfermedad, sino también la llamamos discapacidad, minusvalía, déficit, retrasados, inválidos,

⁴⁷ Levav, I. y González, R. (2007). Op.cit. Pág. 24

locos, etc. En lo que aquí nos importa, nos avocaremos exclusivamente a la **discapacidad mental**.

La legislación Argentina, en su Ley nº 22.431 “Ley de Protección Integral del Discapacitado”, considera:

“Discapacitada” a toda persona que padece una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental que en relación con su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educativa y laboral.⁴⁸

Actualmente la expresión “persona discapacitada” es la más usada en la bibliografía nacional. Como denominación general y a los efectos de la difusión y concientización es tal vez la más adecuada y abarcativa en tanto que: “designa a la persona que posee, en más o en menos, una capacidad distinta de la común, y pone de manifiesto la posibilidad de desarrollar otras capacidades”.⁴⁹

Por lo tanto a partir de esta definición, podemos vislumbrar que la discapacidad no solo puede ser definida desde sus carencias, sino que podemos posicionarnos desde otro lugar y ver qué otras capacidades existen, valorando los aspectos positivos y sanos de las personas.

Ahora bien, al igual que planteamos la salud como determinada por factores sociales, lo mismo sucede con la discapacidad. Ya que no es solo un problema del individuo. Si solo nos basamos en su readaptación, solo estamos viendo una parte del problema. Dejando de lado la otra parte que tiene que ver con las posibilidades que la sociedad ofrece.

Todo hombre (con discapacidades o sin ellas) es una persona social, que forma parte de una sociedad y participa de una cultura sobre la que influye y por la que es influido. Liliana Pantano dice:

Hablar de “discapacidad” en un sentido general, es hacer referencia a posibilidades limitadas de desarrollo humano. Y esa limitación no

⁴⁸ Ley 22.431(1981). Ley de Protección Integral del Discapacitado. Citada en Pantano, L. (1998). *La discapacidad como Problema Social* (2º ed.). Bs. As.: Eudeba. pág.50

⁴⁹ Pantano, L. (1998). Op. Cit. Pág. 52

esta dada exclusivamente por las carencias (físicas, mentales o de otro tipo) de quien esta impedido, sino también por la misma comunidad a la que pertenece, en tanto y en cuanto no siempre ofrece medios alternativos de superación y/o promoción.⁵⁰

Así planteado puede advertirse que la discapacidad es un PROBLEMA SOCIAL. Y que por lo tanto el proceso rehabilitador no se agota en la práctica médica. Al respecto de esto podríamos decir una frase de Eisenberg, que expresa claramente lo que queremos decir:

“Reducir el abordaje y estudio de la discapacidad a terapia ocupacional y rehabilitación medica... es como confundir el problema de la mujer en la sociedad con la ginecología; o encarar el problema del racismo desde dermatología...”⁵¹

Según Verdugo Alonso⁵² las concepciones sobre discapacidad han ido evolucionando a través del tiempo, desde perspectivas centradas en el individuo hacia una perspectiva centrada en el ambiente, y desde una perspectiva centrada en los servicios hacia otra centrada en las personas. Puede sintetizarse esta evolución histórica en tres etapas:

Modelo tradicional:

Se refiere a la actitud mantenida de manera tradicional por la sociedad, que asigna un papel de marginación orgánico-funcional y social a las personas con discapacidad, porque las ubica en un sitio marcado, en un puesto asignado entre los atípicos y los pobres con el denominador común de la dependencia y el sometimiento.

Paradigma de la Rehabilitación:

Centra el problema en el individuo, en sus deficiencias y dificultades. Por ello se precisa su rehabilitación (física, psíquica o sensorial) mediante la

⁵⁰ Pantano, L. (1998). Op. Cit. Pág. 15

⁵¹ Eisenberg, M. (1982). Citado en Coriat, S. (2003). *Lo Urbano y lo Humano*. Bs. As.: Ed. Universidad de Palermo. Pág. 23

⁵² Verdugo Alonso, M. A. (1998). *Normalización, Integración y calidad de vida*. Apuntes de la Universidad de Salamanca.

intervención profesional de diferentes especialistas que mantienen el control del proceso de rehabilitación. Los resultados de este proceso se miden por el grado de destrezas funcionales logradas o recuperadas y por la ubicación en un empleo remunerado. Si bien el paradigma de la rehabilitación, supone la superación del modelo tradicional, sigue arrojando algunos problemas relativos al peso omnipotente que tiene el profesional, quien controla el proceso de rehabilitación y relega a la persona con discapacidad al rol de cliente o paciente. Aun hoy existen prácticas que se basan en esta ideología.

Paradigma de la autonomía personal o vida independiente:

Sitúa el problema no en el individuo sino en el ambiente que incluye no solo el proceso de rehabilitación sino también el ambiente físico y mecanismos de control social en la sociedad en general. Uno de los énfasis fundamentales de este paradigma, consiste en la autodeterminación de las personas para decidir su propio proceso de rehabilitación y se persigue como meta prioritaria la superación de las barreras físicas y sociales del entorno que les rodea. Desde esta perspectiva el núcleo del problema no reside en la deficiencia o en la falta de destreza, sino en la situación de dependencia ante los demás.

Existe la necesidad urgente de superar las concepciones medico-organicistas, hacia perspectivas que tengan en cuenta la participación de los propios usuarios en su proceso de rehabilitación. Esto permitirá un mejor tratamiento de las consecuencias psicológicas y sociales de la discapacidad favoreciendo la inserción profesional y comunitaria.

Tales cambios en las concepciones sobre la discapacidad son posibles a través de la modificación en los roles desempeñados por los profesionales. Proponiendo una transformación en la finalidad y en los procedimientos de actuación, de los programas y servicios de rehabilitación y habilitación.⁵³ Es en esta última donde ubicamos a la educación como herramienta para tal fin.

⁵³ Verdugo Alonso, M. A. (1998). Op. Cit.

Esto implica que los servicios trabajen para que las personas con discapacidad sean cada vez más autónomas y obliga a que se considere a estas personas elementos activos en su propio proceso de rehabilitación.

Liliana Pantano sugiere que el objetivo direccional y el propósito, que debe orientar toda acción en materia de discapacidad, abarca todas aquellas posibilidades de igualar las oportunidades de desarrollo personal, de aquellos que tienen una capacidad en más o en menos diferente del resto de la población. Siendo el resultado de esta deseada equiparación la denominada: **“Normalización, Rehabilitación e Integración”**⁵⁴.

Analizaremos a continuación, estos tres propósitos a seguir: En cuanto a “Normalización”, cabe aquí hacer una acepción del término. Ya que ha sido muchas veces utilizado en el ámbito de la integración de manera ambigua, creándonos confusión.

Hablar de “normalización” con respecto al problema de la discapacidad, puede tener dos significaciones diferentes y contrapuestas. En lo que aquí respecta, no queremos referirnos a “normalización” en el sentido de hacer todos los esfuerzos posibles porque sea el “discapacitado” el que se recupere y se adapte a una “normalidad” (que no es más que supuesta), intentando igualar a todas las personas. Pensar así, conllevaría a estar posicionados en una lógica que habla de que nosotros somos los normales y ellos los anormales. Y que por lo tanto hay que “normalizarlos” lo más posible para que se involucren con nosotros.

Esta concepción no sólo, delata un posicionamiento etnocéntrico, donde los otros son definidos en más o en menos, en comparación con un modelo supuestamente “normal”. Sino que además pertenece a viejos paradigmas donde la “Normalidad- Anormalidad” es definida como polos antagónicos, absolutos y cargados de un fuerte carácter reduccionista.

La “Normalización” de la que nosotros hablamos, tiene que ver con todo lo contrario. Se trata justamente de superar el binomio “Normalidad/Anormalidad”, y apunta, a que todas las personas tienen el derecho de que se les brinden, las formas y condiciones de vida, tan cercanas

⁵⁴ Pantano, L. (1998). Op. Cit

como fuera posible, a las circunstancias de vida normal de la sociedad a la que pertenecen.

La esencia de la normalización no reside en un programa determinado de tratamiento, sino en proporcionar a las personas devaluadas socialmente la dignidad completa que les corresponde por derecho propio. Esto implica la puesta en marcha de muchas actividades más allá de las tareas concretas de la rehabilitación física, sensorial o cognitiva de un individuo.⁵⁵

El concepto de calidad de vida, se puede considerar una extensión lógica del concepto de normalización. La calidad de vida pone su énfasis no solo en el empleo o entrenamiento profesional sino también en actividades sociales e interpersonales, educativas y de ocio.

Ahora bien, continuando con el siguiente propósito, en cuanto a acciones en materia de discapacidad, nombramos a la “**Rehabilitación**”. De manera general, hace referencia a un proceso mediante el cual el individuo afectado pueda desempeñarse a pesar de su discapacidad.

En nuestro país la Dirección Nacional de Rehabilitación define:

La aplicación coordinada de un conjunto de medidas, sociales, educativas y profesionales, para preparar o readaptar al individuo con el objeto de que alcance la mayor proporción posible de capacidad funcional, tendiendo al logro de su máxima autonomía, a los efectos de posibilitar su plena integración a la sociedad.⁵⁶

Es por eso que Pantano concluye: “La rehabilitación, mas que una definición, constituye toda una posición tomada, una ética frente al problema de la discapacidad”⁵⁷.

Un aporte importante lo hace J. Cibeira, (medico argentino) quien define a la Rehabilitación como “filosofía”, agregando que depende fundamentalmente de la educación de la comunidad. “Es necesario persuadir (...) que esta filosofía de recuperarse no es “curar”, sino mejorarse al máximo de sus posibilidades, enseñando al paciente a vivir con su propia incapacidad”⁵⁸.

⁵⁵ Verdugo Alonso, M. A. (1998). Op. Cit. Pág. 4

⁵⁶ Argentina, Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente, Dirección Nacional de Rehabilitación. *Subprogramas que integran el programa de Rehabilitación*. En Pantano, L. (1998). Op. Cit. Pág. 116

⁵⁷ Pantano, L. (1998). Op. Cit. Pág. 116

⁵⁸ Cibeira, J. (1965). Citado en Pantano, L. (1998) Op. Cit. Pág. 116

Además, Morgas (sociólogo español), agrega al respecto que:

La rehabilitación no constituye solamente un conjunto de técnicas medicas, psicológicas o educativas, sino toda una ideología que permitan el desarrollo máximo de toda persona afligida por cualquier limitación. Esta ideología se traduce en una serie de acciones (...) que fundamentan el considerar a la rehabilitación como uno de los más importantes procesos sociales que toda sociedad esta experimentando...⁵⁹.

Por lo tanto así entendida, la rehabilitación tiene alcances que van más allá de los intentos de recuperación funcional, reconociendo como sujeto principal a la “persona”.

En lo que respecta a la “**Integración**”, como ya vimos, las posibilidades están definidas culturalmente y su concreción no depende únicamente del individuo, sino de las alternativas que la comunidad plantea.

Birou, A. define a la Integración como: “el conjunto de los fenómenos de interacción que provocan una acomodación y un ajuste reciproco, y que llevan así a cada miembro a una conciencia de su identificación con el grupo”⁶⁰ La integración, conlleva la posibilidad de participación y a su vez esta la facilita y refuerza. Es un proceso dinámico, continuo y dialéctico. Por lo tanto, podemos asegurar que son 2 los aspectos facilitan la integración a la comunidad:

- Por una parte, dado por la persona discapacitada: el desarrollo de sus otras capacidades, superando sus carencias con el rescate de sus potencialidades. (rehabilitación)
- Por otra parte, dado por la permeabilidad de la sociedad para incorporar a aquellos que se alejan de “prototipo” esperado. (participación).

Concluimos afirmando que: la falta de rehabilitación y la existencia de barreras sociales y arquitectónicas, obstaculizan la participación de las personas con discapacidad, impidiendo su plena integración.

⁵⁹ Morgas, R. (1974) Citado en Pantano (1998) Op. Cit. Pág.. 116-117

⁶⁰ Burou, A. (1975), citado en Pantano.Pág. 118-119

Agregamos a estos obstáculos, las barreras culturales e ideológicas que existen y que por lo general son las mas difíciles de romper. Es por ello que la “integración” supone una gran toma de conciencia por parte de la comunidad, atañe a todos los individuos en forma general, pero mas comprometidamente en el caso de quienes tienen participación concreta en el proceso de rehabilitación. (Médicos, psicólogos, docentes, políticos)

Conocer y comprender las diferencias en las capacidades de las personas, es la base de su aceptación, por ello es necesario trabajar por que la misma sociedad reconozca el derecho a ser diferente.

3º PARTE: LA EDUCACIÓN

1: LA EDUCACIÓN: UNA FORMA DE INTEGRACIÓN

Ocuparse de la discapacidad es más que ocuparse de las personas con discapacidad: es ocuparse de los hombres y de sus creaciones materiales y culturales y del estado de bienestar. Es prevenir, es rehabilitar, es equiparar oportunidades en todas y cada una de las áreas del quehacer humano⁶¹.

Lograr la equiparación de oportunidades, el reconocimiento y la eliminación de barreras que conducen a la exclusión, supone, para las personas con discapacidad, beneficiarse con medidas que garanticen su independencia, su integración y su participación en la vida social.

Para ello es necesario atender a dos medidas: una, “el cambio de actitudes” y otra, los “servicios que promuevan una vida independiente”, es decir aquello que refuerce la capacidad de la persona con discapacidad y su derecho a vivir según sus propias elecciones⁶².

Elegir supone contar con alternativas, una de ellas es la posibilidad de EDUCACIÓN. El rol que tiene la escuela en el logro de la calidad de vida, en todas las personas pero sobre todo en las personas con alguna discapacidad, es indiscutible. La educación es de este modo un factor protector y productor de calidad de vida. Ya en 1988, la UNESCO había reconocido que: *“la educación integrada y la rehabilitación con base en la comunidad eran dos estrategias complementarias y económicamente eficaces para conseguir una educación y formación reales para las personas con discapacidad”*.⁶³

Ahora bien, una educación para todos se torna inviable si no se modifica la mirada de muchas instituciones que parten de posicionarse en el paradigma del déficit y la segregación.

⁶¹ Pantano, L.(¿) Citada en Parés, B. (2003). Op. Cit. Pág. 5

⁶² Parés, B (2003). Op. Cit.

⁶³ Parés, B. (2003). Op. Cit. Pág.18

2: HISTORIA DE LA EDUCACIÓN ARGENTINA

2.1. La Educación Tradicional:

“Los locos y los niños dicen la verdad...
A los locos se los encierra y a los niños se los educa...”⁶⁴

Las prácticas escolares desde mediados del siglo XIX y hacia las primeras décadas del siglo XX en la Argentina se desarrollan en acciones orientadas a la construcción de un Estado Nación, tanto en el plano de la organización política como civil. La educación primaria se constituiría en uno de los elementos principales del proyecto de país.⁶⁵

En 1884 aparece la 1º ley de “Educación Común” (Ley 1.420), que unifica a los ciudadanos, cobrando fuerza la necesidad de impartir una educación obligatoria, gradual y gratuita a la sociedad Argentina. Dicha ley tenía como objetivo fundamental la homogeneización del pensamiento y los saberes del pueblo. El crisol de razas debía ser unificado.

El problema a resolver por medio de la educación, era la diversidad de tradiciones culturales que constituían la sociedad Argentina. En este marco la implementación de fechas y signos patrios adquirirían gran importancia para ofrecer a estos nuevos ciudadanos una identidad propia.

En esta etapa la educación se sostiene en una concepción higienista, de moralización de la sociedad, apuntando a los buenos usos y costumbres de la época. El discurso pedagógico tradicional era positivista y normalizador, caracterizado por un fuerte rol de la figura docente sobre la organización y desarrollo de la actividad escolar. Además el estado se basaba en una política

⁶⁴ Cutuli, A. (Directora). (2005). Comunidad de Locos [Documental audiovisual]. Argentina.

⁶⁵ Scavino, C. (2004). Hacia un análisis de las relaciones entre psicología y educación desde la historia de la psicología. En N. Elichiry (Comp.), *Aprendizajes Escolares* (pp. 101-113). Bs.AS.: Manantial.

asistencialista que buscaba por todos los medios sostener un orden social que garantizara la reproducción de clases.

En el plano disciplinario para entonces, toda técnica para el control de masas era bien recibida en el ámbito educativo a la hora de lograr el control sobre el alumnado.

El discurso pedagógico positivista, hacía de la escuela un espacio para la selección de la población. La escuela y el docente pasarían a integrar los dispositivos de individuación del Estado, con el fin de que toda desviación debía ser curada, reeducada o reprimida. No promovía la autonomía del niño, pero si su control y supervisión para constituirlo en el hombre del futuro.

Por lo tanto, en todos los Estados Modernos, el sistema escolar se constituyó con una clara vocación homogeneizadora (componente central del poder disciplinario). La inculcación de un conjunto básico de significaciones comunes se convirtió en un factor de integración nacional, que sería la vía regia para alcanzar la igualdad y la universalidad. Para ello la institución se propuso combatir los particularismos y reducir las diversidades socioculturales, que en ese momento se creyó necesario, e incluso progresista.

2.2. Comienzos de la división entre Educación Común y Especial:

Los problemas que debían enfrentar las escuelas, se relacionaban con una educación disciplinaria vinculada al control y promoción de una identidad nacional, pero además consideraban que debían empezar a ocuparse también de las posibilidades de adaptación que los niños eran capaces de realizar en un espacio “natural” como lo era la escuela.

“La tarea de la educación era desarrollar al máximo la potencialidad ya determinada... La pedagogía no solo perfeccionaba lo dado sino que también era correctiva de las tendencias naturales”⁶⁶.

⁶⁶ Dussel, I. (1997). Citado en Scavino, C. (2004). Op. Cit. Pág. 106

Para ello fue necesario tomar de otras disciplinas, herramientas que ayudaran a este objetivo. El “saber hacer” sobre los niños vendría de la mano de los discursos científicos de la época.

En el periodo de 1930 y 1950, comienzan a aparecer discursos provenientes del campo medico-psiquiátrico que intentaran responder y orientar al docente en los modos de conducción de los niños en la escuela. Así, la escuela pasa a ser un espacio de detección de patologías, de evaluación de las capacidades de adaptación de los niños y, como un espacio que vela por el desarrollo integral de la personalidad y lo orienta para su desarrollo futuro⁶⁷.

Una gran influencia en la escuela, que afinaba cada vez mas las formas de “administrar” las diferencias entre los niños, fue la psicología experimental. Siendo una herramienta de gran utilidad, ya que brindaba instrumentos e investigaciones como aportes, para ordenar la población infantil según parámetros de normalidad-anormalidad, rendimiento escolar, aptitudes, etc. Esto produjo un periodo cualitativamente distinto en educación, ya que aparecieron las primeras pruebas psicométricas, en las que se podía apreciar la capacidad intelectual de los niños.

Una vez abierto el camino de la medición intelectual, surgió el concepto de “Coeficiente Intelectual” (CI). Cuya confianza ilimitada en la rigurosidad del CI produjo grandes efectos para la educación, ya que permitió clasificar a las personas con retardo mental en custodiables, entrenables y educables, según fuera el grado de retardo. Los problemas escolares quedaron adheridos a la única explicación de “retraso mental”, sin tener en cuenta que se podía deber también a otros factores.

El rechazo al concepto pluricausal de retardo pedagógico (...) es quizás el origen del malentendido en que cayeron la educación común y la especial durante tanto tiempo. Malentendido que no hace mucho comienza a despejarse y que ha traído aparejado un alto grado de injusticia y marginación para quienes no aprenden como lo espera la escuela⁶⁸.

⁶⁷ Scavino, C. (2004). Op. Cit

⁶⁸ Lus, M. A. (1995). *De la Integración Escolar a la Escuela Integradora*. Bs. As.: Paidós. Pág. 21

El culto al CI condujo a muchas instituciones, profesionales y docentes, a diversificar la oferta educativa, según el pronóstico del alumno. La condición de sujetos “deficientes”, que arrojaba el resultado de los test, determinaba el destino educativo de los niños. Así es como empiezan a aparecer las primeras escuelas destinadas a la educación especial, segregadas de la escuela común. El CI reforzó aún más la aspiración que ya tenía a escuela, a trabajar con grupos homogéneos y, lo que es peor aún, fue durante mucho tiempo el argumento explícito, hoy todavía muchas veces subyacente, para derivar a los niños hacia circuitos paralelos (especiales) de educación.

Esta división, terminó generando un gran desorden en las instituciones, ya que algunas escuelas aceptaban chicos “anormales” y otras los rechazaban. Como consecuencia de estas prácticas, el ministro de educación Estanislao Maldones en 1946 en la Provincia de Bs. As. crea un departamento, dentro de la Dirección General de Escuelas, para el tratamiento de niños “especiales”, donde reúne todo lo que entiende por “problemas emocionales”. Generando diferentes tipos de escuelas: escuelas especiales, escuelas de cárceles, de sordomudos, Down, etc. Es así que, la gran expansión de la educación especial en la Argentina se desarrolla en la década del 50, sobre la convicción de que a niños diferentes les convenían ámbitos escolares diferentes⁶⁹. Estos espacios garantizaban un mayor cuidado y se caracterizaban por:

- Tener una menor cantidad de niños por maestro lo cual favorecía la individualización de la enseñanza,
- Trabajar intensivamente con equipos multidisciplinares formados según el tipo de problemas de los niños,
- Usar una didáctica especial para cada categoría de discapacidad.

Esto refleja que la educación especial, aun en la actualidad, está basada en el déficit, concepto que abarca problemas de orden biológico, psicológico o social. Además este enfoque considera el problema como propio del individuo,

⁶⁹ Lus, M. A. (1995). Op. Cit.

por lo que es éste el que tiene que modificarse para adaptarse al planteo del sistema.

Como sostiene Skrtic: *“Los alumnos con necesidades educativas especiales son el fruto del currículum tradicional, de la forma de organizar las escuelas y la enseñanza bajo el mito de la “homogenización”*.”⁷⁰

2.3. Se Resquebraja la hegemonía Psicométrica:

Desde distintos lugares geográficos, y también desde distintos encuadres científicos y metodológicos, autores como Piaget, Inhelder, Rene Zazzo, Vigotsky y otros, contribuyeron a gestar opiniones contrarias al mito de la cuantificación. Un ejemplo de ello es Vigotsky (1986) quien expresa lo siguiente sobre la educación especial:

La concepción puramente cuantitativa (...) determina el grado de la insuficiencia intelectual pero no caracteriza el déficit y la estructura interna de la personalidad que lo determina. (...) El niño con déficit no es un niño menos desarrollado que sus pares normales, es un niño que se desarrolla de manera diferente. (...) La ciencia debe demostrar la ley de la variedad de los desarrollos. (...) En el campo de las funciones psicológicas la insuficiencia de una capacidad puede ser compensada total o parcialmente por el mayor desarrollo de otra.⁷¹

Con el correr de los tiempos muchas investigaciones han demostrado que el CI sufre variaciones durante el desarrollo de un niño y que el ambiente incide de manera importante en esa variación. Aumentándolo o disminuyéndolo según el grado de estimulación. Esto significó un gran avance en la educación, ya que se empezó a valorizar la acción exógena planificada, sin limitarse, como hasta entonces, a la sola constatación del déficit. Por este motivo, puede verse las limitaciones que acarrea una educación basada en la confianza total

⁷⁰ Skrtic (1991) citado en Lus, M. A. (1995). Op. Cit. Pág. 35

⁷¹ Vigotsky, (1986). Citado en Lus, M.A. (1995). Op. Cit. Pág. 27-28.

del CI, así como también los pocos beneficios que ofrece una educación especial segregada.

M. Angélica Lus (1995), afirma con respecto a esto que:

Lo que debe modificarse necesariamente es el medio para facilitar que las personas con necesidades especiales puedan desarrollar su vida de la manera más normal posible. La escuela forma parte del medio y constituye el centro en el que naturalmente pasan los años de infancia y adolescencia la mayoría de los jóvenes. Por eso la “integración” escolar representa la estrategia mas importante para cumplir con la normalización de las personas con necesidades educativas especiales durante su edad de desarrollo.”⁷²

Fue así que la década del 70 trajo cambios saludables, logrando una creciente despatologización de la educación especial. En los cuales entre sus beneficios podemos nombrar:

- Preocupación educativa
- Pone de manifiesto que nos encontramos frente a un concepto fundamentalmente relativo. (el CI no es absoluto)
- Pone de manifiesto que la causa de las dificultades de aprendizaje de estos alumnos tiene un origen interactivo.

Además en este periodo, se manifestó una alta responsabilidad por las consecuencias políticas y éticas que derivan de una falsa rotulación. Se produjeron importantes trabajos sobre la “etiquetación” y sus efectos. También durante este periodo recrudesció y tomo nuevas formas la vieja polémica: integración versus segregación. Que años más tarde será discutida en diferentes partes del mundo.

Durante este periodo, “se observo como paulatinamente comenzaron a silenciarse las voces que sostenían de manera manifiesta los beneficios de mantener una educación especial segregada”.⁷³

⁷² Lus, M. A. (1995). Op. Cit. Pág. 31.

⁷³ Lus, M. A. (1995). Op. Cit. Pág. 33

En Argentina, en el año 1993, se sanciona la Ley Federal de Educación N° 24.195, dividido en dos subsistemas: por una parte la educación común y por la otra, los regímenes especiales.

Detallaremos a continuación algunos artículos de dicha ley⁷⁴ que nos interesa analizar:

Artículo 10º - La estructura del Sistema Educativo, que será implementada en forma gradual y progresiva, estará integrada por:

1. Educación inicial,
2. Educación General Básica, obligatoria, de 9 Años de duración
3. Educación Polimodal, después del cumplimiento de la Educación General Básica, impartida por instituciones específicas de tres Años de duración como mínimo.
4. Educación Superior, Profesional y Académica de Grado, luego de cumplida la Educación Polimodal su duración será determinada por las Instituciones Universitarias y no Universitarias, según corresponda.

Artículo 11º - El Sistema Educativo comprende, también, otros regímenes especiales que tienen por finalidad atender las necesidades que no pudieran ser satisfechas por la Estructura Básica, y que exijan ofertas específicas diferenciadas en función de las particularidades o necesidades del educando.

Englobando en el Capítulo VII los Regímenes Especiales que incluyen a:

- Educación especial, la educación de adultos, la educación artística y otros regimenes.

Artículo 28º - Los objetivos de la Educación Especial son:

- a) Garantizar la atención de las personas con estas necesidades educativas desde el momento de su detección. Este servicio se prestara en Centros o Escuelas de Educación Especial.

⁷⁴ Ley N° 24.195 (1993). Ley Federal de Educación.

b) Brindar una formación individualizada, normalizadora e integradora, orientada al desarrollo integral de la persona y a una capacitación laboral que le permita su incorporación al mundo del trabajo y la producción.

Artículo 29º - La situación de los alumnos/as atendidos en Centros o Escuelas Especiales será revisada periódicamente por equipos de profesionales, de manera de facilitar, cuando sea posible y de conformidad con ambos padres, la integración a las Unidades Escolares Comunes. En tal caso el proceso educativo estará a cargo del personal especializado que corresponda y se deberán adoptar criterios particulares de currículo, organización escolar, infraestructura y material didáctico.

Como analiza Parés, B., podemos observar en esta ley, la permanencia del pensamiento tradicional, ya que: "...Parte del supuesto del déficit y de la exclusión para pensar la posibilidad de la integración; y aunque teóricamente podría parecer correcto, se convierte en realidad, en un verdadero obstáculo para la integración."⁷⁵

De todas maneras, podemos asegurar que el espíritu de esta ley quiere asegurar que los sujetos con discapacidades aprendan en situaciones equitativas, favoreciendo el desarrollo pleno de sus capacidades, sin discriminación alguna. Pero el hecho está, en que el camino que queda por recorrer, es justamente plasmar en la realidad esta igualdad, es decir efectivizar en la práctica la letra de la ley. Y apuntar a una educación para la diversidad, comprometidos en desarrollar un sistema educativo común y no expulsivo.

Es imprescindible imaginar una nueva organización para el sistema educativo argentino, ya que mientras sigan vigentes administrativamente los dos subsistemas, el común y el especial, se seguirá pensando que hay dos tipos de educación y se seguirá, desde el planteo del déficit, derivando a la educación especial a los alumnos que no pueden responder a las exigencias que plantea el

⁷⁵ Parés, B. (2003). *Educación a las Personas con Discapacidad. Una tarea que se Construye*. Mendoza: Ed. Facultad de Educación Elemental y Especial. Pág. 39

docente, lo que implica no habilitarlos para la vida plena en sociedad”⁷⁶

El nuevo desafío es poder dar respuesta a las diferencias individuales que existen dentro de la escuela y ofrecer nuevas formas de enseñanza. Para ello es necesario que la educación argentina, suelte el lastre de homogenización que lleva desde el comienzo de su historia. Para pasar a una mirada superadora y aceptadora de las heterogeneidad.

Los procesos de integración, requieren de un replanteo profundo de la institución educativa, para que la verdadera integración, no sea una mera “colocación” a un espacio todavía más discriminatorio aun. Además de otras varias transformaciones por parte de la institución educativa, que mas adelante detallaremos, cuando nos focalicemos exclusivamente en la escuela integradora. Si se tiene como objetivo brindar una educación de calidad para todos, es necesario superar la visión, tan arraigada, que existe en las escuelas sobre la atención puesta en el déficit individual y en la metodología de la reeducación, para apuntar al respeto por las diferencias y al desarrollo de las potencialidades.

3: CRITICA A LA ESCUELA TRADICIONAL

El historiador Ignacio Lewkowicz,⁷⁷ realiza en su libro “Pedagogía del Aburrido” una exposición clara sobre lo que sucede en las escuelas de la modernidad. Hace un análisis sobre la crisis que se esta produciendo en la educación actualmente.

⁷⁶ Parés, B. (2003). Op. Cit. Pág. 41

⁷⁷ Lewkowicz, I. (2005). Escuela y ciudadanía. En I. Lewkowicz y C. Corea (Aut), *Pedagogía del aburrido: Escuelas destituidas, familias perplejas* (pp. 19-70). Bs. As.: Paidós.

Dicho autor habla de un “desfondamiento de la institución educativa”, donde la *escuela como institución* ha dejado de funcionar para ser reemplazada por la *escuela como galpón*. Parte de la idea de que la escuela tal como la conocemos, como una institución dadora de sentido, ya no es lo que era, ha perdido el suelo donde se apoyaba, el suelo que era nacional y estatal.

Basado en las ideas de Foucault, Lewkowitz denuncia que el interés por el hombre, el complejo de discursos, saberes, prácticas e instituciones en torno al hombre, propio de la modernidad, constituye un modo de control, de dominio, de poder que tiene que ver con la idea de hacer útiles a los individuos para la sociedad. Y en este sentido la escuela como institución disciplinaria constituyó un pilar importante para tal fin.

Como también lo fueron todas las instituciones propias del paradigma de funcionamiento de los estados nacionales como, la familia, el hospital, la fábrica, etc. que apuntan a la misma función de producir y reproducir subjetividad disciplinaria. Todas estas instituciones se apoyaban en la meta institución: Estado Nación, que les daba sentido.

Las diferentes instituciones tenían entre ellas una relación de analogía, ya que todas tenían un lenguaje común y esto daba la posibilidad de estar en distintas instituciones, bajo las mismas operaciones. Además con ello quedaba asegurado el pasaje del sujeto entre ellas. De la familia a la escuela, de la escuela a la fábrica, etc.

En dichas instituciones se aloja un tipo homogéneo de población (alumnos, obreros, enfermos, etc.) y se los mira, se los controla, se anota la normalidad, se castiga la desviación, se apuesta permanentemente a normalizar a los individuos dentro de ese espacio de encierro. Esta modalidad puede verse claramente en la función de la escuela moderna. Aun con las nuevas técnicas, que apuntan al proceso de aprendizaje y al desarrollo de las capacidades del educando, el examen sigue funcionando como una instancia de control y duplicación de un saber adquirido. La función que la modernidad le

asigno a la escuela fue generar hábitos de disciplinamiento y de normalización de modo tal que su paso por allí genere seres útiles para la sociedad.⁷⁸

Es aquí, con esta primera descripción que realiza Lewcowicz sobre la escuela, donde podemos observar que la función homogenizadora de la educación, ha sido con el correr de los años, un poderoso obstáculo para la incorporación de la diversidad.

La escuela misma en su seno se ha encargado de segregar al diferente, de generar discriminación, de excluir, de señalar, de etiquetar. Roles que serían increíbles de creer, si pensamos que supuestamente la función de la misma es educar para la vida y para ser mejores personas.

Claramente, no existió lugar para las diferencias. Esto nos indica el paradigma en el cual esta inserta la escuela y desde el cual quiere seguir funcionando, pese a todo lo que ello implica. Para empezar a hablar de diversidad, de integración, de inclusión, se van a necesitar grandes esfuerzos y cambios, desde la institución escolar en particular y desde la sociedad en general.

Hoy en día, sin Estado nación que asegure las condiciones de operatividad, la escuela ve alterada su consistencia, su sentido, su campo de implicación, en definitiva su propio ser.

En la crisis actual ya no se trata de alineación y represión como en aquellos tiempos, sino de destitución y fragmentación; ya no se trata de autoritarismo de las autoridades escolares, sino de clima de anomia que impide la producción de algún tipo de ordenamiento. Sin función ni capacidad a priori de adaptarse a la nueva dinámica, las instituciones se transforman en *galpones*.

El aula pasa a ser tomada como una “situación” en la que se ponen reglas (no se suponen), no existen las leyes trascendentes que se rigen de antemano y que valen para todo. Ahora las reglas se ponen en cada situación, es temporaria y se pone para un fin determinado.

⁷⁸ Lewcowicz, I. (2005). Op. Cit.

Ahora bien, Lewcowicz en su otro libro llamado “Del Fragmento a la Situación”, junto a Grupo Doce, continúa con este análisis de las instituciones y aporta una posible solución:

“La tarea subjetiva tendrá que ver con la producción de espacios productores de la subjetividad pertinente para esa situación. (...) la tarea institucional en nuestras condiciones consiste en la producción situacional de subjetividad, en la creación focal de un espacio habitable.⁷⁹

El análisis realizado por Lewcowicz sobre la crisis que esta atravesando la escuela hoy en día, exige la producción de una subjetividad abierta y habitable para todos. Además, consideramos que tal crisis, puede ser, como dice el proverbio chino: “una oportunidad para el cambio”. Será que tal paradigma tradicional ha dejado de dar respuestas, por las cuales se torna necesario cambiar.

Por esto mismo es que creemos que la crisis institucional puede ser una oportunidad para que la escuela comience a replantearse algunas cuestiones, para poder mirar de otra forma, desde otro lugar. A preguntarse por su verdadera función y porque no, a incorporar nuevas ideas. Lo que significaría, poder empezar a hablar de diversidad.

Podríamos extender este análisis que realiza Lewcowicz a todas las instituciones, ya que como vimos el “hospital como institución” también esta implicado en esta crisis. La apertura a nuevas formas de trabajo que involucre más a los sujetos que participan de esta red institucional y la creación de espacios en donde se tenga en cuenta sus necesidades, y donde además se produzca subjetividad, consideramos que también puede ser un aporte o por lo menos la forma de sobrellevar entre todos esta crisis, para que las instituciones no se vuelvan un “galpón”, donde se abandonan a las personas con sufrimiento mental.

⁷⁹ Grupo 12 (2001). (Coord. Cantarelli, M.; Lewkowicz, I). *Del fragmento a la situación. Notas sobre la subjetividad contemporánea*. Buenos Aires, Altamira. Pág. 14

Como ya dijimos, la homogenización educativa, fue el principio fundamental de la escuela moderna, y el componente central del poder disciplinario. Esto sirvió para alcanzar la igualdad y la universalidad en la educación, ya que aseguro la transmisión de un mismo conjunto de saberes a toda la población y contribuyo al logro de la construcción nacional.

Esta manera de llevar a cabo la educación, trajo sus beneficios y también sus dificultades. Hoy en día la realidad nos exige abogar una educación que pueda ser destinada a todos.

Corina Guardiola destaca dos críticas interesantes al sistema educativo tradicional, por parte de dos disciplinas⁸⁰:

- Por un lado, el psicoanálisis dice que el paradigma homogenizador ha exigido por parte de los alumnos un grado de renuncia de las pulsiones muy superior al necesario para vivir en sociedad, dando lugar a inhibiciones y represiones que trajeron como consecuencia la rigidización del súper yo.
- Y por otro lado, la sociología, critica que la homogenización educativa ha interferido en la constitución de identidades socioculturales en tanto ha desalentado el reconocimiento de particularidades propias de las diferentes colectividades.

Atender a la diversidad, no solo radica en el despliegue de estrategias pedagógicas que permitan aprender, en el mismo ámbito, a alumnos que no presentan dificultades y a otros con discapacidades. El desafío es aun mayor, se trata de dar cabida a los diferentes sujetos, asegurando el aprendizaje en todos y cada uno. Esta concepción requiere que dejemos de ubicarnos en el centro, en la norma y que nos veamos diferentes unos de otros (...) Tomar la “diferencia” como relación reciproca, no como atributo de algunos.⁸¹

⁸⁰ Guardiola C. (2004). La homogeneización educativa en tiempos de atención a la diversidad. En C. Guardiola y Otros, *Escuela Sujetos y Aprendizaje* (pp. 55-67). Bs. As.: Ed. Novedades Educativas.

⁸¹ Guardiola, (2004). Op. Cit. Pág. 55-56

Alain Touraine dice: “La igualdad radica en que todos los hombres y mujeres somos diferentes unos de otros”.⁸²

La atención a la diversidad requiere de un pensamiento complejo, capaz de tomar en cuenta simultáneamente diferentes perspectivas y dimensiones de la realidad. Para ello es necesario aceptar contradicciones, tolerar la incertidumbre, reconocer las diferencias dentro de una propia cultura y en el interior de cada sujeto. Esto es valorar el pluralismo.

Una crítica importante, hacia el dispositivo pedagógico, desde una perspectiva psicoanalítica la podemos encontrar en **Roberto Follari**. Quien expresa que: “El psicoanálisis ha sido utilizado en las escuelas para advertir el problema de los alumnos y buscar, (por medio de esta teoría), ofrecerles correcciones, logrando que se adapten a la condición escolar.”⁸³

Follari cuestiona, que en realidad, es necesario advertir, hasta qué punto es la demanda institucional como tal la que debe ser modificada. Y en cuáles aspectos, la adaptación del sujeto, se realiza al precio del abandono del propio deseo inconciente. Y es aquí donde fundamenta que: “Lo que principalmente puede esperarse del psicoanálisis es una reconceptualización del rol institucional y de los procesos en que los sujetos como tales allí están involucrados”.⁸⁴

El psicoanálisis pone en cuestión a la educación en general y en especial a aquella formalizada. Ya que aquel sujeto de la educación, es un sujeto básico de conocimiento, un niño “robot”, un niño al servicio del sistema escolar. El sujeto como “aprendiente” es un recorte, drástico por cierto, que hace la escuela, de lo que él es realmente. No se trata de entender cómo es su conformación psíquica, cómo se favorecerá su bienestar, ni sus relaciones sanas en el vínculo con otro.

Por lo tanto Follari, denuncia que el sujeto de la pedagogía clásica esta recortado, sesgado. Se lo considera sano en el caso que se adecue al modelo

⁸² Touraine, A. (1998) citado en Guardiola (2004) p. 56

⁸³ Follari, R. (1997). *Psicoanálisis y Sociedad: Crítica al dispositivo Pedagógico*. Bs. As.: Lugar Editorial. Pág. 30

⁸⁴ Follari, R. (1997). Op.cit. Pág. 39

imperante y rechazable si no asume los moldes de adaptación. Interpretando de tal manera a la sexualidad, a lo pulsional y a lo inconciente como poco decisivos en la escuela, incluso como obstáculos.

El psicoanálisis, tiene frecuente ocasión, de comprobar la gran participación que una educación severa tiene en la producción de enfermedades nerviosas, o con qué pérdidas de capacidad de rendimiento y de goce es conquistada la normalidad exigida (...) pero también puede enseñar, cuan valiosas aportaciones proporcionan estos instintos perversos y asociales del niño, a la formación del carácter cuando no sucumben a la represión, sino que son desviados por medio del proceso llamado "sublimación".⁸⁵

La no atención del sujeto en su totalidad, en el campo de la educación, no se produce por un problema epistemológico, sino por una cuestión de poder, dentro de las relaciones sociales. Que impiden atender a que el niño es algo más que un "ser para la escuela". Aceptar esto último, sería dejar abierta la puerta para el necesario cuestionamiento de la "institucionalidad escolar" como tal. La escuela tiene que saber que el sujeto no puede ser hecho desde cero, puede ser conformado, modelado, solo de acuerdo a su constitución psíquica, es decir acorde a lo que deriva de las leyes generales de funcionamiento psíquico y a las peculiaridades previas que ya lleve inscriptas por su historia individual.

Es aquí donde vemos que es necesario que la escuela se replantee su función y que debe empezar a considerar las particularidades de cada alumno, que siempre van a ser diferentes unas de otras. Follari desde su visión psicoanalítica, toma el texto "malestar en la cultura" de Freud y expresa lo siguiente: "El nivel de represión que es habitual exigir en nuestra civilización occidental, excede el mínimo necesario para el desarrollo de la cultura, de modo que produce en los sujetos tendencias neuróticas inevitables".⁸⁶

⁸⁵ Follari, R. (1997). Op. Cit. Pág. 45

⁸⁶ Follari, R. (1997). Op. Cit. Pág. 58

La escuela debería poder colaborar en sublimar las pulsiones y ofrecerles un objeto sustituto, socialmente aceptable. Así lo inconciente dejara de ser lo “malo”, lo insoportable, lo desconocido y temido. Para pasar a ser canalizado y discutido, abierto al campo simbólico. La cultura será presentada como espacios de conflictos, pero también de posibles logros. Y así la escuela dejara de ser productora de neurosis, dispositivo de disciplinamiento de los cuerpos y herramienta avasalladora de homogenización.

Esto no quiere decir que se use al psicoanálisis como base teórica para la imposición de una escuela donde se suponga que no debe existir restricción alguna. Sino que la crítica freudiana (desde Follari) sugiere la preponderancia de la palabra en autocomprensión, la perspectiva de la primacía del orden simbólico. Alumnos que puedan expresarse y autodirigirse hasta un límite que este fijado desde el encuadre institucional.

4: HACIA NUEVAS FORMAS DE EDUCACIÓN

4.1. Educación inclusiva y escuelas integradoras:

La educación inclusiva es algo mas que un alumno con discapacidad aceptado e integrado en una escuela común, es algo mas que una simple adaptación del currículum o una filosofía, es más bien como define Carmen Ortiz:

Un juicio de valor, es una forma de mejorar la calidad de vida, en la que la educación puede jugar un papel primordial al ofrecer las mismas oportunidades e idéntica calidad de medios a todo el que llega”.⁸⁷

⁸⁷ Ortiz, C. (2000). Citado en Pares, B. (2003) Pág. 28

En una institución educativa en la que la educación inclusiva se lleva a la práctica, son los educadores los que fomentan, entre sus alumnos, la comprensión, la aceptación y el aprovechamiento de las diferencias individuales, esto implica correrse del paradigma de la normalidad, del etiquetamiento y del déficit.

El sistema educativo que trabaja desde el paradigma de la inclusión ve a los alumnos con discapacidad como fuentes de una mejor comprensión sobre cómo se podrían mejorar las prácticas, de tal forma que resulten beneficiosas para la totalidad de los alumnos. Trabajar desde el concepto de educación inclusiva:

Implica pasar de la cultura de la normalidad, en la que hemos crecido y en la que hemos aprendido a mirar el mundo desde un lugar determinado (el de normal o anormal), a la cultura de la diversidad en la que el mirar es distinto pues se mira desde otro punto de vista, se mira con los anteojos de la diversidad y de la aceptación de las diferencias.⁸⁸

Un concepto central de la escuela inclusiva es que esta basada en la filosofía de que todos los niños pueden ser valorados igualmente, pueden ser tratados con respeto y a todos se les puede proporcionar igualdad de oportunidades.

Los avances en materia de discapacidad, dan cuenta del cambio de paradigma que se inició hace algunas décadas en Europa, y que se está expandiendo por todo el mundo. Este nuevo enfoque se centra en el valor de la diversidad. Que no es lo mismo que la “diferencia” ya que este termino, sugiere cierto parámetro de contraste y cierto modelo de referencia. El término diversidad remite a la multiplicidad de la realidad y a que cada ser humano es único e irrepetible.

Todos somos iguales en dignidad, nos distinguimos unos de otros por nuestras dotes particulares, nuestras ideas y creencias; y esta diferencia es para cada cual y para la civilización, una fuente de riqueza. No se trata de soportar o tolerar, sino de convivir con naturalidad y apertura para poder tomar

⁸⁸ Pares, B. (2003). Pág. 31 -32

del otro lo que tiene de distinto y al mismo tiempo reconocer lo que tiene de común⁸⁹.

La realidad es compleja, y las cosas tienen un carácter abierto y cambiante. Para esto es necesario tener en cuenta muchos factores como: las diferentes historias de vida personal, las motivaciones y actitudes, los puntos de partida en la construcción de los aprendizajes, los ritmos de aprendizaje, los estilos de enseñanza, los contextos áulicos, etc. que dan cuenta de la gran heterogeneidad, que debe ser respetada.

A continuación se presenta, un cuadro comparativo, con las principales características del viejo y el nuevo paradigma:

PARADIGMA DE DÉFICIT / MODELO MÉDICO	PARADIGMA DE CRECIMIENTO / MODELO PEDAGÓGICO
Etiqueta a los individuos en términos de carencias específicas.	Considera a la persona en su totalidad, teniendo en cuenta las NEE permanentes o temporales.
Diagnostica la carencia específica usando técnicas estandarizadas, que se centran en los errores y las debilidades.	Evalúa las necesidades de una persona usando enfoques de evaluación auténtica en su contexto natural.
Considera las dificultades se deben a causas exclusivamente personales.	Admite como origen de las NEE, causas personales, escolares o sociales.
Separa al individuo de los demás, para un tratamiento especializado, en una clase, programa o grupo segregado, lejano al contexto de la	Mantiene las relaciones de la persona con sus pares y su entorno, brindando un conjunto de interacciones y actividades lo más

⁸⁹ Devalle de Rendo, A. (1999). *Una escuela en y para la diversidad*. Bs. As.: Aique.

vida real.	normales posible.
Defiende el uso de currículum especial y escuelas especiales.	Supone un sistema educativo y un mismo currículum ordinario para todos, fomentando las adaptaciones curriculares.
Favorece el trabajo aislado y paralelo de docentes y profesionales	Promueve el trabajo en equipos inter o transdisciplinarios
SEGREGACIÓN	INTEGRACIÓN

Tanto la literatura como las legislaciones apoyan y promueven esta mirada diferente, pero en la práctica aún queda un largo camino por recorrer y muchos obstáculos (carencia de recursos humanos, falta de financiamiento, resistencia al cambio, problemas de coordinación, desconocimiento de la reglamentación, enfoque tradicional de la enseñanza, etc.) que superar. Según Oscar M. Dadamia dice:

Las mejoras no provienen de cambios tecnológicos o aumento de recursos, sino de la posibilidad de unir a los que creen en algo y desean la transformación. Implantar una verdadera integración supone modificar el 70% de las actitudes y el 30% de las nuevas técnicas y formas de trabajo.⁹⁰

Hay que destacar que este cambio implica la participación de toda la sociedad, ya que es ella quien discapacita y rehabilita, segrega y agrega. A través de la concientización y difusión de esta nueva mirada a la educación especial, se tiende a eliminar la segregación, exclusión y asistencialismo. A su vez hay que identificar, eliminar y/o prevenir todas las barreras (arquitectónicas, psicológicas, pedagógicas) que se oponen a la integración de las personas.

⁹⁰ Dadamia, O. M. (2004). *Lo Especial de la Educación*. Bs. As.: Magisterio del Río de la Plata. Pág. 57

4.2. Cambios necesarios que la escuela tradicional necesita adoptar:

Ahora bien, no basta con que una persona con discapacidad se inserte en una escuela común, sino que es necesario que esta escuela este preparada y realice una profunda reflexión al respecto. Algunos temas para la reflexión y para los cambios fundamentales de política educativa tendientes a favorecer el enfoque de la educación integradora, son los propuestos por Lus, M. A. a continuación:

- a. “Los sistemas educativos deben ser diseñados y aplicados de modo que tengan en cuenta la gama de diferentes características y necesidades que pueden presentarse en el aula”.⁹¹
- b. Una buena educación especial debe adoptar los mismos fines que se fija la educación común, como también los mismos contenidos, con los límites que el niño, y sólo el niño, vaya poniendo en el transcurso de su escolaridad.
- c. Cuando lo que se hace es nada más que “colocar” a un niño con necesidades educativas especiales en la escuela común, puede generar resistencias por parte de los mismos chicos y los padres. A lo que se aspira realmente es que las integraciones sean dentro de un profundo encuadre transformador. Trabajar de modo simultáneo con todos los actores de la comunidad educativa para elaborar los temores, los prejuicios, las ansiedades, la desinformación, los motivos que pueden estar en la base de manifiestos rechazos, las opiniones, los saboteos, etc. Para ello se recomienda favorecer la expresión de todas las opiniones y el tratamiento franco de los problemas, como una manera más de aceptar la diversidad.
- d. Tener en cuenta que la posibilidad de que una persona “diferente” realice su escolaridad transitando por el mismo circuito de la mayoría,

⁹¹ Lus, M. A. (1995). Op. Cit. Pág. 80

significa, en primer término, un reconocimiento de sus propios derechos humanos.

- e. Necesidad de un cambio en la modalidad tradicional de formulación de objetivos. Se debe:
 - a. Diversificar objetivos: Formular objetivos comunes y otros individualizados
 - b. Atender todas las áreas del desarrollo: afectiva, motora, cognitiva y social.
 - c. Considerar el sentido integral de los aprendizajes: Incluir objetivos relativos al aprendizaje de procedimientos, valores, normas y actitudes. No plantear objetivos solamente tendientes a la adquisición de conceptos.
- f. La escuela no debe centrarse exclusivamente en la “transmisión” de contenidos, desconociendo la naturaleza constructiva de los aprendizajes. Sino seleccionar los contenidos adecuados a las posibilidades, las necesidades y los intereses de todos los alumnos. “Los contenidos no son un fin en si mismos, sino un medio para desarrollar las capacidades del sujeto (...) Los contenidos están destinados a potenciar el desarrollo global del sujeto (...) Los contenidos han de ser funcionales para el alumno como para permitirle aprender por si mismos”.⁹²
- g. En cuanto al cómo enseñar, la escuela tradicional ha estado centrada muchas veces en el “producto acabado”, sin tener en cuenta la metodología de los procesos de aprendizaje. Podemos describir tres formas de estructurar las actividades de enseñanza y aprendizaje:
 - (a) Individualista: Se estimula a cada alumno a que se preocupe por su trabajo y por alcanzar los objetivos de cada tarea, independientemente de lo que hagan sus compañeros, y de que estos alcancen o no los propios.

⁹² Lus, M. A. (1995). Op. Cit. Pág. 93-94

- (b) Competitiva: La organización de las actividades estimula en los alumnos la percepción de que pueden alcanzar los objetivos, si y solo si sus pares no consiguen alcanzar los suyos.
- (c) Cooperativa: Se estimula y valora la convicción de que los alumnos forman parte de un grupo y cada uno de ellos puede alcanzar sus objetivos, si y solo si los otros alcanzan también los suyos.

La perspectiva de escuela integradora apunta a una metodología cooperativa y constructivista.⁹³

- h. Las modificaciones necesarias en cuanto a los “criterios de evaluación”: No se debe centrar la evaluación exclusivamente en el alumno individual, con el objeto de medir en forma precisa el grado de avance alcanzado. Sino incluir la influencia del contexto y de la acción del maestro, como condicionantes. Además que la función evaluadora no sea ejercida exclusivamente por el docente ya que no favorece la co-evaluación ni la auto-evaluación e incorporar distintos recursos cómo por ejemplo técnicas que brindan información cualitativa acerca del proceso de aprendizaje.⁹⁴

Por último mostraremos a continuación un cuadro donde se puede comparar las diferencias entre la escuela tradicional y la escuela integradora:

ESCUELA TRADICIONAL	ESCUELA INTEGRADORA
El docente transmite “información acabada” a los alumnos, como única fuente de conocimientos.	El docente es facilitador del aprendizaje, organiza, propone actividades, proporciona materiales para buscar información, descubrir, investigar, etc.
Su intervención es	Su intervención es

⁹³ Lus, M. A. (1995). Op. Cit. Pág. 95

⁹⁴ Lus, M. A. (1995). Op. Cit

<p>predominantemente oral-expositiva y dirigida al grupo en su conjunto.</p> <p>La comunicación esta centrada en el maestro y es unidireccional.</p>	<p>predominantemente organizativa.</p> <p>Se establecen redes múltiples de comunicación entre los alumnos, y el maestro puede dedicar a cada uno el tiempo que necesite.</p>
<p>Tiene valor la idea de “aprendizaje individual” en soledad.</p> <p>Cada niño resuelve “su ejercicio”, realiza “su tarea”, “copia del pizarrón”, etc., según las mismas indicaciones de la maestra.</p>	<p>El aprendizaje se concibe como proceso personal eminentemente grupal.</p> <p>Se favorecen los lazos cooperativos entre los niños, que: Aprenden entre si. Y acuerdan entre ellos sus propias actividades.</p>
<p>Predomina la rutina y no se estimula la actividad ni la curiosidad del alumno.</p> <p>Los niños pierden el interés por el aprendizaje, el clima de la clase es “aburrido”</p>	<p>El alumno es protagonista, se propicia su acción en todos los sentidos: pensar, narrar, crear, equivocarse, inventar, etc. los niños se divierten y el clima es de alegría.</p>
<p>Existe una organización rígida, espacios y tiempos:</p> <p>Cada niño ocupa “su lugar”, Debe terminar la tarea en un tiempo único, determinado de antemano por el maestro para todos los alumnos.</p>	<p>Se flexibiliza la organización del aula y se posibilitan así momentos de reflexión individual, de trabajo en pequeños grupos y situaciones de intercambio colectivo.</p> <p>Se favorece la confluencia de diferentes actividades en el mismo momento.</p>

La integración aun hoy es un largo y trabajoso proceso. Su consumación, la mayoría de las veces es producto de la suma de dos grandes esfuerzos: el de la escuela común, por un lado y el de la escuela especial, por otro. Se trata más bien de una buena voluntad o disposición de las partes, que como fruto de un profundo replanteo transformador.

Por esto es necesario, que tanto la educación común como la educación especial inicien prontamente una re-conceptualización y una revisión de sus propias concepciones y prácticas. Todo cambio para ser efectivo, debe conocer la historia de su sistema educativo particular y desde allí iniciar las reflexiones que contribuyan a profundizar las transformaciones para lograr los procesos de integración.

Será cuestión de orientar la política educativa al fortalecimiento de las instituciones, para que puedan, desde adentro, abrirse a esta nueva perspectiva.

5: ALGUNAS COSAS A TENER EN CUENTA A LA HORA DE DIVERSIDAD

5.1. Atención a la Diversidad “bajo sospecha”:

Un aporte interesante y crítico sobre diversidad, lo realiza Carlos Skliar, quien se pregunta sobre este tema y lo pone “bajo sospecha”. Ya que considera que no toda “atención a la diversidad” significa realmente una verdadera inclusión. Dicho autor hace una diferencia sobre “los diferentes” y “las diferencias”, valga la redundancia. Cuestionando que:

- “Los diferentes” son una construcción social, una representación social, una invención de un largo proceso llamado diferencialismo, que genera una actitud de separación. El proceso de diferencialismo

consiste en separar algunas marcas “diferentes”, con una connotación fuertemente peyorativa. Como ejemplo de esto, Skliar cita, que es el diferencialismo el que hace que la mujer sea el problema en la diferencia de género. O que el negro sea el problema en la diferenciación racial.

- Mientras que define que “las diferencias”, son otra cosa. No pueden ser descritas en términos de mejor, peor, bueno o malo. Son simplemente diferencias⁹⁵.

El diferencialismo ha hecho que la preocupación por “las diferencias” se haya transformado en una obsesión por los “diferentes”. Skliar habla de que los nuevos términos empleados en educación, tales como: “Deficiencia”, “Capacidades diferentes”, “Diversidad”, y otros, no son más que eufemismos. Donde se trasluce el diferencialismo que conllevan, ya que aun concierne a “los diferentes”. Además expresa que “Los cambios de nombre, no producen ningún conflicto, ni inauguran nuevas miradas”⁹⁶.

Skliar, sospecha de la “atención a la diversidad” en las escuelas, porque para él, tratar de integrar a los alumnos con necesidades educativas especiales en la escuela común, supone intentar asimilarlo a lo normal. Skliar dice que:

La “diversidad” en educación nace junto con la idea de (nuestro) respeto, aceptación, reconocimiento y tolerancia hacia el otro (...) los otros así pensados, parecen requerir y depender de nuestra aceptación, para ser aquello que ya son.⁹⁷

Por esto mismo es que la incorporación de chicos con discapacidad no es otra cosa que sustituir “la exclusión” para controlarlo, por la “inclusión” para anularlo. Es otra forma de desintegración del otro como persona, es otra forma de homogeneizar.

⁹⁵ Skliar, C. (2003). La educación para la diversidad bajo sospecha. *Revista Novedades Educativas*, 11(155).

⁹⁶ Skliar, C. (2003). Op. Cit. Pág. 8

⁹⁷ Skliar, C. (2003). Op. Cit. Pág. 10

Dar lugar a la diversidad supone justamente todo lo contrario. Se trata de aceptar, valorar y mantener las “diferencias”. No se hace ninguna distinción entre nosotros y ellos. Todo es diferencia. Las diferencias nos constituyen como seres humanos. La escuela no debería “domesticarlas”, sino “mantenerlas”. Y aquí es donde podemos pensar que el problema no es sólo de la “escuela”, ni del “maestro”, ni del “diferente”, sino de toda la sociedad.

5.2. Nuestro objetivo: Una Educación para la Libertad:

Uno de los pensadores más importantes, quien realizó un aporte fundamental en materia de Educación desde una perspectiva comunitaria fue Paulo Freire. La pedagogía de Freire es un método de cultura popular cuya finalidad es la alfabetización, y su dimensión mas amplia es la educación como practica de la libertad. Sus conceptos se basan en una educación como un acto de conocimiento y aproximación critica a la realidad. Considera al analfabetismo como una situación de explotación y marginalidad. Freire expresa lo siguiente:

El objetivo fundamental del proceso educativo es contribuir el desarrollo de un hombre nuevo, conciente de si mismo y de su entorno social, de sus potencialidades y derechos, con una conciencia critica pero a la vez responsable, solidaria y societaria, que se asume a si mismo como un agente de cambio.⁹⁸

Freire propone una herramienta educacional por la que se pueden liberar todas las potencialidades de las personas, favoreciendo una visión crítica de la realidad, que permita resolver sus problemas. Critica a la escuela por ser una institución domesticadora, que legitima la desigualdad social. Su propuesta se basa en “una ruptura de modelos tradicionales en educación formal”.

Paulo Freire hace una distinción entre “Concepción Bancaria” y “Concepción Problematicadora” de la Educación.

⁹⁸ Freire, P. (1971). Citado en Cuaderno de apoyo para alfabetizadores (2006). Pág. 9

En la Concepción **Bancaria** los educandos son transformados en “vasijas” que deben ser llenadas, como recipientes. La memorización mecánica conduce a este acto de “depositar”. Los educandos reciben pasivamente, memorizan y repiten. En esta visión no existe creación alguna, ni transformaron, ni saber. Esta concepción es “asistencial”, y sirve a la dominación porque domestica a los educandos.

Contrariamente, la educación **Problematizadora** es “crítica”, sirve a la liberación, estimula la reflexión y a la acción sobre la realidad. Considera que solo existe saber en la invención, en la reinención, en la búsqueda inquieta, impaciente, permanente que los hombres realizan con el mundo y con los otros⁹⁹.

Afirma que: “Nadie educa a nadie, como tampoco nadie se educa a si mismo. Los hombres se educan en comunión y el mundo es mediador”¹⁰⁰

El educador no es solo el que educa, sino que es educado a la vez. Ambos, educador y educando se transforman. Freire expresa que la educación como practica de la libertad, propone en su esencia el dialogo, el cual es un encuentro en el que no hay sabios absolutos, ni ignorantes absolutos. Podemos observar además, cómo esta teoría se asienta sobre las raíces de la psicología comunitaria, ya que Freire fundamenta que:

El acercamiento a las masas populares debe hacerse, no para llevar un mensaje “salvador” en forma de contenido que ha de ser depositado. Sino para conocer, dialogando con ellas, no solo la objetividad en que se encuentran, sino la conciencia que de esta objetividad están teniendo, vale decir los niveles de percepción que tengan de si mismos y del mundo.¹⁰¹

Concluye diciendo que es por eso que no podemos esperar resultados positivos de un programa, sea educativo o político, que no respete la visión particular del mundo que tenga el pueblo. Sin esta visión, el programa se

⁹⁹ Freire, P. (1985). Pedagogía del Oprimido. México.: Siglo XXI Ediciones.

¹⁰⁰ Freire, P. (1985). Op. Cit. Pág. 86

¹⁰¹ Freire, P. (1985). Op. Cit. Pág. 111

constituye en una especie de “invasión cultural”, realizada quizás con la mejor de las intenciones. Nuestro papel no es hablar al pueblo sobre nuestra visión del mundo e intentar imponérsela, sino DIALOGAR con el sobre su visión y la nuestra.

Con el aporte de este autor queremos de alguna manera destacar la importancia que tiene la educación para la participación social, para la inclusión, para el valor personal que la experiencia educativa aporta a una persona, transformándolo en un ciudadano con derechos e independiente. Para que de ahora en más pueda contar con alternativas para superar su adversidad.

La ley en materia de educación, todavía, aun hoy esta lejos de ser puesta en practica. Las barreras de algunos grupos sociales siguen impidiendo una educación para todos. Es por esto que la alternativa que queda es poder desarrollar estos espacios de manera no formal.

La educación inclusiva de a poco va asomándose a la realidad de la educación básica, todavía queda mucho camino por recorrer porque se instaure además en la educación de adultos. Pero aun así, estamos convencidos de que los esfuerzos y las luchas por la igualdad serán algún día escuchados.

Es necesario que las políticas, adviertan que para un verdadero desarrollo social y para llegar a un país más justo y equitativo para todos, es de suma urgencia enfocar la mirada hacia la EDUCACIÓN.

MARCO METODOLÓGICO

1: INTRODUCCIÓN

Esta investigación, se basa en la experiencia de un taller de “Educación Popular y Alfabetización”, realizado en el Hospital Carlos Pereyra de Marzo a Diciembre de 2009.

La inquietud a realizar este trabajo, se refiere a la posibilidad que puede brindar la educación como herramienta para la integración social de los pacientes psiquiátricos.

Las posibilidades que brinda la “educación”, constituye un recurso muy valioso a la hora de pensar en intervenciones que contribuyan a la mejor calidad de vida y a la reinserción social de las personas con trastornos psiquiátricos.

1.1 Experiencia de investigación:

El taller de “Alfabetización y Educación Popular” se llevaba a cabo en el mismo edificio donde funciona el “Centro Psicosocial” (por la tarde) y “Hospital de día” (por la mañana). El lugar donde se realizó la experiencia es en la calle Videla Castillo y Castelar de la ciudad de Mendoza.

Los horarios del taller fueron convenidos desde un principio los días Martes de 13 hs. a 14:30 hs. y los días Viernes de 13:30 hs. a 14:30 hs. Conformando un total de 2:30 hs. semanales. Lo que hacía un tiempo muy resumido, ya que por motivos de espacio no podíamos ocupar por más tiempo el único lugar que nos habían destinado.

Con el paso del tiempo, el horario fue un tema destacado por el mismo grupo de alumnos- pacientes, ya que ellos mismos consideraban que era muy poco el tiempo para poder aprender. Por lo cual decidieron nuevo horario, que completaba las 3 hs. semanales.

El taller se llevo a cabo durante los meses de Marzo a Diciembre. Con un receso de vacaciones de julio de 2 semanas, sumadas a un receso de 1 mes por la campaña de la gripe A. Conformando un total de 6 a 7 meses de cursado aproximadamente.

1.2 Objetivos de la investigación:

El objetivo de esta investigación es tomar a la “educación” como una herramienta alternativa de intervención en salud, que apunte a estimular aquellas capacidades sanas que el paciente conserva, posibilitando de esta manera el desarrollo de sus potencialidades para favorecer la reinserción social.

Objetivos Generales:

- Analizar si la educación recibida en el taller de “Alfabetización y Educación Popular” les posibilito a los pacientes nuevos conocimiento, nuevos aprendizajes.
- Comprender si la educación recibida, posibilito la integración social del paciente psiquiátrico, en el espacio de rehabilitación y contención del taller de Alfabetización y Educación Popular.

Objetivos Específicos:

- Describir las experiencias de aprendizaje de los pacientes que participaron en el taller de Educación. Promoviendo el trabajo en equipo.
- Analizar las habilidades sociales y de participación que adquirieron los pacientes psiquiátricos luego de la alfabetización. Desarrollando y ejercitando aspectos cognitivos como la capacidad de análisis y síntesis, la atención y concentración.
- Reflexionar si las intervenciones psico-sociales y comunitarias a través de la desmanicomialización favorecen la reinserción laboral de los pacientes psiquiátricos.

2: DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

2.1 Método de investigación:

Se aborda la investigación con un enfoque metodológico Cualitativo

Según Irene Vasilachis de Gialdino¹⁰² (2007) las características de la investigación cualitativa son:

- a. Según a quién y qué se estudia: interesándose en especial por la forma en que el mundo es comprendido, experimentado, producido, por el contexto y por los procesos, por la perspectiva de los participantes, por sus sentidos, por sus significados, por su experiencia, por su conocimiento, por sus relatos.
- b. Según las particularidades del método: ya que es interpretativa, inductiva, multimetódica y reflexiva. Emplea métodos de análisis y de explicaciones flexibles y sensibles al contexto social en el que los datos son producidos. Se centra en la práctica real, situada y se basa en un proceso interactivo en el que intervienen el investigador y los participantes.
- c. Según la finalidad de la investigación: La Investigación Cualitativa busca descubrir lo nuevo y desarrollar teorías fundamentadas empíricamente. Intenta comprender, hacer al caso individual significativo en el contexto de la teoría, provee nuevas perspectivas sobre lo que se conoce, describe, explica, elucida, construye y descubre.

Morse (2005) aporta que:

“Esta manera de investigar es considerada como una forma de pensar mas que como una colección de estrategias técnicas. Los métodos cualitativos, como un tipo de investigación, constituyen un modo particular de acercamiento a la indagación: una forma de ver y conceptualizar, una cosmovisión unida a una particular perspectiva teórica para comunicar e interpretar la realidad”.¹⁰³

¹⁰² Vasilachis, I. (2006/2007). Estrategias de investigación culitativa (1º reimpresión). Bs. AS.:Gedisa. Pág.. 28-29

¹⁰³ Morse (2005). Citado en Vasilachis, I. (2007). Op. Cit. Pág. 27

2.2 Tipo de estudio:

El Tipo de Estudio es Descriptivo, exploratorio, no experimental.

Descriptiva porque:

“El propósito del investigador es describir situaciones y eventos. Es decir, cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Desde el punto de vista científico describir es medir. Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente para así describir lo que se investiga”.¹⁰⁴

Exploratorio porque: no se intentará encontrar conclusiones definitivas o verdades absolutas que agoten las posibles explicaciones del fenómeno que se estudia. Sino que solo se pretende aumentar el grado de familiaridad del fenómeno.

Y no experimental, debido a que no se manipulan deliberadamente las variables, ya que se observan los hechos como suceden en su ambiente natural, sin alterar su curso normal, para después describirlo y analizarlo.¹⁰⁵

Los datos obtenidos en la presente tesina no pueden ser generalizados.

2.3 Instrumento Metodológico:

Los instrumentos utilizados fueron:

La observación, ya que al realizar los talleres en el hospital, se pudo observar el funcionamiento de estos participantes en un ambiente natural y su interacción entre ellos. La observación que se realizó fue de tipo

¹⁰⁴ Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). Metodologías de la investigación (6° ed.). México: Mc Graw Hill. Pág. 102

¹⁰⁵ León, O. y Montero, I. (1996). Diseño de investigación. Introducción a la lógica de la investigación en psicología y educación. Madrid: Ed. McGraw-Hill.

Participante, “en la cual el observador es parte de la situación que observa, lo que permitió tener mayor acceso a la información”¹⁰⁶.

La entrevista semiestructurada o semidirigida, ya que tiene la característica de que el entrevistado tiene libertad para hablar y el entrevistador interviene con el fin de señalar vectores cuando aquel no sabe por dónde seguir y fundamentalmente inquirir acerca de aspectos sobre los que el entrevistado no se ha referido espontáneamente y que se consideran importantes a los fines de la investigación.¹⁰⁷

Las entrevistas fueron realizadas en forma individual, a los pacientes en la admisión al taller, a los profesionales que participaron y a las coordinadoras a cargo de la supervisión del taller.

2.4 Unidad de análisis:

La unidad de análisis de esta investigación, esta conformada por todos los sujetos que participaron del taller de “alfabetización y educación popular” del Hospital Carlos Pereyra, en el ciclo lectivo 2009.

El número de participantes del taller fue variando en el transcurso del año, por este motivo, en la descripción de los talleres se tendrá en cuenta este aspecto, ya que la asistencia era un tema importante a trabajar. Los participantes que mantuvieron la estabilidad de asistencia durante todo el año, fueron solamente 3.

A si mismo, serán parte de la unidad de análisis, el aporte de:

- La Dra. Mónica Raviólo, Jefa de Rehabilitación del Hospital Carlos Pereyra.
- La Lic. En Trabajo Social Karina Díaz, que estuvo a cargo de la coordinación del proyecto.

¹⁰⁶ León, O. Y Montero, I. (2003). *Métodos de Investigación en Psicología y Educación* (3° ed.). Madrid: McGraw-Hill. Pág. 83

¹⁰⁷ Siquier de Ocampo, M.L.; García Arzeno, M.E.; y Grassano de Pícolo, E. (1987/2003). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. (25° reimpresión). Bs. As. Nueva Visión.

- Una de las Voluntarias a cargo del dictado del taller.

2.5 Descripción o características de la muestra:

Los participantes del taller contaban con las siguientes características: Hombres y mujeres de entre 25 a 50 años de edad. Que habían pasado por una experiencia de internación en el hospital.

Los participantes fueron derivados al taller desde el Hospital de día; el mismo trabaja con patologías agudas. Desde el área Psicosocial, que trabaja con patologías crónicas, y Milenium que trabaja la capacitación laboral de los pacientes más compensados.

El nivel educativo de cada participante del taller era variable, ya que algunos eran analfabetos totales u otros tenían la primaria incompleta, por lo cual les era sumamente importante volver a repasar nociones básicas.

Las ocupaciones de los alumnos-pacientes eran; amas de casa, vendedores ambulantes, que fabricaban sus productos en los talleres de capacitación laboral. Y otros se encontraban desocupados.

Una aclaración importante a destacar es que los sujetos que participan en la muestra, fueron llamados “pacientes” en un principio. Ya que las voluntarias a cargo del Taller, tenían la costumbre de llamarlos pacientes por haber trabajado la mayoría de las veces en el área de internación, pero en este caso se cuestiono este término, ya que los participantes de esta experiencia no tenían nada de “pacientes”, sino mas bien de “activos”.

Por este motivo los participantes del taller comenzaron a llamarse “alumnos”. Término que costó incorporarse.

3: PROCEDIMIENTO O DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA

A continuación se describirá cómo fue desarrollándose el taller de “Alfabetización y Educación Popular” en el año 2009:

- 1º Se describió los “**Objetivos y la Metodología**” propuesta para el taller, confeccionada antes de la realización del mismo. (Marzo).
- 2º Luego se realizaron “**Entrevistas de Admisión**” a los participantes del taller, para describir los datos personales y escolares de los mismos.
- 3º Se realizaron los “**Talleres de Educación Popular y Alfabetización**” en los meses de Abril a Noviembre del 2009.
 - A. **Los comienzos** y las necesidades de cada uno (talleres de abril y mayo)
 - B. **El proceso de aprendizaje** y las dificultades (talleres de Junio y agosto)
 - C. **El final** y los avances logrados (talleres de octubre y noviembre)
- 4º Se describirá los “**Aportes de las coordinadoras**” que llevaron a cabo el proyecto.

1º “**Objetivos y Metodología propuesta para los Talleres**” (Marzo).

El taller de educación popular fue pensado por la Lic. En Trabajo Social Karina Díaz a partir de captar las necesidades de los mismos pacientes con los que ella trabaja.

Así fue como se pensó la posibilidad de que dentro del programa de rehabilitación, pudiera estar contemplado algo tan básico para los pacientes, como es la necesidad de aprender a leer y escribir. Y que desde allí se pudiera aportar elementos que ayuden a la rehabilitación de los pacientes, como también a su integración social.

El Proyecto de Educación Popular fue presentado desde trabajo social, con la participación del programa de voluntariado, que aportó el recurso humano para el desarrollo del mismo. Las voluntarias Fernández, Natalia y Fernández, Julieta, se encargaron de la planificación y dictado del taller, bajo la coordinación de la Lic Karina Díaz.

Los diferentes programas de rehabilitación del hospital, como: Hospital de día, Casas de medio camino, centro Psicosocial y centro de capacitación laboral "Milenium", que trabajan con pacientes compensados en su patología (y que por lo tanto no se encuentran internados), captaron a todos aquellos pacientes que fueran analfabetos y/o que no hubieran terminado la escolaridad primaria, para derivarlos al taller de alfabetización y educación popular.

Los objetivos generales que las coordinadoras del taller se propusieron en un principio fueron:

- Brindar un espacio de aprendizaje, según el nivel educativo y cultural de cada paciente.
- Y paralelamente brindar un espacio de rehabilitación y contención.

En cuanto a los objetivos específicos, abarcaron las siguientes propuestas:

- El relacionarse con la palabra escrita y oral para aplicarla en sus aspectos cotidianos.
- Desarrollar y ejercitar aspectos cognitivos como la capacidad de análisis y síntesis, la atención y concentración.
- Insertarse socialmente como ciudadanos participativos.
- Promover el trabajo en equipo.

La metodología que el taller se propuso para llevar a cabo los objetivos fue:

- Como primero partir de la "Practica", o sea de los conocimientos previos de cada uno de los participantes, de sus experiencias con la palabra escrita, de lo que saben y de lo que sienten. Ya que

consideramos desde un principio que el aprendizaje será mas valioso, en cuanto mas comprometidos estén con el. Se destaca a los participantes como los “protagonistas” de los procesos educativos, de una manera participativa y dinámica.

- Luego el conocimiento “Teórico” iría incluyendo sobre esa práctica, como un proceso, ordenado, progresivo y al ritmo de los participantes, que se va profundizando de acuerdo al nivel de avance del grupo. Ya que no concebimos la separación entre Teoría y Práctica, puesto que ellas, en este caso específico como es la alfabetización, es imposible que se lleven a cabo por separado. “Se aprende a escribir, escribiendo... y se aprende a leer, leyendo...”
- Otro factor que se tuvo en cuenta fue la “dinámica grupal” que se iba generando, fomentando la participación y el trabajo en grupo, para que éste sea “referente” de aprendizaje. Y así pudieran lograr entre ellos mismos la ayuda y cooperación. Considerando que el conocimiento puede “construirse” a partir de el aporte de cada uno. Promoviendo la horizontalidad del conocimiento, descentrando al sujeto de su marco de conceptos verticales.
- Además, también se tuvo en cuenta a “cada participante” como único y particular. Ya que se juegan aspectos personales importantes en el desarrollo de esta tarea. Por lo cual por este motivo, la enseñanza será personalizada, siguiendo y respetándose el ritmo de cada uno.
- Por último se tuvo especial consideración el hecho de que los participantes van en búsqueda de algo más allá del aprendizaje únicamente de la “palabra escrita”. Considerando que la adquisición de este conocimiento es una herramienta básica para desarrollar la autoestima, independencia personal, inclusión social y participación plena como ciudadanos.

Estos objetivos, con su respectiva metodología fue pensada desde sus comienzos, desde el paradigma de la educación inclusiva. Es desde allí que

convergen tanto la postura de la desmanicomialización como la de la educación para la diversidad, en la cual estamos posicionadas y con la cual quisimos abordar este proceso.

2º “Entrevistas de Admisión a los participantes” (Abril)

Fue así que para cumplir con los objetivos y la metodología que queríamos llevar a cabo, la propuesta comenzó con una entrevista de admisión a cada participante, derivado desde los diferentes dispositivos de rehabilitación del hospital, para poder armar los talleres según las necesidades de cada alumno, según el nivel de aprendizaje en el que se encontraban y el nivel estimativo que se iba a poder alcanzar.

En las entrevistas de admisión, previas al taller, se determinaba:

- 1- El grado de interés, compromiso y expectativa de cada uno con respecto al comienzo y continuación del taller. (lo que sentían y lo que pensaban)
- 2- Los contactos y experiencias que tuvieron con la escolaridad o con alguna persona de la que recibieron apoyo educativo.
- 3- El nivel y manejo de la palabra escrita y oral
- 4- La conformación del ámbito familiar y su opinión al respecto del comienzo de este taller.

Entrevista de Admisión: H.A.

Día: 07/04/2009

Datos hospitalarios: Derivada de: Hospital de Día (agudos)

Diagnóstico: Depresión Mayor (con intento de suicidio)

Edad: 50 años

Sexo: Femenino

Relato del entrevistado

Nunca estudió, trabajó con su madre desde chica cosechando en una finca. No conoce a su padre, expreso que no la había reconocido como hija.

Su madre era alcohólica, por lo cual de grande estuvo muy enferma.

El hermano se encontró durante años en la cárcel y cuando salió convivió con ella, recibió golpes y maltrato por parte de él, lo que la hizo irse de su casa a los 11 años de edad.

Estuvo en el patronato durante 15 días, en el cual expresa haber sufrido mucho.

Pasan los años y queda embarazada. Hoy tiene 3 hijos, una mujer y 2 hombres, uno de ellos esta detenido en la cárcel.

Cuenta que suele tener experiencias que la avergüenzan como por ejemplo: el estar en la fila de alguna caja de algún banco y le dicen “que hace acá.

¿No ve el cartel? Y ella tiene que decir que no sabe leer y se entera todo los que están alrededor de ella.

Esta muy motivada por empezar el taller, quería que le diéramos tarea ese mismo día de la entrevista de admisión.

Expresa que no tiene mucha comunicación con su esposo, ni con sus hijos.

Expresa clara y reiteradamente que está sola, que no tiene a nadie

Experiencia educativa:

Nunca estudio, ni nadie le enseñó. No sabe escribir su nombre, ni sabe leer.

Expreso con claridad: “es como ser ciega”...

Con algunos números si se maneja, expresa que su deseo es poder leer la Biblia, leer los carteles y los remedios. También quiere saber firmar.

Entrevista de admisión: E. P.

Día: 14/04/2009

Datos hospitalarios: Derivada del Centro de capacitación laboral "Milenium"

Diagnóstico: Trastorno bipolar (con intento de suicidio)

Edad: 53 años

Sexo: Femenino

Relato del entrevistado

E. P. Había pasado por una experiencia de educación formal, tenía el primario incompleto, el cual lo abandono en 7º grado, a los 16 años de edad porque había quedado embarazada.

Sabe leer y escribir, pero ella estaba motivada porque decía que "el saber no ocupa lugar" y que por eso tenía ganas de volver a tener contacto con la escuela.

Se evaluó su situación. Y se determinó que podía asistir al taller hasta cuando encontrara un lugar donde pudiera terminar sus estudios dentro de la educación formal.

Esta alumna-paciente concurreó todo el ciclo lectivo 2009, con solo 5 inasistencias en todo el año. Aun habiendo encontrado un lugar donde asistía para terminar sus estudios primarios.

Evidentemente su motivación ante el taller excedía los fines únicamente educativos. E. P. encontró "algo mas" en este taller.

Entrevista con A. G.

Día: 14/04/2009

Datos hospitalarios: Derivado del Centro de capacitación laboral "Milenium"

Diagnóstico: Debilidad mental y consumo de sustancias

Edad: 30 años

Sexo: Masculino

Relato del entrevistado

Primario y secundario en escuela especial

Reconoce cada letra pero le cuesta leer, quiere aprender más matemática, porque dice que lengua no le gusta.

Se encontraba muy motivado por encontrar un espacio en el que pudiera aprender.

Actualmente realiza talleres recreativos en Guaymallén y capacitación laboral en milenium

Su madre apoya mucho este proceso.

En varias ocasiones se dice a él mismo que es un bruto, que no sabe.

Entrevista con C. R.

Día: 14/04/2009

Datos hospitalarios: Derivado del Centro Psicosocial de crónicos

Diagnóstico: Debilidad mental moderada - Esquizofrenia

Edad: 43 años

Sexo: Masculino

Relato del entrevistado

Expresado por la madre: Comenzó la primaria, hizo mucho esfuerzo, pero no aprendió.

Nadie le siguió enseñando, muestra un gran deterioro cognitivo.

No conoce los números, ni su edad, se confunde las letras, reconoce su nombre pero no lo sabe escribir.

Tiene un fuerte vínculo con su madre, convive con ella, con su hermana y su sobrino. Realiza por lo general la mayoría de los quehaceres de su casa.

La madre a veces estaba de acuerdo con que asistiera al taller, y otras veces no lo estaba. Esto desorganizaba mucho a C. R. ya que a él le costaba poder decidir por si mismo.

Estaba motivado en querer aprender muchas cosas.

3º “Talleres del año 2009”

La modalidad de trabajo fue llevada a cabo por medio de 2 talleres por semana. Con talleres grupales de reflexión que se realizaban aproximadamente una vez por mes para evaluar el desarrollo del grupo y las experiencias personales de cada participante ante la tarea.

A continuación se describirán algunos de los talleres, de diferentes meses, que se dictaron durante el año con el fin, de que pueda observarse el avance de los alumnos.

A. LOS COMIENZOS Y LAS NECESIDADES DE CADA UNO

Los primeros talleres desarrollados en Abril y Mayo fueron dedicados a la presentación de los objetivos del proyecto y a la presentación de cada uno de los participantes. Conociendo los nombres de cada uno, escribirlos, leerlos, conocer las actividades cotidianas, etc.

Con técnicas participativas y de presentación.

Los primeros días fueron dedicados a la adaptación y acomodación de un ritmo de trabajo y a crear un espacio de confianza para que puedan sentirse cómodos y comprometidos. Teniendo en cuenta como parte importante del aprendizaje la importancia del respeto y apoyo grupal. Intentando formar una trama de contención con el objetivo de mantenerlo en el tiempo. Lejos de ser un aula tradicional, la horizontalidad en el conocimiento fue nuestro eje principal.

Las actividades puntuales, llevadas a cabo, fueron las propuestas por el “Programa Nacional de alfabetización y educación básica para Jóvenes y Adultos” (2007) de la Dirección General de Escuelas. Que se adaptó según las características del grupo, con una total flexibilidad en cuanto al ritmo de aprendizaje.

El armado de los talleres se fue programando al ritmo de los participantes, teniendo muchas veces que adaptarlo a la medida de cada uno, e ir ajustándolo a lo que necesitaban, para de allí avanzar y hacer un seguimiento de lo que se aprendía.

Siempre se tuvo en cuenta a cada alumno en particular, su forma de ser y sus vivencias cotidianas que tenía que enfrentar, por este motivo, las tareas eran hechas para cada uno, como así también el apoyo y el aliento para que no abandonara todo lo que había logrado hasta entonces.

El seguimiento fue continuo y personal.

En los casos de inasistencias consecutivas, nos contactábamos con la persona para saber los motivos y para alentarla a que continuara y no abandonara.

Taller Nº 1: “Presentación y delimitación de los objetivos”

Abril 2009

- 1- En este 1º encuentro se dio la bienvenida a todos los participantes, se los recibió con mate y galletitas, para poder compartir y tener un primer acercamiento sobre los intereses y motivaciones de los mismos.
- 2- Se explicaron resumidamente los objetivos del taller, poniendo énfasis sobre:
 - a. La importancia de la educación,
 - b. La importancia del mantenimiento constante de la asistencia y

c. Sobre todo que el taller tenía como fin el poder incorporar las herramientas básicas para que ellos después pudieran continuar la educación formal.

- 3- Luego se utilizó como técnica de presentación: la “Técnica del ovillo” o también llamada “la telaraña”, para que cada participante (incluidas las coordinadoras) se presentaran y tuvieran la oportunidad de exponer su opinión, sus gustos e intereses, sus motivaciones personales que los llevaban a realizar el taller, sus experiencias con la lectura y la escritura, que proponían para trabajar durante el año, que respuestas habían tenido de sus familiares, etc.

Esta técnica consiste en que una persona con un ovillo de lana en la mano se presenta, y al terminar, se queda con la punta del ovillo y pasa el resto de lana a otro participante, que también tiene que presentarse. Éste cuando termina su presentación, vuelve a arrojar el ovillo a otro compañero, sosteniendo con la mano el pedacito de lana que lo unía a su primer compañero. Y así continua sucesivamente la presentación, hasta que el ovillo vuelve a la primera persona que se presentó. Formándose así, una trama en forma de telaraña en la que todos los participantes quedan unidos.

- 4- De esta forma, una vez que todos se presentaron y se encontraron sosteniendo la trama que se había formado con la lana, se reflexionó sobre la importancia que “el grupo” iba a tener en este taller. Haciendo hincapié en que este espacio de educación, también tenía la función de armar amistades, ser cooperativos y de contener cuando fuera necesario, ya que como toda experiencia tiene sus obstáculos, iba a ser sumamente necesario el apoyo de todos, para continuar.

Además, con el ejemplo de que si un participante suelta la lana, toda la trama se perjudica y resiente, se realizó la asociación de la importancia que cada uno de los participantes tiene con respecto al grupo, como “único y particular”.

- 5- Para finalizar: Se les agradeció su presencia. Se convinieron los horarios del próximo encuentro y los materiales necesarios que se iban a utilizar.

Fragmentos de la presentación los participantes:

E. P. (53 años):... “quiero saber mas, todo con respecto al conocimiento me interesa... geografía, conocer la Argentina, matemática, cosas como por ejemplo el dólar, que yo escucho que hablan y no se...”

“Me gusta hacer redacciones”, “Podríamos ir a los museos”. “yo siempre digo que quisiera ser mecánica de aviones”...

“Quisiera estar con mis hijos, que ellos vean que puedo avanzar, tengo 8 hijos y no vivo con ninguno, viven con mi marido, que yo me separe...”

H. A. (50 años): ...”quiero saber alguna noticia del diario”

“no me gusta salir, no soy sociable, me gusta hacer las cosas de la casa, ir al supermercado, lo que mas me gusta es el bazar”...“mi deseo es poder leer y escribir”... por ejemplo cuando me dicen la calle castillo, y digo castillo... y me imagino un castillo y así me acuerdo, trato de asociarlo con el sentido o con algo”.

A.G. (30 años): “Me gustaría hablar de la discriminación... porque a mi me han discriminado, hablar del alcohol, de las drogas de esas cosas informarme...”
“quiero aprender a leer y escribir... con los números soy medio bruto...”“hago 2 talleres de cocina y no me gustan los deportes” “quiero aprender, eso... aprender”.

C. R. (43 años): “me gusta todo lo que vamos a aprender”... “esas cosas son importantes”. “yo voy a venir”.

Observaciones de la entrevistadora:

Puede observarse la motivación que cada uno de ellos traía al encuentro en un principio, las cuales eran bastante dispares. Algunos con expectativas muy altas y desorganizadas. Otros con expectativas muy bajas.

Se observo la movilización personal que esto provocaba, ya que exponían sus experiencias personales a un grupo que todavía no conocían, mostrando con ello una gran necesidad de expresarse y de ser escuchados.

En algunos casos puede observarse la desorganización en cuanto a lo que tenían y deseaban. Con objetivos poco claros, amplios, abstractos y poco realistas.

Puede destacarse además, concepciones negativas que tienen de ellos mismos, que se dejan traslucir en sus enunciados, como por ejemplo, “no soy sociable, soy medio bruto”.

Los alumnos salieron del encuentro muy agradecido y entusiasmado de la experiencia que iban a atravesar.

Taller Nº 2: “Aprendizaje de los Nombres”

Abril 2009

En este taller se aprendieron y escribieron los nombres de todos, algunos sabían escribir su propio nombre y otros no.

Los que sabían escribir su nombre lo escribían en su cuaderno y luego lo pasaban a escribir al pizarrón. Aquellos que no sabían escribirlo o lo escribían con algún error, se les escribió el nombre en el pizarrón y luego ellos lo copiaban en su cuaderno. (Se comenzó con imprenta mayúscula).

Luego en su cuaderno, leían varias veces su nombre escrito y el de sus compañeros. Debían como tarea escribir varias veces todos los nombres y aprenderlo a escribir solos.

Se le entregó cartelitos a cada uno con su nombre propio, para que lo llevaran pegado durante el taller y pudieran aprenderse los nombres de todos sus compañeros.

Respuestas de cada alumno ante la actividad propuesta:

H. A. (50 años): No sabía escribir su nombre sola, siempre tenía que copiarlo. Para ella fue toda una felicidad aprendérselo. Era muy prolija y copiaba muy bien las letras.

C. R. (43 años): Tampoco sabía escribir su nombre de manera completa, pero si sabía algunas letras que llevaba, aunque de manera desordenada.

En este caso sucedió algo muy especial ya que C. insistía en que su nombre llevaba “h”. Pero las coordinadoras ignoraban esto, ya que su uso común, por lo general no lleva “h”. Por este motivo, el alumno se enojo e insistía en este tema, no queriendo escribirlo de otra forma.

Fue así que averiguando en su historia clínica, se observó que había una fotocopia de su documento, en el que efectivamente su nombre llevaba “h”.

A. G. (30 años): Si bien sabe escribir su nombre, que es lo más valioso. Tiene una letra en la que se lee con dificultad, por lo que iba a ser necesario trabajar este aspecto y la prolijidad.

E. P. (53 años): Esta alumna escribió su nombre completo (con 2º nombre y apellido). Y realizó como tarea en casa todo el abecedario.

Observaciones de la entrevistadora:

Se pudo observar, la importancia que tiene para una persona saber escribir su propio nombre y defenderlo. El “nombre propio” es la marca más personal, es lo más propio de nuestra identidad y no es lo mismo escribirlo de cualquier manera. Esto nos daba la pauta del nivel precario que algunos tenían con respecto a la escritura.

Taller N° 3: “Las Vocales”

Abril 2009

En este taller el objetivo era enseñarles las vocales en imprenta mayúscula. Para este encuentro se les había pedido a los alumnos que trajeran un artículo cualquiera de su interés, que les llamara la atención para leerlo.

Se les presento todas las vocales, el sonido de cada una, las cuales debían repetir y escribir en sus cuadernos.

Luego cada uno debía escribir su nombre y descubrir que vocales llevaba y colorearlas. Después hacia lo mismo con las vocales que tenían los nombres de los compañeros.

Luego debían recortar varias vocales de diferentes tamaños y colores, de revistas o diarios y pegarlas de manera agrupada. (Todas las “A”, todas las “E”, etc.)

Y al final cada uno tenía que descubrir las vocales que encontraban en el artículo que habían traído de sus casas.

Respuestas de cada alumno ante la actividad propuesta:

C. R. (43 años): Copiaba las vocales del pizarrón, pero le costaba asociar el sonido con cada letra (el fonema con su grafema), para escribirlas necesitaba de un modelo.

Lograba distinguir las vocales de un grupo de letras, pero confundía los sonidos. Con ayuda logro comenzar a diferenciarlas de a poco, por medio de la clasificación. Tenía dificultades en los movimientos finos como el recortar. No trajo su artículo de interés.

H. A. (50 años): Logro copiar las vocales, diferencié el sonido de cada una, las reconocí en un grupo de letras. Recortaba y clasificaba sin dificultad. Practicaba mucho en su casa, le gustaba realizar tareas.

Trajo un folleto de artículos del hogar y electrodomésticos, en el que salían pocas letras, ya que la mayoría eran imágenes y números. Además lo que estaba escrito, no estaba en mayúscula. Por lo tanto casi no encontró ninguna vocal. Lo cual nos da la pauta, de que la mayoría de las letras para ella eran símbolos desconocidos a descifrar.

A. G. (30 años): Ya sabía las vocales, las reconocía y sabía su sonido, le costaba escribir porque tenía un leve temblor continuo en las manos, pero lograba hacerlo. Esto le hacía apretar mucho el lápiz sobre la hoja y recortar con dificultad. Sus trabajos por lo general eran desprolijos. Pero respetaba y comprendía completamente la consigna.

No trajo ningún artículo porque se había olvidado. Pero se le entrego un texto sobre adicciones, que era la temática que a él le interesaba, así que realizo la tarea correctamente con ese artículo. Además intento leerla.

E. P. (53 años): Sabía distinguir las vocales, porque sabía leer y escribir perfectamente. Ella realizaba las actividades que se proponían con mucha dedicación y a su vez, se agregaba más actividades. Por ejemplo: Copiaba varias veces los nombres de todos, realizaba carteles bien grandes con los nombres de todos los compañeros y coloreaba sus vocales. Buscaba en revistas las vocales en mayúsculas y en minúsculas, con diferentes tipos de letras, colores y tamaños. La cual las sabía clasificar perfectamente.

Había traído de su casa varios artículos de interés, porque decía que todos le interesaban y señalo las vocales mayúsculas y minúsculas de cada uno de ellos. Además de leerlos y comentarlos. E. superaba la consigna dada.

Observación de la entrevistadora:

De acuerdo a lo que se observaba, podía advertirse que las actividades eran demasiado fáciles para algunos y demasiado difícil para otros. No se podía comenzar por la misma actividad para todos.

Paulatinamente, el taller debió pensarse, según la necesidad de cada alumno, ya que eran muy dispares los niveles de aprendizaje por el que atravesaba cada uno.

Fue así que las actividades se reorganizaron de acuerdo a diferentes objetivos, dividiendo el taller en 2 grupos según las personas que no sabían leer, de las que si sabían.

Taller Nº 4: “Pronunciación y dictado”: para los que no sabían leer

Mayo 2009

En este encuentro se trabajo una técnica de relajación para los músculos de la cara, para ayudar a la pronunciación y el reconocimiento de los diferentes sonidos, según la diferenciación de las vocales abiertas de las cerradas.

El objetivo era que pudieran reconocer el sonido de cada vocal y registrar la forma que la cara, la boca y la lengua adoptaban para pronunciar tal vocal.

Cada participante debía pasar al frente y pronunciar cualquier vocal para que el resto pudiera adivinar y escribirla en su cuaderno, luego se repitió la actividad, pero solamente con la mímica de la pronunciación, sin emitir sonido, reconociendo la vocal a partir de lo gestual.

Luego de esto, se realizo un dictado de palabras que llevaban 1, 2 y 3 vocales en su interior. Cada alumno debía escribir lo que podía de cada palabra dictada, los que sabían solamente las vocales, escribían la vocal que escuchaban, mientras que los que sabían las demás letras escribían la palabra completa.

Respuestas de cada alumno ante la actividad propuesta:

Fue así que en este encuentro, pudieron reconocerse las diferencias notables que habían entre cada alumno.

C. R. (43 años): Tenía dificultades en la pronunciación, no había diferenciación en sus gestos y confundía las vocales al escribirlas, no lograba reconocerlas a todas. En el dictado solo lograba reconocer la “I” y la “O”. Confundiéndose muy seguido la “A” de la “E”.

H. A. (50 años): No tenía dificultades en la pronunciación y podía reconocer y diferenciar el sonido de cada vocal, como también lograba escribirlas. En el dictado, descubría las vocales que llevaban las palabras y las escribía.

Taller Nº 5: “Interpretación de textos”: para los que sabían leer

Mayo 2009

Se les entregó un texto corto, previamente seleccionado por las coordinadoras, de acuerdo a los intereses de cada uno. Se les pedía que lo leyeran varias veces, lo comprendieran y luego, dibujaran algo relacionado a lo leído.

Una vez terminado, se hacía la actividad inversa, de una imagen que les gustara o que les llamara la atención, realizar una pequeña nota al respecto.

Respuestas de cada alumno ante la actividad propuesta:

E. P. (53 años): Si bien sabía leer, en ocasiones se equivocaba en una palabra y le daba otro significado, cambiando el sentido del texto que leía. Esto le dificultaba mucho en su interpretación. El dibujo lo realizaba, basándose en los datos concretos del texto.

La actividad inversa, la podía realizar, escribiendo cosas relacionadas con su vida, de estilo poético, con excesivos signos de puntuación. (por ejemplo: colocaba muchas comas, puntos y comas y puntos, en lugares donde no correspondía, mostrando una dificultad para respetar las reglas gramaticales, era así como también le costaba mucho las matemáticas).

A. G. (30 años): Tenía dificultades en leer de corrido, lo que le perjudicaba para concentrarse en la totalidad del texto y en la idea general. Si bien era un texto corto y concreto, podía comprender solo una parte de lo leído. Sabía lo que tenía que dibujar, pero se criticaba tanto a él mismo, que terminaba haciendo lo justo y necesario. Mostrando como resultado un dibujo muy pobre, con escasos detalles.

En la actividad inversa, busco una imagen de una revista: en la que una persona mostraba su D.N.I., **A.** se mostraba seguro de querer utilizar esa imagen, pero no sabía que escribir, se quejaba de esto, por lo que al final terminó solamente escribiéndole un título relacionado con la "Identidad".

Observación de la entrevistadora:

A esta altura nos dimos cuenta que los talleres aun debían ser subdivididos. Ya que no bastaba una sola división entre los que sabían leer de los que no. Hacia falta tener en cuenta que dentro del grupo de los que **no sabían leer**: estaban aquellos que podían aprender las letras y comenzar a formar palabras, de aquellos que necesitaban una actividad más básica en cuanto a diferenciación de sonidos, tamaños, práctica en la escritura, etc.

A su vez del grupo de los que **sabían leer**, se encontraban aquellos que podían interpretar un texto y corregir la ortografía, el vocabulario, etc. de aquellos que debían entrenar la lectura, la interpretación, etc.

Conformando una escala de actividades que iban desde:

- Lo básico: como por ejemplo repetición, memoria, copia con modelos y sin modelos.

- Actividades de alfabetización propiamente dichas: como presentación de las letras y sus sonidos, conjugar consonantes con vocales, formar palabras.
- Actividades de entrenamiento en la lectura e interpretación de textos.
- Apoyo escolar o repaso.

Fue por este motivo que el taller iba desplegándose en diferentes objetivos, para cada uno. A su vez dentro de cada grupo, cada uno tenía a veces su tarea personalizada y otras veces compartida.

Los próximos talleres fueron pensados según la necesidad de aprendizaje de cada uno.

B. EL PROCESO DE APRENDIZAJE Y LAS DIFICULTADES

Taller N° 6: “Las actividades diferenciadas para cada uno”.

Junio 2009

Actividades:

E. P. (53 años): Se le dio un texto de salud, para que lo leyera y buscara en el diccionario las palabras que no entendiera.

A. G. (30 años): Se le dio la actividad de que a partir de una imagen de publicidad descubrir que era lo que la publicidad ofrecía.

H. A. (50 años): se empezó con la m, juntándola con todas las vocales y descubrir el sonido que cada sílaba expresaba.

C. R. (43 años): se le dio una figura humana, recortada en diferentes partes para que lograra el armado del rompecabezas. Luego se le dieron diferentes figuras geométricas, para que las agrupara según su tamaño.

Respuestas de cada alumno ante la actividad propuesta:

E. P. (53 años): Si bien podía realizar la actividad, cuando buscaba una definición en el diccionario, le costaba luego contextualizar la palabra, ya que una definición de diccionario es genérica, luego debía utilizarla de cierta manera en el texto leído.

A. G. (30 años): Le costó mucho descubrir de determinada imagen, la publicidad a la que se refería, por este motivo solía decirse que era “bruto, que nunca entendía nada...”

H. A. (50 años): Confundía el nombre de la letra “M” (eme) (grafema) con su sonido (mmmm) (fonema). Por lo cual le dificultaba leer. Cuando alguien le mostraba el error que cometía, se enojaba y se decía “que dura que soy”.

C. R. (43 años): Lograba armar el rompecabezas y ante la figura que se formaba dijo “es un muñeco”. Esto nos daba la pauta de la imagen que tenía de sí mismo.

Observaciones de la entrevistadora:

Aquí puede comenzar a observarse como en el proceso de aprendizaje cada uno comenzaba a enfrentarse con sus propias dificultades.

Pueden destacarse varias situaciones que se dieron al principio y que fueron removiéndose paulatinamente. Como fue el caso por ejemplo de los “errores”: En muchas ocasiones cuando se les marcaba un error, las respuestas iban de sentirse ofendidos hasta hacerse auto reproches. Estas cuestiones fueron trabajadas, intentando cambiar la perspectiva que se tenía del “error”, considerando que muchas veces podían sacarse cosas productivas de estos.

Esto muestra la rigidez de pensamiento que un paciente psiquiátrico muchas veces arrastra desde su patología y desde su realidad. Y cómo la

misma actividad de aprendizaje entrena estos mismos “ensayos y errores”, posibilitando una flexibilidad cognitiva cada vez mayor.

Así mismo el aprendizaje también genera la exposición de diversas posturas, por lo que puede ayudar a que se respeten diferentes ideas y a que se pueda conviva con ellas.

Otra cuestión importante a analizar fueron los “auto reproches” que los mismos pacientes se hacían a si mismos, como por ejemplo: “que bruto, no me sale, no puedo, que dura”... Mostrando cómo se ven y lo que han construido de si mismos por las experiencias que han atravesado.

Esta baja autoestima también fue trabajada de manera explícita y de forma grupal. Valorando sobre todo, lo que estaban haciendo por ellos mismos en este proceso y reflexionando que estas representaciones de si mismos iban a ser modificadas.

Taller N° 7: Actividad grupal: “Realización de un abecedario y despedir la 1º etapa”

Junio 2009

La actividad propuesta para este taller fue la realización entre todos los integrantes de un abecedario para colgar en el aula. Ese día se trajeron útiles para tal actividad como: cartulinas, tijeras, plasticota, temperas, pinceles y colores.

Además este taller se destinó a despedir la 1º etapa ya que iban a tener un receso de vacaciones de invierno, por lo que por este motivo se compartió gaseosa y galletitas.

En este taller surgieron cosas muy interesantes, ya que al ser una actividad desestructurada, dio la posibilidad que pudiera conversar entre ellos sobre las cuestiones personales que estaban atravesando.

Surgió así que espontáneamente los alumnos comenzaron a exponer situaciones de su vida cotidiana:

E. P. (53 años): comento que le gustaría compartir más tiempo con sus hijos y que no podía porque la tenencia la tenía su ex esposo. Ella no compartió muchos momentos con sus hijos porque se encontraba muy enferma.

H. A. (50 años): expresaba sus problemas con su hijo que se encontraba en la cárcel y que estaba haciendo todo lo posible por sacarlo, buscando abogados y testigos del caso. Comentaba además que con su hija se llevaba mal y que con su esposo también. Quien le controlaba los horarios cuando venia al taller y le decía que ya estaba grande para hacer estas cosas. (Refiriéndose a leer y escribir). Ella siempre decía: “yo soy sola, no tengo a nadie”.

C. R. (43 años): expresaba que estaba cansado de tener que hacer todos los quehaceres de su casa. Que siempre tenía que limpiar, lavar los platos y que cuidar a su sobrino le demandaba mucho tiempo.

A. G. (30 años): comentaba que se la pasaba en la calle porque se aburría mucho y no sabía que hacer. Que por eso se juntaba con unos chicos que a su mama no le gustaban porque se drogaban.

Mientras cada uno escribía, dibujaba y pintaba una letra, se aconsejaban entre ellos.

Los comentarios en general eran:

E. P. (53 años): le decían que si ella podía demostrar que ahora se encontraba sana, le iban a poder dar a sus hijos. Que tenía que recuperar el tiempo perdido.

H. A. (50 años): le decían que le contestara al marido: “que no hay edad para aprender”. Además los compañeros le decían que ahora no estaba sola, que los tenía a ellos. Que acá podían contarse sus cosas y ayudarse.

C. R. (43 años): le dijeron que se tenía que revelar, que no tenía que lavar siempre los platos. Que no tenía que dejar que se aprovecharan de él.

A. G. (30 años): le decían que estudiara, que no faltara a los talleres, que esto le iba a hacer bien. Que hiciera actividades al aire libre.

Observaciones de la entrevistadora:

En este taller se pudo observar la necesidad que tenían de expresar sus experiencias y compartirlas. Y como el grupo sirvió de contención, pudiendo aportar su visión y su consejo hacia el/la compañera.

Por parte de las coordinadoras se hizo el señalamiento, de la importancia de este espacio de aprendizaje para justamente desde allí mostrar que tales situaciones iban a poder ser pensadas de otra manera a partir de la educación.

Estas situaciones muestran que además de los objetivos de aprendizaje y de adquisición de conocimientos, existían otros objetivos subyacentes de los alumnos que tenían que ver con las situaciones personales por las que atravesaban, que necesitaban expresar y desarrollar. Y que en el marco del taller, gracias a la contención que recibían, podían ser contempladas. Esto es también lo que hacía a la motivación del mismo por parte de los participantes.

Receso Vacaciones Julio, sumadas a la suspensión de actividades por la campaña de gripe A del año 2009

Taller N° 8: “Retomando las Actividades”

Agosto 2009

Una vez afianzado el conocimiento acerca de lo que cada uno podía proponerse como objetivo para este año, en cuanto a aprendizaje, se realizó una especie de “programa” que guiaría nuestro camino.

Este trabajo fue muy minucioso y llevo mucho trabajo, casi medio año se trabajó en la adaptación del taller para investigar: qué sabían y hasta dónde, qué había que volver a ver y repasar, y qué era necesario aprender de nuevo. Además de crear un hábito de asistencia.

Así fue que a partir de la segunda mitad del año, los talleres comenzaron a organizarse con objetivos puntuales como:

Para **E. P. (53 años)** que ya había visto en los meses anteriores, las reglas ortográficas, el dictado de palabras para luego ordenar alfabéticamente y algunas actividades básicas de matemática como la suma y la resta. Se fijo para los meses siguientes trabajar:

- 1- Los sinónimos y antónimos
- 2- el articulo
- 3- el sustantivo
- 4- el adjetivo
- 5- La multiplicación
- 6- Historia
- 7- Geografía: las provincias de Argentina.
- 8- Ciencias naturales: el cuerpo humano

Para **H. A. (50 años)** que estaba aprendiendo a leer y escribir, y que ya había incorporado las letras “M”, “T” y “D”, con cada vocal, se siguió con la misma forma de trabajo de ir incorporando cada vez mas letras, como la “S”, la “L” y la “P”, para formar palabras y oraciones, junto con actividades de: orientación espacial y temporal, atención, concentración, etc. y algunas actividades de matemáticas. Además se empezó a ejercitar el sonido invertido, por ejemplo “me” diferente a “em”.

Para **C. R. (43 años)** iba a ser necesario repasar muy detenidamente las vocales, los colores, los tamaños, las formas y la pronunciación. Y se agregaron actividades y juegos para desarrollar los aspectos cognitivos como la atención, la orientación, la percepción, etc.

El alumno **A. G. (30 años)** abandono el proceso en la segunda mitad del año.

Respuestas de cada alumno ante la actividad propuesta:

H. A. (50 años) había practicado mucho en su casa, por este motivo la incorporación de nuevas letras le fue cada vez más fácil, porque ya había diferenciado totalmente los grafemas de los fonemas. Reconocía que las letras tenían su nombre y que los sonidos eran diferentes. Lograba formar silabas, combinarlas y de allí formar palabras y leerlas. Se sentía cada vez más segura cuando leía, pudiendo reconocer de un listado la palabra correspondiente al dibujo.

E. P. (53 años) estaba siempre abierta a aprender cada vez mas, se traía de su casa libros escolares de sus hijos, revistas, cuentos y poemas para leerle a sus compañeros. Entendía la consigna y trabajaba con mucha dedicación.

C. R. (43 años) realizaba bien las actividades de los “tinteros” y comprendía las consignas y realizaba bien las actividades.

C. EL FINAL Y LOS AVANCES LOGRADOS

Taller Nº 9: Octubre 2009

Actividades:

E. P. (53 años) realización de ecuaciones, factores, problemas matemáticos.

H. A. (50 años) trajo la tarea hecha con su hija

C. R. (43 años) para hacer la tarea en su casa había pedido que nadie lo molestara.

Para esta altura del año podían observarse varios cambios favorables por parte de los pacientes. La incorporación de una forma de trabajo ya se había establecido. Las motivaciones estaban definidas.

Pueden observarse varias situaciones que muestran el avance alcanzado:

E. P. (53 años) había encontrado un lugar donde terminar sus estudios primarios formales, en el que se estaba incorporando. Con toda la reorganización que ello implica, igualmente decidió continuar con este taller, ya que consideraba que podía hacer las 2 actividades sin problema. Esto muestra claramente que había encontrado algo más en el taller que un apoyo escolar, sino también un grupo en que se sentía valorada y una contención importante desde lo personal. Siempre expresaba: “el saber no ocupa lugar”. Así fue que asistió todo el año al taller con solo 5 inasistencias.

H. A. (50 años) Siempre había sido responsable, supo enfrentar muchas opiniones de su familia al respecto del taller, y encontrar un espacio para ella, en el que pudiera compartir lo que le pasara y en el que se daba un tiempo para realizar un deseo propio, que tenía desde hace años.

Aprendió no solo a leer y escribir, sino también a organizar sus horarios, a valorarse sus logros, a contactarse con gente, a compartir opiniones.

Pudo observarse con el tiempo, que a veces realizaba la tarea en casa, ayudada por su hija o por su nieto. Mostrando una alegría muy grande por eso. En uno de los últimos encuentros trajo una foto de su familia para mostrarla.

C. R. (43 años) Logro comenzar a asistir a los talleres con mas estabilidad, incorporando pautas de trabajo, organizando sus horarios. Que lo fueron involucrando cada vez más en el proceso de aprendizaje. Esto le ayudo en su responsabilidad para hacer las tareas y sobre todo en su independencia.

Las acciones como hacer la tarea solo en su casa, fueron grandes avances, a menudo expresaba que le gustaba el taller y que las cosas que hacíamos le servían mucho.

Los Talleres grupales de reflexión

(Una vez por mes)

Una vez por mes, se realizaba un encuentro grupal, con todos los participantes y con la coordinadora del Taller, destinado a reflexionar sobre el avance del grupo.

En estos encuentros todos los participantes exponían como iban experimentando este proceso, haciendo una revisión de lo aprendido hasta el momento, expresando además, lo que sentían en su vida cotidiana y en los aspectos personales en que el taller les había ayudado.

Estos momentos eran sumamente gratos para todos los participantes, ya que espontáneamente podían expresar sus sentimientos y compartirlos.

Ellos mismos se autoevaluaban y reconocían cómo podían de a poco ir modificando sus propios obstáculos. Aprendiendo de los errores de cada uno, gracias al apoyo grupal.

Esto muestra claramente la flexibilidad mental que los alumnos iban incorporando, gracias a la actividad de aprendizaje.

Los participantes continuamente mostraban sus agradecimientos ante las talleristas y evaluaban la experiencia como algo muy positivo y enriquecedor.

A uno de estos talleres, se invito a la familia, para escuchar sus opiniones y para involucrarlos en este proceso, ya que considerábamos que su aporte iba a ser muy importante.

Taller final de reflexión sobre lo trabajado durante el año

(Diciembre 2009)

En el último taller del año, nos reunimos todos los involucrados en este taller:

Los alumnos que habían pasado por todo este proceso y habían llegado hasta el final, la tallerista que dictaba el mismo, la coordinadora Karina Díaz y la Jefa de rehabilitación que había aprobado este proyecto, la Dra Raviolo.

En este taller se expuso detalladamente todo lo que se trabajó, la evolución de las pacientes, el compromiso y la alegría que nos había brindado realizarlo.

Se entregó un certificado firmado por las autoridades a cada alumno por haber pasado por este proceso, lo cual significó un orgullo muy grande por parte de las alumnas para con ellas mismas.

Se trabajó sobre la importancia de seguir en este camino de la educación que nunca se termina, además se dio la noticia de que el año que siguiente el taller iba a continuar, lo que les produjo una gran alegría y alivio.

Se les entregó unas actividades para que en las vacaciones los alumnos siguieran repasando y teniendo contacto con lo aprendido.

Es de suma importancia destacar el avance de cada uno de ellos en el transcurso de todo el año, tanto en el aprendizaje y sobre todo en lo personal. La evaluación que ellos mismos se hacían era sumamente positiva y enriquecedora. Ellos mismos consideraban que habían avanzado y que se sentían orgullosos de eso. Además de sentir que ahora contaban con más herramientas para hacerle frente a su adversidad.

4º “Aporte de las coordinadoras”

Entrevista Dr. Mónica Raviólo, Jefa del área de Rehabilitación del Hosp. Carlos Pereyra.

“Siempre definiendo mucho al taller de Alfabetización y Educación Popular, porque considero que es un aporte sumamente importante e innovador, lo que se ha hecho... nos ha abierto los ojos a todos los profesionales en cuanto a las necesidades de los pacientes...”

“ Los pacientes tienen talleres de computación... pero no de alfabetización, le damos una salida laboral, pero no tienen lo básico..., es increíble... Con esto quiero decir que a uno le cuesta poder entender la realidad que ellos viven, uno les receta tal y tal pastilla y ellos te preguntan cual? la amarilla o la blanca?, hablamos en dos idiomas diferentes...”

“Por eso yo valoro tanto el trabajo que ustedes hacen (refiriéndose al voluntariado), veo a los profesionales o a los residentes, que atienden en su consultorio a los 4 pacientes que les toca y si no vienen se van... o dicen que no se puede trabajar porque no hay “tela” (refiriéndose a un concepto psicoanalítico) o porque no se logra la transferencia... Cuando hay una demanda detrás de 200 pacientes que necesitan ser contenidos. Todavía tenemos muy arraigada la creencia de que determinada intervención le va a cambiar la vida a un paciente... y en estos casos lo que se necesita es sostener y acompañar al paciente, en este camino hacia la salud mental... que requiere de mucho trabajo”.

“Con respecto al taller de “alfabetización y educación” yo creo que más que rehabilitar, lo que hace es “Habilitar”. Lo que hace este tipo de talleres es potenciar los recursos que ya tienen, es generar recursos a los que nunca tuvo acceso, es abrir una puerta”.

“La falta de educación y de posibilidades educativas es una discapacidad que ya traían antes de su internación, esto nos muestra la vulnerabilidad que tienen, por eso creo que no podemos pensar en su rehabilitación, sino generamos recursos...”

“En el proceso de aprendizaje lo valorable es esto de que ante el error puedo volver a verlo, es repasar cuestiones básicas que se van fortaleciendo. El vínculo que se genera con ustedes, es muy distinto del que se genera como paciente... y esto es increíble verlo... en el consultorio se ponen en un lugar de pacientes, de pasivos, de queja continua... en cambio en el taller es un vínculo totalmente diferente, es con la “maestra”, ellos están posicionados en otro lugar, son activos, tienen que hacer los deberes, incluso ellos mismos dicen: “esto lo hago por mí”, es un vínculo desde lo más sano”.

“Lo que yo he podido ver es como el taller los “sociabiliza”, es ese contacto con su aspecto más sano, en los que son vistos como personas, desde sus esfuerzos”.

“Yo hago la comparación con los chicos cuando se los manda a la escuela, que en la casa con la madre se portan mal, son mañosos, que la madre los ve como pobrecitos.... pero que en la escuela se portan bien y se sociabilizan perfectamente...bueno así. Eso es lo que creo que genera este taller, un espacio en donde tienen que poner su esfuerzo, a donde no se les permite entrar la patología, es un ámbito totalmente diferente al médico”.

“Los beneficios que yo puedo ver en los pacientes es sobre todo en su “sí mismo”, mientras más vayan pudiendo desarrollar esto y cuidar esto que soy yo, van a poder lograr el contacto y la integración social”.

“Esto lo he escuchado de H. quien me dijo “esto es lo único que he hecho por mí”... Por eso insisto en que esto los “habilita”, no fue que lo tuvieron y por la enfermedad lo perdieron, fue algo que debió estar y nunca estuvo”.

(En cuanto a la desmanicomialización)

“Si totalmente es a lo que apunta el hospital, creo que tienen que existir camas psiquiátricas en los hospitales generales, porque a veces tenemos pacientes enfermos del corazón y en el hospital central no los quieren atender, se manda a todos acá. Lo mismo pasa con la familia, que te dice: bueno si está enfermo que lo dejen ahí... ¿ahí hasta cuando?”

“Es la misma lógica manicomial que esta instalada socialmente, donde lo único que se ve es la enfermedad”.

“Yo a la rehabilitación siempre la represento como un puente, de esos colgantes hechos con tablitas, que va de la isla de la enfermedad hacia la salud mental, y cada tablita es algo de estos talleres que se les puede dar a los pacientes”.

“Por eso intentamos apuntar a una lógica de la salud mental, donde se pueda hacer lo posible porque el paciente logre una mejor calidad de vida”.

“Tampoco creo que eso se logre cerrando los hospitales, hay crisis en las personas en donde en determinado cuadro clínico es necesaria su internación, pero solamente para ese momento, para el momento mas crítico, no para que se quede a vivir acá”.

“Y es esa transformación la que estamos intentando hacer en el hospital, tenemos muchos dispositivos de rehabilitación fuera del hospital como lo es casas de medio camino, centro psicosocial, milenium, en donde todos apuntan a ayudar a la inclusión social del paciente. Creemos que vamos por buen camino. Toda esta edificación nueva que se esta haciendo es justamente para la mejoría, tanto en las condiciones de los pacientes, como en la de los profesionales”.

Entrevista a Lic. Karina Díaz, a cargo de la coordinación general del proyecto de “Alfabetización y Educación Popular”. Pertenece al programa de Trabajo Social, dentro del área de Rehabilitación del Hospital C. Pereyra.

K: “Lo importante a destacar sobre el comienzo de este proyecto, es que parte de la demanda de los mismos pacientes, fue en “casas” que una paciente me dijo que quería aprender a leer y escribir...”

“Cuando empezó a pensarse en hacerse realidad esta idea, los profesionales de otros programas comenzaron a decirme que ellos también tenían pacientes que no sabían leer... así fue que empecé a armarlo, a vincularme con en el

voluntariado que se ofreció a participar y a contar con la fuerza de esta paciente, que comente recién, que me decía que ya se había comprado el cuaderno para empezar...”

K: “Creo que hay que pensar en dos cosas diferentes cuando se habla de “inserción e inclusión”... Una vez que los pacientes han sido dados de alta de la internación, es porque de alguna manera ya se ha encontrado un lugar donde insertarlos: su familia, unos parientes o ya sea un hogar, en donde hay un sistema, un barrio, una comunidad. En este caso podemos decir que están “Reinsertados en la sociedad”. Ahora, eso no quiere decir que se haya “Incluido socialmente”. Porque estar incluido tiene mas que ver con la participación, con el respeto por sus derechos, con tener responsabilidades laborales por ejemplo....”

“Por eso creo que justamente el taller ayudo al “proceso” que requiere esa inclusión, que en el caso de E. se logró, porque ella pudo terminar sus estudios y hoy esta trabajando de celadora en una escuela.

En otros casos si bien no se logró la inclusión total, se trabajó para eso, y uno de los pasos de este proceso era por ejemplo que asistieran, que participaran, que hicieran tareas, etc.”

“Hay que considerar que es un “proceso” que permite a los pacientes mantener de una manera mas objetiva la inclusión, decir: allá vamos..., movilizarse, salir de casa, aprender, son los escalones de este proceso hacia la inclusión”

“Puedo confirmar que a los pacientes el taller los ayudó a tener decisiones, a tener un porque, un para que, a tener una identidad fuera de ser “pacientes”...

“Y en todo esto esta incluida la rehabilitación, porque... el taller los ayudó a valorar sus capacidades, a tener herramientas para la vida cotidiana. Con avances y retrocesos, lógicamente porque la rehabilitación no es un proceso lineal, pero el objetivo mas importante es que pudieran mejorar su calidad de vida”.

“Considero que los resultados del taller fueron muy beneficiosos, tanto para los pacientes, como para la familia de ellos, que pudieron empezar a tener otra mirada de la patología...”

“Algo importante que pude observar fue la respuesta de otros pacientes de psicosocial, donde surgió en una asamblea que ellos también querían ir a la escuela, porque habían visto a algunos pacientes en el taller de alfa... y creo que esas son las cosas que demuestran la importancia de esto...”

Cuando el taller empezó tuvo sus obstáculos internos, “institucionales” me refiero, para que surgiera y para que fuera aceptado... es esto de lo instituido y lo instituyente... donde cuesta aceptar lo nuevo.

Entrevista a Julieta Fernández, Voluntaria a cargo del dictado del taller de “Alfabetización y Educación Popular”, estudiante de psicología, perteneciente al programa de Voluntariado del Hospital Carlos Pereyra, que se encuentra dentro del área de rehabilitación.

“El resultado mas valioso que yo puedo considerar del taller es el crecimiento personal que han tenido los alumnos, el taller sobre todo les ha ofrecido un lugar de “valor” a ellos, se han sentido estimulados, reconocidos en su esfuerzo... el hecho de haberlos tenido en cuenta y de que alguien se preocupa por ellos, es otorgarles un lugar que en otros ámbitos no lo han tenido... eso es lo que mas se nota por parte de ellos... porque te agradecen todo el tiempo.... Y eso se observa con el paso del tiempo...”

“Yo recuerdo cuando empezaron, eran mas tímidos... retraídos, se los notaba mas frágiles y vulnerables, hoy los ves y se han hecho amigos, se apoyan los unos en los otros, se alientan entre ellos...”.

“Por ejemplo en el caso de C. se logró que el pudiera tomar sólo la decisión de seguir, de elegir que esto le hacia bien... y con ello enfrentarse a la oposición de su madre”.

“Lo mismo con H., ella enfrentó a toda su familia, que hoy terminan ayudándola... en ella puede verse como si hubiera descubierto otro mundo, lee

carteles, se maneja sola en colectivo, hace tramites, la otra vez descubrió la palabra “coca-cola” y para ella fue toda una felicidad, porque solamente conocía el logo...”

“Estos pequeños pasos han ayudado a definir su personalidad, han dejado de ser mandados, para empezar a ser “activos”, a poder elegir, tomar sus decisiones”...

“Yo no me considero que haya educado a nadie... el aprendizaje fue para ambos, lo que se les dio fue la herramienta que necesitaban para moverse en la vida”...

CONCLUSIONES:

CONCLUSIONES:

En la presente tesina se analizó la problemática educativa de los pacientes psiquiátricos. Ya que la institucionalización, la segregación, el aislamiento, el encierro, el abandono son consecuencias desfavorables que se observan en la internación de un paciente a un manicomio, que no ayudan al proceso de tratamiento que una persona con sufrimiento mental debe seguir.

Esta medida que se aplica hace más de 100 años debe ser reflexionada con urgencia, para que no siga discapacitando a las personas que pasan por allí.

Con ello se pretendió hacer un acercamiento a la problemática intentando con ello llamar a la reflexión de lo que hoy sucede en los hospitales psiquiátricos, para dejar la puerta abierta a otras posibles formas de acción.

A partir de los objetivos que se plantearon podemos decir que el taller de alfabetización y educación popular, les aportó a los pacientes que pasaron por esta experiencia, nuevos conocimientos. Brindando un espacio de aprendizaje, según el nivel educativo y cultural de cada uno.

Estos nuevos conocimientos si bien tenían que ver con la palabra escrita y oral, con análisis de textos y algunos procedimientos matemáticos básicos. Consideramos que los contenidos no fueron un fin en si mismos, sino un medio para desarrollar las capacidades del sujeto. Los contenidos estaban destinados a potenciar el desarrollo global de los mismos.

Aprender a leer y escribir, además de ello, les permitió discernir el mundo que los rodea. Firmar con su nombre, les permitió delimitar su identidad y comprometerse. Saber sumar o restar, además de sacar cuentas, les permitió, desenvolverse en el mercado, para comprar y reconocer el vuelto cuando hacían sus compras.

Estos aprendizajes básicos los hicieron enfrentarse con sus dificultades, para superarlas y aprender a manejarse y desenvolverse en la vida cotidiana.

Si bien la reinserción social no se dio en todos por igual, en la misma medida y de la misma manera, debiéndose a que ello es un “proceso” que requiere de diferentes tiempos personales y de diferentes factores como el apoyo social recibido, la capacidad de afrontamiento y los recursos personales

Fue así que aquellos pacientes que contaban con más recursos, pudieron llegar más rápido a este objetivo, incluida la inserción laboral.

Pero el llegar a ser un ciudadano participativo requiere no solo de muchos pasos por parte del sujeto, sino también como vimos de grandes esfuerzos y cambios por parte de una sociedad receptora y contenedora que ejerza una política que incluya a las personas con discapacidad.

Dicha investigación nos muestra sobre todo, la importancia del seguimiento y el apoyo que un paciente necesita para ser reincorporado a la sociedad.

No pretendemos que una sola herramienta pueda ser capaz de darle al paciente la capacidad de enfrentar y sobrellevar solo su adversidad, pero si creemos que la educación es un recurso, una herramienta, un apoyo muy valioso de afrontamiento y de salud, que les permite:

- ❖ Desarrollar habilidades,
- ❖ Ser críticos, pudiendo reflexionar y actuar sobre la realidad,
- ❖ Tomar decisiones sobre su propia vida, generando independencia,
- ❖ Sentirse contenidos, valorados, escuchados, aumentando su autoestima y conocimiento de si mismos
- ❖ La posibilidad de relacionarse con un grupo, para discutir e intercambiar opiniones.

Y todos estos, son pasos de un proceso que necesariamente ayudan a su rehabilitación, porque recupera la capacidad productiva del paciente,

reduciendo el deterioro de funcionamiento defectuoso por secuelas y favoreciendo con ello la posibilidad de reinserción y reintegración social.

La rehabilitación y la reinserción social son un proceso dialéctico, que van de la mano, no puede darse una sin la otra. Reconocer la importancia del apoyo social en la rehabilitación es nuestro desafío como profesionales de la salud.

El logro de La Reforma Psiquiátrica y la desinstitucionalización solamente puede darse reconociendo la importancia de las necesidades psicosociales de los pacientes, por ello se torna ineludible un compromiso con el mejoramiento de la calidad de vida de los mismos, sumada a la articulación de oportunidades y apoyos para su mantenimiento e integración a la comunidad.

La educación es un ejemplo concreto de estrategias de intervención que ayudan a la activación de redes de apoyo social, es por ello que la intervención no debe quedarse en la internación, sino dar lugar al tratamiento y seguimiento posterior, que tenga relación con la vida comunitaria y cotidiana del paciente.

Como evaluación general del taller, tenemos la fuerte convicción de que la educación, mejora el rendimiento y bienestar de las personas, aumentando su salud. Coincidimos plenamente con la Organización Mundial de la Salud quien dice que “La Alfabetización es el mejor remedio”, por ese motivo seguimos apostando a que este taller pueda seguir incluyéndose dentro de los programas del Hospital, contando con la permanencia de los alumnos de este año e intentando captar más pacientes que necesiten este tipo de apoyo.

* * *

BIBLIOGRAFÍA

Ackernecht, E. (1957). *Breve historia de la psiquiatría*. Bs. As.: Eudeba.

Argentina. Ministerio de salud, Departamento de Salud Mental. (2009). *Salud Mental Comunitaria, La desmanicomialización en Río Negro*. Gobierno de Río Negro. Obtenido de

<http://www.salud.rionegro.gov.ar/inicio/listfile/informes.php>

Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (1990).

Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. Res. 46/119, No. 49.

Caldas de Alameida, J. M. (2007) Logros y obstáculos en el desarrollo de

políticas y servicios de salud mental en los países de América Latina y el Caribe después de la declaración de Caracas. En *La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. Washington: Ed. Jorge Rodríguez. Obtenido de:

http://www.psiquiatriasur.cl/portal/uploads/brasilica_caldas_documento.pdf

Caplan, G. (1964/1985). *Principios de Psiquiatría Preventiva* (1º Reimpresión).

España: Paidós.

Carrillo, R. (1951). *Teoría del Hospital*. Bs.As.: Eudeba.

Cohen, H. (1994) El proceso de desmanicomialización en Río Negro. En O. &

P. Tianovsky (Comp.), *Políticas en salud Mental* (pp. 87-103) Lugar editorial. Bs. As.

Coriat, S. (2003). *Lo Urbano y lo Humano*. Bs. As.: Ed. Universidad de

Palermo.

- Cutuli, A. (Directora). (2005). *Comunidad de Locos* [Documental audiovisual]. Argentina.
- Dadamia, O. M. (2004). *Lo Especial de la Educación*. Bs. As.: Magisterio del Río de la Plata.
- Devalle de Rendo, A. (1999). *Una escuela en y para la diversidad*. Bs. As.: Aique.
- Fiasché, A. (2003//2005). *Hacia una Psicopatología de la Pobreza*. (Primera Reimpresión). Bs. As.: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Follari, R. (1997). *Psicoanálisis y Sociedad: Crítica al dispositivo Pedagógico*. Bs. As.: Lugar Editorial.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. Tomo I y II. México: Fondo de la cultura económica.
- Freire, P. (1985). *Pedagogía del Oprimido*. México: Siglo XXI Ediciones.
- Galende, E. (1994). Modernidad, Individuación y Manicomios. En O. Saidón & P. Tianovsky (Comp.), *Políticas en salud Mental* (pp. 57-85). Bs. As.: Lugar editorial.
- Goffman, E. (1981) *Internados: Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Bs. As.: Amorrortu
- Goffman, E. (1998) *Estigma, la identidad deteriorada*. Bs. As.: Amorrortu.
- Grupo doce (2001). Coord. Cantarelli, M.; Lewkowicz, I. *Del fragmento a la situación. Notas sobre la subjetividad contemporánea*. Buenos Aires: Altamira.
- Guardiola C. (2004). La homogeneización educativa en tiempos de atención a la diversidad. En N. Aizencang, C. Bracchi, N. I. Garate, V. González, C.

- Guardiola, M. A. Horn. Et al. (1998), *Escuela Sujetos y Aprendizaje* (55-67). Bs. As.: Ed. Novedades Educativas.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodologías de la investigación* (6º ed.). México: Mc Graw Hill.
- Kazi, G., Carpintero, E., Barraco, A. & Vainer, A. (2007, Abril 24).
Desmanicomializar pasado y presente de los manicomios. *Revista Topía*.
Extraído el 17 de Enero de 2010 de
<http://www.topia.com.ar/articulos/desmanicomializar-pasado-y-presente-de-los-manicomios>
- Lemoine, J. (2005). *Historia de la Antipsiquiatría. Sitio oficial de escritor argentino*. Libro 119 (1). Extraído el 28 de Enero de 2010 de:
http://www.jorgelemoine.com/poesias/poesia_119.html#
- León, O. & Montero, I. (1996). *Diseño de investigación. Introducción a la lógica de la investigación en psicología y educación*. Madrid: Ed. McGraw-Hill.
- León, O. & Montero, I. (2003). *Métodos de Investigación en Psicología y Educación* (3º ed.). Madrid: McGraw-Hill.
- Lerner, D., Lorente, E. & Lotito, L. (1995) Actualización Curricular Lengua EGB [Versión Electrónica]. *Municipalidad de la Ciudad de Bs. As.* Documento de trabajo N° 1.
- Levav, I. & González, R. (2007) Las raíces de la declaración de caracas. *En La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. Ed. Jorge Rodríguez. Washington.

- Lewcowicz, I. (2005). Escuela y ciudadanía. En I. Lewcowicz & C. Corea, *Pedagogía del aburrido: Escuelas destituidas, familias perplejas* (pp. 19-70). Bs. As.: Paidós.
- Lewcowicz, I. & Corea, C. (2005). *Pedagogía del aburrido: Escuelas destituidas, familias perplejas*. Bs. As.: Paidós.
- Ley N° 24.195 (1993). Ley Federal de Educación.
- López, M.; Laviana, M. & García-Cubillana, P. (2006). Los Hospitales Psiquiátricos en la(s) Reforma(s). Notas para orientar una investigación necesaria. En F. Pérez (coord.), *Dos décadas tras la Reforma Psiquiátrica* (pp.239-273). *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*.
- Lus, M. A. (1995). *De la Integración Escolar a la Escuela Integradora*. Bs. As.: Paidós.
- Marietan, H. (2004, Octubre) Historia de la Psiquiatría. *Alcmeón, XI*, artículo 4.
Consultada el 28 de diciembre de 2009 en
http://www.alcmeon.com.ar/11/44/08_marietan.htm
- Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Bs. As.: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (1990). *Declaración de Caracas*. Extraída de:
http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1978). Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Alma-Ata. En *Salud Pública Educ. Salud*.
- Pantano, L. (1998). *La discapacidad como Problema Social* (2º ed.). Bs. As.: Eudeba.

- Parés, B. (2003). *Educación a las Personas con Discapacidad. Una tarea que se Construye*. Mendoza: Ed. Facultad de Educación Elemental y Especial.
- Pasquale, Evaristo (2009, Septiembre 30) La reforma psiquiátrica en Trieste, Italia. *Revista Topia*. Extraído el 31 de Enero de 2010 de:
<http://www.topia.com.ar/articulos/la-reforma-psiquiatrica-en-trieste-italia>
- Rocco Cuzzi, R. (1999). Desmanicomialización- una Política para la Locura [Versión Electrónica]. *Diario Clarín, Enero*. Extraído el 08 Enero, 2010 de
<http://www.laenfermerahoy.com.ar/articulo.php?id=72>
- Sazs, T. (1961) *El mito de la enfermedad mental*. Ciudad: Ed. Amorrortu.
- Scavino, C. (2004). Hacia un análisis de las relaciones entre psicología y educación desde la historia de la psicología. En N. Elichiry (Comp.), *Aprendizajes Escolares* (pp. 101-113). Bs.AS.: Manantial.
- Shiappa Pietra, J. (1992). *Trabajos en salud mental. Modalidad rionegrina*. Río Negro: Ed. El Bolsón.
- Siquier de Ocampo, M.L., García Arzeno, M.E. & Grassano de Píccolo, E. (1987/2003). *Las Técnicas Proyectivas y el Proceso Psicodiagnóstico*. (25º reimpresión). Bs. As.: Nueva Visión.
- Skiadaresis, R. *Breve recorrido histórico sobre la enfermedad mental e internación*. (Ficha inédita proporcionada por la cátedra de Clínica Psicoanalítica.UDA).
- Skliar, C. (2003). La educación para la diversidad bajo sospecha. *Revista Novedades Educativas*, 11(155).
- Stolkiner, A. (1987). Distintos paradigmas en salud, sus instituciones y el psicólogo en ellas. *Revista de Salud y Sociedad*, Nº 14 y 15. Bs. As.

- Testa, M. (1994). El Hospital. Visión desde la cama del paciente. En O. Saidón & P. Tianovski (Comp.), *Políticas y Salud Mental* (pp. 175-187) Bs. As. Lugar editorial.
- Vallejo Ruiloba, (2002). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría* (6º ed.). Barcelona: Edición Masson.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006/2007). *Estrategias de investigación cualitativa* (1º reimpresión). Bs. AS.: Gedisa.
- Verdugo Alonso, M. A. (1998). *Normalización, Integración y calidad de vida*. Apuntes de la Universidad de Salamanca.
- Vicente, B., Cohen, H., Saldivia, S., Natella, G., Vielma, M., Santayo, J.C., et al. (1997). Programa de salud mental en la provincia de Río Negro. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 17(64), 753-762.
- Videla, M. (1998). *Prevención: Intervención Psicológica en Salud Comunitaria*. Bs. As.: Ediciones Cinco.