



RIDAA
Repositorio Institucional
Digital de Acceso Abierto de la
Universidad Nacional de Quilmes



Universidad
Nacional
de Quilmes

Staffolani, Mariela

Manicomios nunca más. Salud mental y derechos humanos en Rio Negro (1983-1991)



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución - No Comercial - Sin Obra Derivada 2.5
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/>

Documento descargado de RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes de la Universidad Nacional de Quilmes

Cita recomendada:

Staffolani, M. (2025). *Manicomios nunca más. Salud mental y derechos humanos en Rio Negro (1983-1991)*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Quilmes, Bernal, Argentina. Disponible en RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes <http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/5771>

Puede encontrar éste y otros documentos en: <https://ridaa.unq.edu.ar>

“Manicomios Nunca Más”. Salud mental y Derechos Humanos en Río Negro (1983-1991)

TESIS DE MAESTRÍA

Mariela Staffolani

maristaff@hotmail.com

Resumen

En los años 80' en Río Negro se concretó un programa provincial de salud mental comunitaria que fue pionero en el país y que hoy es mencionado como precursor, pues inauguró una reconfiguración del trabajo de salud mental gracias a la confluencia de otros factores provenientes del movimiento de derechos humanos local.

En efecto, por entonces, el campo de los derechos humanos comenzó paulatinamente a enlazarse con la salud mental generando transformaciones y articulaciones en ambos ámbitos. Sobre esta historia no se habían realizado hasta ahora análisis en profundidad. En su lugar, la desmanicomialización se situaba como un hecho dado, como una marca cronológica que podía simbolizar la unión entre salud mental y derechos humanos. Sin embargo, este vínculo es resultado de un proceso complejo, que tuvo tensiones y también olvidos en las memorias de los actores. Su reconstrucción permite explicar muchos aspectos hasta ahora silenciados. Sobre este tema se ocupa esta tesis.

La presente investigación busca identificar cuáles fueron las incidencias e implicancias de la “transición democrática” en el desarrollo de la política de salud mental implementada en Río Negro, a partir de 1983. Durante ese momento de “pasaje” entre un régimen dictatorial a otro democrático, distintas ideas, debates e intercambios se llevaron adelante renovando interpretaciones sobre la salud mental desde una perspectiva de derechos.



MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

"Manicomios Nunca Más"

Salud mental y Derechos Humanos en Rio Negro (1983-1991).

AUTORA: Staffolani Mariela

DIRECTORA: Dra. María Soledad Lastra.

AGRADECIMIENTOS/DEDICATORIA

A Luisa Acosta, y a Chiche Staffolani, mis viejos que se fueron durante la escritura de esta tesis, y que entendieron antes de partir, en medio de charlas y cuidados, que el manicomio no es un lugar para vivir.

Agradezco la oportunidad de haber estudiado esta maestría en la universidad pública, en la Universidad Nacional de Quilmes un lugar que siempre distinguí como de inclusión social y formación de calidad; la cual enriqueció mi campo profesional, tanto en la intervención social que desarrolló desde hace muchos años, como en el campo de la docencia y la investigación.

En especial agradezco de corazón a mi directora, la Dra. Soledad Lastra, por el acompañamiento, calidez, dedicación, y fundamentalmente por su estrategia pedagógica para transmitir sugerencias y correcciones de una manera propositiva, lo cual me permitía seguir explorando y confiando tanto en momentos de hallazgos como en otros de incertidumbre.

Esta tesis fue posible gracias al apoyo de todas las personas que brindaron su testimonio, con tanta generosidad, y que acercaron información de otras fuentes testimoniales y documentales. Fue esencial la información, y asesoramiento comprometido de Ayelen Mereb, y Claudia Baffo. También quiero destacar y agradecer toda la ayuda y la calidez de la Dra. Graciela Natella, informante clave en este proceso, protagonista junto a Hugo Cohen de la desmanicomialización rionegrina, la cual se mostró dispuesta a explorar y revisitar el proceso de reforma en salud mental.

A su vez, agradecer toda la ayuda que, desde la Carrera de Trabajo Social de la UBA me brindaron, fundamentalmente el Dr. Carballeda, como así también compañeros y colegas de la Universidad Nacional de Avellaneda.

Fue fundamental además para la escritura de esta tesis contemplar a las personas con padecimiento mental, que forman parte de mi trayectoria profesional, y que me impulsan a no decaer en los proyectos de intervención e investigación que denuncian la lógica manicomial e instalan nuevas prácticas en el campo de la salud mental, respetando los derechos humanos en la Argentina.

Esta tesis no hubiese sido posible sin aquellas personas que, con sus lecturas, comentarios e intervenciones de todo tipo, me acompañaron en esta travesía, entre ellas Leonela Scarabotti, Melina Cazabat, Alfredo Staffolani y Marcelo Turdo.

Por último, gracias a mi compañero, a mis hijos, a mis hermanos, por acompañar siempre las iniciativas que nos permiten seguir nuestros deseos, con persistencia y dedicación.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
<i>Presentación del problema</i>	<i>6</i>
<i>Los estudios sobre salud mental y derechos humanos en este período</i>	<i>14</i>
<i>Metodología y técnicas de investigación</i>	<i>25</i>
<i>Estructura de la tesis</i>	<i>30</i>
Capítulo 1	32
SALUD MENTAL ENTRE LA DICTADURA CIVICO MILITAR Y LA DEMOCRACIA	32
<i>1-1 Resguardar la locura, ordenar la sociedad</i>	<i>33</i>
<i>1-2 La lógica manicomial en Argentina</i>	<i>36</i>
<i>1.3- Vientos de cambio sobre los padecimientos mentales.....</i>	<i>40</i>
<i>1-4 La dimensión Política de la salud mental en Argentina</i>	<i>43</i>
<i>1-5 Tensiones políticas y acciones psicoanalíticas</i>	<i>50</i>
<i>1-6 Efectos de la última dictadura cívico militar en el campo de la Salud Mental en la Argentina</i>	<i>53</i>
<i>1-7 Transformaciones en el campo de la Salud Mental en la Argentina</i>	<i>57</i>
<i>1-8 Nuevas conceptualizaciones: Trauma, Salud Mental y Derechos Humanos en los ochenta</i>	<i>62</i>
Capítulo 2	67
SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS EN RIO NEGRO	67
<i>2.1 La Salud Mental Rionegrina en la Transición: concepciones y trayectorias en la fundación de un nuevo modelo de atención.....</i>	<i>67</i>
<i>2-2 El campo de los Derechos Humanos en la Provincia de Río Negro.....</i>	<i>77</i>
<i>2.3 La cuestión de los desaparecidos a escala local</i>	<i>81</i>

<i>2-4 Huellas traumáticas y acompañamiento de las Organizaciones de Derechos Humanos de la provincia de Rio Negro.</i>	<i>84</i>
<i>2-5 El pedido de Justicia y el acompañamiento a sobrevivientes en el advenimiento a la Democracia.</i>	<i>88</i>
<i>2-6 Interacciones entre la reforma de salud mental y la organización de derechos humanos ..</i>	<i>93</i>
Capítulo 3	96
MANICOMIO EN ARGENTINA Y DESMANICOMIALIZACIÓN EN RIO NEGRO	96
<i>3-1 Democracia y reconstrucción del campo de la salud mental en Argentina.....</i>	<i>96</i>
<i>3-2 Salud Mental y Derechos Humanos</i>	<i>102</i>
<i>3-3 La salud mental rionegrina como política de derechos humanos.....</i>	<i>108</i>
<i>3-4 Legados de la reforma de salud mental como práctica de derechos humanos.....</i>	<i>114</i>
CONCLUSIONES	120
ENTREVISTAS.....	133
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	134
FUENTES	145

GLOSARIO

CONADEP- Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas.

AMBA- Área Metropolitana de Buenos Aires.

UNR- Universidad Nacional de Rosario.

APDH- Asamblea Permanente por los Derechos Humanos.

COPROME- Comisión Provincial por la Memoria.

APA- Asociación Psicoanalítica Argentina.

FAP- Federación Argentina de Psiquiatras.

CDI -Centro de Docencia e Investigación.

IBRAPSI- Instituto Brasileiro de Psicoanálisis.

CELS- Centro de Estudios Legales y Sociales.

OPS- Organización Panamericana de la Salud.

APBA- Asociación de Psicólogos de Buenos Aires.

LADH- Liga Argentina para los Derechos Humanos.

SERPAJ- Servicio de Paz y Justicia.

MSSM- Movimiento Solidario de Salud Mental.

SNIS- Sistema Nacional Integrado de Salud.

CIDH- Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

OEA- Organización de Estados Americanos.

CDHRN- Comisión de Derechos Humanos de Río Negro.

RISaM- Residencias Interdisciplinarias de Salud Mental

SERSOC- Servicio de Rehabilitación Social (Uruguay).

FASIC- Fundación de Ayuda Social de las Iglesias Cristianas (Chile)

PMP- Programa Médico Psiquiátrico (creado por FASIC).

CODESEDH- Comité para la Defensa de la Salud la Ética y los Derechos Humanos.

FEPRA- Federación de Psicólogos de la República Argentina.

APRIN- Asociación de Psiquiatras de Río Negro.

INTRODUCCIÓN

Presentación del problema

En la actualidad existen acuerdos sobre la importancia de mirar a la salud mental desde una perspectiva de derechos humanos. Aunque todavía persisten algunos enclaves conservadores en el campo psi que se resisten a la transformación, el personal de la salud mental se va abriendo cada vez más al trabajo desde una perspectiva humanitaria y de trato digno del ser humano. Algo similar sucede con la desmanicomialización.

En los años 80' en Río Negro se concretó un programa provincial de salud mental comunitaria que fue pionero en el país y que hoy es mencionado como precursor, pues inauguró una reconfiguración del trabajo de salud mental gracias a la confluencia de otros factores provenientes del movimiento de derechos humanos local. En efecto, por entonces, el campo de los derechos humanos comenzó paulatinamente a enlazarse con la salud mental generando transformaciones y articulaciones en ambos ámbitos.

Sobre esta historia no se habían realizado hasta ahora análisis en profundidad. En su lugar, la desmanicomialización se situaba como un hecho dado, como una marca cronológica que podía simbolizar la unión entre salud mental y derechos humanos. Sin embargo, este vínculo es resultado de un proceso complejo, que tuvo tensiones y también olvidos en las memorias de los actores. Su reconstrucción permite explicar muchos aspectos hasta ahora silenciados. Sobre este tema se ocupa esta tesis.

La presente investigación busca identificar cuáles fueron las incidencias e implicancias de la “transición democrática” en el desarrollo de la política de salud mental implementada en Río Negro, a partir de 1983. Durante ese momento de “pasaje” entre un régimen dictatorial a otro democrático, distintas ideas, debates e intercambios se llevaron adelante renovando interpretaciones sobre la salud mental desde una perspectiva de derechos.

Si bien existen autoras como Marina Franco (2015) y Valeria Manzano (2020) que reconocen que en la década de 1980 comenzó a verse un cambio en el campo de la salud mental y los Derechos Humanos, esa afirmación no ha sido analizada desde una perspectiva histórica. Dentro de esa vacancia es donde se inscribe el presente trabajo de investigación, intentando realizar una reconstrucción de los factores y actores que incidieron en el proceso de enlazamiento de la salud mental y los Derechos Humanos durante la transición a escala local.

En este sentido, partimos del conocimiento de que la reforma en salud mental realizada en la provincia de Río Negro implicó un cambio de paradigma dentro del campo de la salud mental a escala local, que redefinió el lugar de la psiquiatría, el de la locura y la relación que se proponía establecer entre la sociedad y los padecimientos mentales.

La noción de campo¹ vinculado a la salud mental, remite a un lugar de entrecruzamiento de múltiples determinaciones que configuran líneas de fuerza, materialidades diferentes y articuladas o mezcladas, o completamente inter-recurrentes entre sí. Tal como señala Barembritt (1998, p. 14): “Siempre pensamos que existe una determinación sociopolítica, económica, ideológica, es decir histórica en lo que llamamos campo de lo mental”.

Este campo, con sus múltiples determinaciones y desarrollos históricos es el que se pretende mostrar en esta investigación, considerando las propuestas y experiencias que se pusieron en práctica a partir de la década de 1980 en la provincia de Río Negro. Por ello, esta tesis abre el siguiente interrogante: ¿Cómo fue la relación entre el proceso de desmanicomialización llevado a cabo en la provincia de Río Negro y el auge y consolidación del paradigma de los derechos humanos durante la transición a la democracia en Argentina? ¿Cómo fueron las experiencias y prácticas de los actores de la salud mental de Río Negro en ese proceso entre 1983 y 1991?

Si bien el propósito inicial de esta investigación tenía que ver con el proceso de desmanicomialización, a medida que se fue accediendo a fuentes documentales y entrevistas, el objeto se fue ampliando a nuevas dimensiones de análisis, ya que se advirtió que la transformación en el campo de la salud mental rionegrina, se presentó como un acontecimiento que fue favorecido por el advenimiento de la democracia, pero cuya historización requirió un proceso de construcción de saberes y experiencias que se venían desarrollando en Argentina desde décadas atrás y que fueron desplegándose en testimonios que recuperaban saberes y prácticas de esos tiempos. Se advirtió en los entrevistados la necesidad de relatar la

¹ Un campo –podría tratarse del campo científico– se define, entre otras formas, definiendo aquello que está en juego y los intereses específicos, que son irreductibles a lo que se encuentra en juego en otros campos o a sus intereses propios (no será posible atraer a un filósofo con lo que es motivo de disputa entre geógrafos) y que no percibirá alguien que no haya sido construido para entrar en ese campo (cada categoría de intereses implica indiferencia hacia otros intereses, otras inversiones, que serán percibidos como absurdos, irracionales, o sublimes y desinteresados). Para que funcione un campo, es necesario que haya algo en juego y gente dispuesta a jugar, que esté dotada de los habitus que implican el conocimiento y reconocimiento de las leyes inmanentes al juego, de lo que está en juego, etcétera. (Bourdieu 2000,120). Conferencia dirigida a un grupo de filólogos e historiadores de la literatura, en la Ecole normale supérieure en noviembre de 1976.

desmanicomialización como un proceso pionero en el país, pero que además recuperaba el magma de un momento fundacional del campo de la salud mental en Argentina situado mucho tiempo atrás. Gran parte de las entrevistas signaban dos cuestiones fundamentales: el cierre del manicomio y la vuelta a la democracia. Una vez que estas cuestiones se situaban en un marco de importancia y reconocimiento, la memoria, tal como señala Traverso “se vuelve un objeto de la historia”, y otros acontecimientos que antecedieron y prosiguieron el proceso de desmanicomialización tomaron relevancia. Estas cuestiones impactaron en los encuadres de esta investigación, ya que, si bien se ajusta al período de 1983 a 1991, en realidad se trata de un proceso que necesita de una revisión temporal más amplia, como se indicará a continuación.

Es necesario destacar que la pregunta de esta investigación se construyó contemplando la historia de la salud mental en Argentina desde los años de 1950 y 1960 pero, sobre todo, con la irrupción de la dictadura cívico militar en 1976. Es necesario mencionar que, durante las dos décadas que precedieron a la última dictadura cívico militar, se fue construyendo un entramado de saberes y prácticas en torno a las modalidades de atención vinculadas a los padecimientos mentales, lo que se considera redefinió el lugar de la psiquiatría y posibilitó la aparición de un campo de la salud mental con respuestas originales provenientes del psicoanálisis, las ciencias sociales y la política.

Como se analizará en esta tesis, estas producciones silenciadas por la dictadura cívico militar, se reconfiguraron en los años 80', en diálogo con las distintas modalidades que adoptó el campo de la salud mental a partir de las luchas de los organismos de derechos humanos. Esta tesis mostrará que, a pesar del intento de la dictadura cívico militar de destruir proyectos emancipadores vinculados a la salud mental, existieron conocimientos duraderos y respuestas ancladas en una perspectiva humanitaria que adoptaron una forma particular en la escala rionegrina, por ejemplo, a través de los cuestionamientos a la modalidad asilar como respuesta unívoca a los padecimientos mentales.

En Argentina, desde finales de la década de 1950, la cuestión de la salud se fue consolidando desde la creación de distintas y nuevas institucionalidades como el Instituto Nacional de Salud Mental (1957), las primeras Carreras de Psicología en las Universidades del Litoral (después Rosario y Buenos Aires) y las primeras experiencias de Servicios de Salud Mental en Hospitales Generales (Lanús). Estos acontecimientos, tal como señala Rovere (2012), complejizaron el campo de la salud y comenzaron a desafiar el centro de gravedad colocado en el

manicomio. Las nuevas institucionalidades pusieron en tensión la internación como respuesta unívoca a los padecimientos mentales, con la creación de nuevos dispositivos terapéuticos acompañados de producciones teóricas que interpelaron la hegemonía psiquiátrica y situaron nuevas perspectivas ligadas al Psicoanálisis, el Trabajo Social, la Pedagogía, el Arte.

Al igual que Carpintero (2018), otros autores (Visacovsky, 2002; Cohen y Natella, 2013; Puget, 2006; Chiavetti, 2008; Faraone, 2020) han considerado al servicio de psicopatología del Hospital Evita de Lanús, como un antecedente fundamental en la historia de la salud mental en la Argentina, ya que otorgó una nueva perspectiva ideológica a la atención desde el Hospital General que limitaba las derivaciones a Hospitales monovalentes, desde una intervención situada y que integraba el trabajo comunitario. En este espacio se creó, además, una identidad profesional y política en el abordaje de los padecimientos mentales que no aludía a una teoría o una modalidad terapéutica precisa, aun cuando objetivamente estuvo más ligada al desarrollo psicoanalítico. La trayectoria de Goldenberg y los cambios introducidos en la modalidad de atención de las personas con padecimientos mentales que llegaban al Hospital General, son fundamentales para esta investigación debido a que los trabajadores y trabajadoras que impulsaron, a partir de 1983, la experiencia de transformación en el campo de la salud mental rionegrina, lo señalan como “una referencia pionera” (Cohen y Natella, 2013: p.107).

Las conexiones entre la experiencia de Río Negro con estos antecedentes del Lanús nutren esta investigación. Por ejemplo, la Doctora Graciela Natella, psiquiatra del Hospital General Arremedes Gatti de la ciudad de Viedma, y luego Jefa del Servicio de Salud Mental de dicho hospital, y el Doctor Hugo Cohen, jefe del Programa de Salud Mental de la Provincia de Río Negro y posteriormente Jefe del Consejo Provincial de Salud Pública de Río Negro, fueron promotores del proceso de transformación de la salud mental en la provincia en 1985 y previamente fueron residentes y jefes de residentes en el Hospital Evita de Lanús (Cohen y Natella, 2013).

Otras cuestiones fundamentales las hallamos en la década de 1960, al considerar la reconfiguración de conceptos y prácticas de la corriente psicoanalítica que, a partir de ciertos hechos políticos, se proponían repensar el psicoanálisis y la institución psicoanalítica. Se considera fundamental tener en cuenta estos acontecimientos debido a que el psicoanálisis y los psicoanalistas fueron actores imprescindibles en todo este proceso, con avances que dejaron huellas en la experiencia del Hospital Evita de Lanús, como antecedente de transformación de un

modelo asilar a un modelo comunitario en la atención de los padecimientos mentales, estableciendo además nuevas categorizaciones que pusieron en tensión el enfoque de la psiquiatría tradicional como método unívoco en la atención en salud mental.

En ese marco, la perspectiva psicoanalítica combinaba el mensaje Freudiano con la promesa Marxista (Vezzetti 1983). En ese sentido, la intervención sobre la dimensión subjetiva dialogaba con el cambio social, tal como podemos observar en la trayectoria de Gregorio Baremlitt (1988) en su libro *Saber, poder, quehacer y deseo* compuesto por conferencias realizadas entre 1982 y 1986, en Brasil y Argentina:

“Rechazo definitivamente la idea de un psicoanálisis neutro, abstinento o... que se yo. De alguna forma ajena a la política, así como la idea de una política que no crea ni milite en el campo libidinal inconsciente. Sostengo que toda teoría, método, técnica, organización, clínica estrategia y táctica, en suma, todo movimiento que no reconozca la inmanencia de los campos del Deseo, la Producción y la Libertad, es invariablemente un aparato tecnocrático represivo. Para mí se trata de hacer psicoanálisis politizado y una política del inconsciente en todo tiempo y lugar (...) como forma de vida.” (Baremlitt, 1988: p. 45).

Esta afirmación de Baremlitt es importante para esta investigación, ya que, de algún modo, él formó parte de una generación que nutrió un nuevo modelo sobre la salud mental y que tendrá importantes repercusiones en las experiencias de Río Negro.

Cohen y Natella (2013) hacen expresa referencia a Baremlitt debido a que, desde el Hospital Evita, sumó una perspectiva emancipadora, donde el psicoanálisis y la psiquiatría dinámica signaron la necesidad de hacer algo más, con un circuito de derivación cuya estación final no fuera el manicomio.²

Cuando las Fuerzas Armadas tomaron el poder en 1976, y siguiendo la investigación de Carpintero y Vainer (2018), los psicoanalistas y sus instituciones fueron atravesados por la dictadura como el resto de la sociedad. Durante este período se produjeron varios hechos asociados al clima de violencia que se vivía en contra de los procesos transformadores de la salud

² Si bien los autores señalan que su formación fue a partir de la década del 80 donde recibieron una práctica centrada en la clínica, en razón de la partida de Mauricio Goldenberg, Valentín. Baremlitt al exilio en la última dictadura, y el grupo que con ellos sostenía el enfoque comunitario, dicho hospital conservaba los antecedentes que lo signaron como un precursor de saberes interdisciplinarios. Cohen y Natella (2013: p.107).

mental. Por un lado, hubo un crecimiento de la cantidad de psicoanalistas que trabajaban en el consultorio privado y por otro, se multiplicaron las fracturas en las instituciones mientras se creaban otras nuevas.

A su vez, se debe destacar que algunos psicoanalistas estuvieron resistiendo en el exilio, interno o externo. Muchos de ellos fuera de las instituciones o bien en una situación minoritaria dentro de las mismas. Fueron épocas en el país donde las resistencias trataron de ser silenciadas y se frenaron cambios previos. Esta especie de parálisis se transformó en una constante individual, social e institucional.

Lastra (2019) señala que el exilio afectó especialmente el proceso de reforma de la salud mental que se estaba gestando en esa época, pues arrasó los grupos de estudios, programas y proyectos de intervención social y territorial. No obstante, señala que muchos de los saberes que abordan y explican los efectos psicosociales del terrorismo de Estado en Argentina fueron producidos en el exilio y en el país. Este saber se desarrolló entre diferentes actores del campo psi³ y de la salud mental que sostuvieron algunos encuentros importantes durante la dictadura cívico militar y la transición a la democracia, preocupados por entender cuáles eran los efectos que tenía la represión estatal. A su vez, señala que esta producción de saberes fue innovadora y que, por su conexión con el movimiento de derechos humanos, se convirtió en un polo de referencia.

Indagar sobre las resistencias, contradicciones y rupturas entre un modelo de atención en salud mental que sostuvo el encierro como práctica socialmente utilizada, a una modalidad que privilegiaba la construcción de un entramado de saberes que pretendía recuperar la salud y el bienestar de aquellas personas con padecimientos mentales especialmente de los sectores más vulnerados de la sociedad, nos obliga a examinar y contextualizar los acontecimientos que avasallaron, silenciaron y desplazaron las conquistas de la mano de la última dictadura cívico militar.

En este sentido, esta tesis reúne las voces de los trabajadores y trabajadoras de la Salud Mental en Río Negro que han relatado cómo fueron incorporando esas producciones y experiencias de sus antecesores, incidiendo en cambios innovadores en la provincia en los años 80', en donde pusieron en juego no solo concepciones teóricas y metodológicas sino también la

³ Denominación que en Argentina designa a la totalidad de las prácticas y perspectivas psicológicas, psiquiátricas y psicoanalíticas (Visacovsky 2000: p.117).

idea de construir lo político, como aquello que puede cambiar las condiciones de vida de las personas institucionalizadas por padecimientos mentales.

Esta investigación recupera, además, cuestiones fundamentales que hacen a la emancipación y consolidación del campo de los derechos humanos en Argentina y sus intersecciones con las concepciones y prácticas del abordaje de los padecimientos mentales situados en las organizaciones de derechos humanos, que requerían abordajes específicos en dialogo con las consecuencias psíquicas producidas por el terrorismo de estado.

En consonancia con lo anterior, cabe destacar que en los años previos al golpe militar se había conformado la Coordinadora de Trabajadores de Salud Mental que organizó las luchas gremiales en el ámbito de la salud mental de la Ciudad de Buenos Aires, quedando desarticulada en 1976. Algunos de esos integrantes luego participaron de los organismos de derechos humanos, otros debieron exiliarse y otros se incorporaron cuando retornaron. Las trayectorias represivas que vivieron estos actores son fundamentales para comprender la complejidad de los procesos que vinieron después.

Fue a partir de los golpes militares del Cono Sur que las redes internacionales de activistas y organizaciones ligadas a los derechos humanos se incorporaron como actores significativos en la protesta contra la represión y el terrorismo de Estado. Luego de los primeros años de parálisis y miedo, los trabajadores de la salud mental ensayaron distintas respuestas a lo que estaba ocurriendo ante el padecimiento de miles de víctimas ya sea por la represión directa a ellas o a sus familiares. Dado que las teorías estudiadas no alcanzaban para dar cuenta de esa realidad, tuvieron que recurrir a multiplicidad de herramientas teóricas y metodológicas, para dar un marco explicativo a la complejidad de este fenómeno que se producía a nivel individual, familiar y social.

Este antecedente es fundamental en la historia de la salud mental en Argentina, debido a que signa la particularidad de un espacio de intervención propio tanto en lo conceptual como en lo político, plasmando líneas de acción cuyo vértice se define en clave de “violación a los derechos humanos”, lo cual implica concebir al ser humano como portador de derechos inalienables y responsabiliza a las instituciones estatales y a la sociedad en el cumplimiento de esos derechos.

En ese marco, la reforma en salud mental, conocida como desmanicomialización, estuvo ligada al proceso de democratización que se inició en Argentina en 1983. En ese momento

histórico fue posible el resurgimiento de diversos movimientos que buscaban la libertad y el respeto a los derechos de todas las personas, entre ellos, los de las personas con sufrimiento mental. A nivel nacional, en 1983 se creó la Dirección Nacional de Salud Mental presidida por Vicente Galli, quien estimuló la creación de algunas direcciones provinciales (Gerlero et al, 2012). En la provincia de Río Negro, antes del inicio del proceso de desmanicomialización, las internaciones por motivos de salud mental se realizaban exclusivamente en el servicio de psiquiatría del hospital de la localidad de Allen, situación que se había intensificado durante la última dictadura cívico militar y resistido por trabajadores de la salud mental. En ese marco la memoria colectiva le asignaba nuevos sentidos al proceso de reforma de salud mental, denunciando la connivencia del manicomio con la refundación democrática

El proceso de desmanicomialización en Río Negro se inscribió en el Programa Provincial de Salud Mental Comunitaria iniciado en 1985, el término es un neologismo de la provincia, acuñado durante el cierre del hospital psiquiátrico. Así, en 1988, el Departamento de Salud Mental de Río Negro denominó desmanicomialización (Murekian, 2006) al proceso de transformación del sistema de salud mental en la provincia. Si bien la desmanicomialización expresaba el absoluto e irrevocable cuestionamiento al hospital psiquiátrico, su contenido implicó el desarrollo de un sistema de atención integral y territorial que permitiera su sustitución definitiva.

Tal como señala Natella (2013: p.116) el motivo real para hablar de desmanicomialización y no de desinstitucionalización⁴ se vinculó con la reciente democracia, ya que ese momento histórico prometía reinstalar las instituciones avasalladas por la dictadura cívico militar, por lo que el término desinstitucionalización no se encontraba en sintonía con el retorno al Estado de derecho. Es así como el “nunca más manicomio” (el significado más

⁴ El término de desinstitucionalización fue acuñado en la reforma italiana, a partir del cierre del manicomio de Gorizia, (Trieste) bajo la conducción de Franco Basaglia en 1978. Franco Rotelli, sucesor de Basaglia en ese proceso, refiere que la desinstitucionalización tiene que ver con el cierre del manicomio, y con el cambio de paradigma, lo cual impacta en las representaciones sociales de la locura. Desinstitucionalizar el hospital psiquiátrico, pero también la psiquiatría y la relación de la sociedad con la locura. (Rotelli 2014) Los principios de la desmanicomialización rionegrina en consonancia con lo anterior, concebían que el cierre del hospital psiquiátrico posibilitaba que la comunidad pudiera percibir las potencialidades que existen en las personas con trastornos mentales, desde los abordajes ambulatorios y en hospitales generales, se producía paulatinamente un cambio de paradigma. Respecto a los saberes psiquiátricos como unívocos en el modelo asilar, la reforma contaba con recursos humanos de otras disciplinas fundamentalmente del trabajo social de la psicología además de psiquiatras, con perspectiva comunitaria (psiquiatría dinámica): sumando además recursos no profesionales conformado por agentes sanitarios que formaban parte del sistema de salud pública destinados a la prevención y promoción en el primer nivel de atención. (Cohen y Natella 2013: p. 37).

descriptivo de la desmanicomialización) fue asociado por muchos con el Informe Nunca más de la Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas (CONADEP, 1986) emblema de la verdad histórica y de la denuncia que documentó los crímenes cometidos por la dictadura cívico militar.

Los estudios sobre salud mental y derechos humanos en este período

A continuación, se desarrollará un breve estado de la cuestión que permitirá situar el problema de investigación en la bibliografía académica y el desarrollo metodológico que seguimos en esta tesis.

Para comenzar, debemos atender al desarrollo de la historia reciente y los estudios sobre la memoria ya que, por su temática, esta tesis se inscribe en ambos campos. El campo de la historia reciente conforma un área de estudios amplia que, en Argentina, viene creciendo sostenidamente desde la década de 1990. Definir qué es historia reciente resulta problemático y excede a este trabajo profundizar en todas sus complejidades. Sin embargo, siguiendo a Franco y Levín (2007), se sostiene que se trata del estudio de un pasado que la sociedad vive como inconcluso, de un pasado que interpela a los vivos y que está en constante actualización. Es un campo de estudio dinámico que aborda períodos que no están “cerrados” y que refleja las continuas interacciones entre el pasado y el presente.

Además, generalmente, el pasado al que se refiere la historia reciente es vivido como traumático a nivel individual y colectivo. Estos eventos traumáticos tienen un impacto duradero en cómo las sociedades entienden y procesan su historia. La historia reciente, entonces, se caracteriza por su capacidad de resonar emocionalmente con aquellos que la estudian y viven, siendo un campo en el que las historias personales y las experiencias colectivas se entrelazan de manera significativa.

En Argentina, la historiografía sobre la historia reciente se ha concentrado en distintos aspectos de la dictadura cívico militar inaugurada en 1976, que ha funcionado como tópico organizador. El análisis de distintas dimensiones vinculadas al gobierno dictatorial generó una vasta producción tanto académica, principalmente desde las ciencias sociales, como extraacadémica, en la forma de investigaciones periodísticas, relatos testimoniales, material pedagógico-didáctico y obras artísticas. Este interés por la historia reciente surgió prontamente, a veces recuperando líneas de investigación previas a la dictadura cívico militar, como los estudios

sobre autoritarismo, y posteriores, como algunos hitos y procesos del retorno democrático (Franco, Lvovich, 2017). Entre esos hechos se destacaron la confesión del capitán de Corbeta Adolfo Scilingo sobre los vuelos de la muerte, la creación de la agrupación H.I.J.O.S., las marchas masivas del 20° aniversario del golpe de Estado, las leyes de Obediencia Debida y Punto Final, los indultos a las cúpulas militares, los Juicios por la Verdad, la derogación de las llamadas leyes de impunidad, la reapertura de las causas judiciales y la renovación de las políticas de derechos humanos durante el kirchnerismo.

A los fines de esta investigación, no interesa tanto entrar en detalles sobre la variedad de temas que abordó la historia reciente sino señalar algunas vacancias de este campo de estudios sobre las cuales se pretende hacer un aporte: el excesivo énfasis en la ruptura histórica, tanto la de 1976 como la de 1983; el escaso desarrollo de investigaciones no centradas en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) y otros grandes centros urbanos; y los limitados conocimientos sobre el funcionamiento de las agencias estatales no ligadas directamente al aparato represivo (Franco, Lvovich, 2017 pp. 206–207).

En primer lugar, privilegiar los puntos de quiebre en detrimento de las líneas de continuidad hacia atrás y hacia delante llevó a una narrativa que simplifica los procesos históricos, destacando los momentos de ruptura como puntos de inflexión que fragmentan la historia en períodos separados y desconectados. Sin embargo, los eventos no ocurren en un vacío y muchos de los desarrollos sociales, económicos y políticos tienen raíces profundas en el pasado y consecuencias duraderas en el futuro. Este trabajo, busca explorar las continuidades históricas en el campo de la salud mental, teniendo en cuenta las rupturas de 1976 y 1983 pero sin limitar su interpretación a esos momentos bisagra. Para eso, analiza cómo ciertos elementos y actores sobrevivieron y se adaptaron a los cambios de régimen político y cómo las experiencias del pasado influyeron en las decisiones del presente y futuro.

En segundo lugar, entre los trabajos sobre historia reciente parecen abundar los enfoques "porteñocéntricos". Esta tendencia llevó a una visión sesgada de la historia argentina, donde los eventos y dinámicas de Buenos Aires y otras grandes ciudades se presentan como representativos de todo el país. Sin embargo, las regiones del país tienen sus propias particularidades históricas, culturales y sociales. Este trabajo pretende abordar esta deficiencia del campo complementando los análisis existentes con las experiencias y las perspectivas de una región considerada periférica. A partir del estudio sobre Río Negro y del anclaje local de procesos de transformación

sobre la salud mental y los derechos humanos, se espera contribuir a una comprensión más compleja y matizada de la historia argentina, reconociendo la diversidad y complejidad del país.

Dentro de los estudios históricos sobre la dictadura cívico militar, han emergido en los últimos años algunas líneas de investigación que ponen la variable local en el centro de la escena. Un artículo de referencia que recupera la escala local no porteña es el de Gabriela Águila (2014) sobre la reestructuración institucional de la Universidad Nacional de Rosario (UNR) entre 1976 y 1983. Si bien la temática se aleja de la propuesta de esta investigación, la autora analiza muy articuladamente los matices del proceso de intervención universitaria tal como se desarrolló en la UNR. Así demuestra cómo el accionar de los actores locales, en particular del interventor de la universidad, imprimió una dinámica propia a las políticas emanadas por el Estado nacional, lo que hizo que el proceso rosarino tuviera particularidades no registradas en otras provincias.

Otro autor para destacar es Pablo Scatizza (2016), quien trabaja sobre el plan represivo en la Norpatagonia argentina. Al examinar la actuación de las Fuerzas Armadas en esta región desde 1975, a partir de la sanción de los llamados decretos de aniquilamiento, Scatizza encuentra que el alto despliegue que tuvo el dispositivo de represión no se condice en la práctica con la letra de la normativa emanada desde Buenos Aires, en la cual el Comahue no aparecía caracterizado como “zona caliente”. Para el autor, la explicación a este contraste se halla en la autonomía que los oficiales castrenses actuantes en el terreno adoptaron respecto de sus superiores a nivel nacional, una autonomía que la misma normativa les facultaba. Los oficiales, observando la alta conflictividad social desde fines de la década del ‘60, concluyeron que esta era una “zona potencialmente apta” para el desarrollo de la “subversión”. Esto hizo que, con el objetivo de desalentar cualquier resistencia articulada entre los grupos de oposición política, se instaurara un dispositivo represivo similar al de los grandes centros urbanos. Especialmente afectado fue el Alto Valle de Río Negro y Neuquén, precisamente la región donde se ubicaba el Hospital Allen que aborda el presente trabajo.

Por su parte, los trabajos de Ayelén Mereb (2018; 2022) aportan aún otra mirada sobre la región enfocándose en la denominada Comarca Andina del Paralelo 42°, cuyo principal centro urbano es El Bolsón. A diferencia de otras zonas de la región, allí la movilización inicial en defensa de los derechos humanos no nació ligada a la denuncia contra el terrorismo de Estado. En cambio, emergió recién a mediados de la década de 1980 de la confluencia de la resistencia mapuche y la movilización de los denominados *hippies*. Ambos sectores, unidos a partir de la

reivindicación medioambientalista y el cuestionamiento a los factores de poder, se agruparon en una original identidad “hipuche”. De dicho proceso surgiría, por ejemplo, la delegación local de la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos (APDH) en 1985 para la defensa frente a los atropellos por parte de las fuerzas vivas del momento, pero obturada de poder abordar la represión dictatorial anterior. Pasaría al menos una década hasta que el tema llegara a ocupar un lugar relevante en la agenda pública local. Esto solo fue posible gracias al paulatino desmantelamiento del entramado de invisibilización que, hasta entonces, había pintado a la comarca como un lugar de excepción en el que “no pasó nada”. Entre los hechos silenciados que enumera la autora están los ataques al personal del Plan de Salud que el gobierno rionegrino de 1973 implementó en los hospitales públicos.

Como lo demuestran estos trabajos, la perspectiva local permite iluminar aspectos, matizar conclusiones, multiplicar perspectivas, todo lo cual conduce a enriquecer el análisis global. Esta investigación retoma el aporte de los mencionados autores y busca añadir una capa más al estudio de la transición democrática desde la experiencia rionegrina.

En último lugar, al estudiar cómo actuó el Estado durante la dictadura cívico militar y el retorno democrático, la atención se centró predominantemente en las fuerzas de seguridad y los mecanismos de represión, dejando en la sombra el papel de otras agencias estatales no ligadas directamente con la violencia pero que sí pudieron funcionar como espacios de coerción, como las instituciones de salud. Algunas de esas agencias contribuyeron al mantenimiento del aparato represivo, mientras que otras funcionaron como focos de resistencia. A veces esa resistencia fue pasiva y los actores se refugiaron a “esperar que pasara la tormenta”. Este trabajo busca arrojar luz sobre estas áreas menos estudiadas, proporcionando una visión más completa del funcionamiento del Estado y de sus áreas de salud durante coyunturas tan conflictivas.

Un elemento clave en cómo se configuraron los estudios de historia reciente es la noción de memoria. Este fenómeno no es exclusivo de nuestro país, sino que se articula con el ascenso del memorialismo en Occidente desde finales del siglo XX. En Argentina, las investigaciones sobre memoria tienen como referencia ineludible la obra de la socióloga Elizabeth Jelin.

Jelin (2017: p. 15) explica que, “hablar de memorias significa hablar de un presente. En verdad, la memoria no es el pasado, sino la manera en que los sujetos construyen un sentido del pasado, un pasado que se actualiza en su enlace con el presente y también con un futuro deseado en el acto de recordar, olvidar y silenciar. El pasado ya pasó, es algo determinado, no puede

cambiarse. Lo que cambia es el sentido de ese pasado. Por eso, es un sentido activo elaborado por actores sociales en escenarios de confrontación y lucha frente a otras interpretaciones”. Vale la pena citar estas líneas, aunque sean extensas, porque sintetizan las principales hipótesis que desarrolla la autora y que sirven de apoyo para la presente investigación: que no se puede hablar de una memoria única en el caso de los procesos sobre salud mental y que en torno a las memorias hay disputas. Además, es necesario historizar esas memorias para entender cómo van cambiando y cuáles son las significaciones que tienen lo recordado como lo olvidado o silenciado.

Más allá de esto, la idea de la autora que resulta más provechosa a los propósitos de este trabajo es que las memorias son un proceso de construcción activo y subjetivo, que a su vez es individual, pero está inmerso en lo colectivo. Esta elaboración es productiva porque permite poner el foco en el vínculo entre el ámbito privado de los entrevistados y el espacio compartido junto al resto de la comunidad. Permite tender un puente entre el recuerdo íntimo y la construcción colectiva.

Recuperando de Halbwachs el concepto de marco social, Jelin (2002: pp. 20-21) señala que “las memorias de los individuos están enmarcadas socialmente. Dicho en otras palabras, los marcos sociales son los que dan sentido a los recuerdos individuales”. Esta perspectiva subraya la idea de que la memoria no es un proceso aislado y puramente individual, sino que se construye y se moldea a través de la interacción con el entorno social. Los marcos sociales proporcionan el contexto y las referencias necesarias para que los individuos puedan organizar, interpretar y dar significado a sus experiencias.

A partir de estas conceptualizaciones, Jelin elabora algunas conclusiones que se consideran fundamentales en esta investigación. En primer lugar, el pasado deja huellas que sólo se constituyen en memoria en tanto son ubicadas dentro de un marco social y, por lo tanto, el/la investigador/a necesita acceder a esas huellas para que el sujeto las evoque. Para eso debe sortear obstáculos psíquicos cuando median situaciones traumáticas. Segundo, la voluntad de relatar debe ser acompañada por la voluntad de escuchar de la persona que entrevista. Tercero, el sujeto entrevistado debe tener herramientas simbólicas que comparta con el/la entrevistador/a para poder narrar su experiencia. Dicho de otro modo, necesita tanto las palabras como el marco narrativo que le permitan transmitir sus vivencias. Por último, para que ocurra esa transmisión, es condición necesaria que medie una habilitación social/institucional.

Por todo lo expuesto, no debiera sorprender que otro elemento recurrente en los trabajos de historia reciente sea el testimonio. “Para que haya proyectos sociales de escucha y rescate de testimonios se requiere no solamente la existencia de «emprendedores de la memoria», sino entrevistadores y escuchas sociales comprometidos con «preservar», pero también atentos a los procesos subjetivos de quien es invitado a narrar” (Jelin, 2002, p.86). Tal es la responsabilidad que intenta asumir este trabajo.

La memoria es un fenómeno socialmente construido, donde los marcos sociales estructuran y dan sentido a los recuerdos individuales, por ello es necesario introducir la dimensión histórica de la transición a la democracia, marco en el cual se inscriben los procesos de reconfiguración de la salud mental que aquí se estudian. Entender los contextos es fundamental para desentrañar cómo se realiza la construcción de memorias singulares. Una de ellas fue, sin duda, la magnitud y protagonismo que asumió la figura de la desaparición de personas en la Argentina de los ´80.

Como señala Emilio Crenzel, las desapariciones marcaron un punto de inflexión en la sociedad argentina en más de un sentido ya que “su condición fronteriza entre la vida y la muerte quebró, en la trama de relaciones ligada a los desaparecidos, los marcos sociales básicos para la evocación: el tiempo, el espacio y el lenguaje” (Crenzel, 2008: p.34). Este fenómeno no solo impactó a las familias y las comunidades directamente afectadas, sino que también alteró profundamente la estructura social y la memoria colectiva.

La incertidumbre sobre el destino de las personas desaparecidas generó un estado de permanente duelo y espera que afectó la capacidad de la sociedad para procesar y narrar su propio pasado. El tiempo se fragmentó, debido a que la ausencia de un cierre definitivo sobre el destino de las personas desaparecidas impidió una percepción lineal y coherente de los acontecimientos históricos. El espacio también se transformó, con lugares cotidianos convertidos en escenarios de ausencia y memoria. El lenguaje se vio forzado a adaptarse, creando nuevas formas de expresión para articular la experiencia de la desaparición y la búsqueda de justicia. Este quiebre en los marcos sociales básicos para la evocación subraya la profundidad del trauma y la complejidad del proceso de memoria en la historia reciente de Argentina.

La irrupción de la desaparición como piedra angular del sistema represivo tuvo como correlato el reclamo de justicia por parte de familiares y afectados. El énfasis puesto en esa demanda dio lugar a que se gestara una nueva narrativa en clave humanitaria. Desde esta

perspectiva, quienes habían sufrido la represión estatal en forma directa fueron reivindicados en su condición de víctimas más que de militantes políticos (Crenzel, 2008). Enarbolada por los familiares de víctimas de la represión durante el gobierno dictatorial, nació la consigna Nunca Más. En pocos años, la frase pasó del círculo del movimiento por los derechos humanos a ser citada por el fiscal Julio Strassera en su alegato de cierre en el Juicio a las Juntas de 1985 señalando que pertenecía ya “a todo el pueblo argentino”. Resulta importante detenerse a examinar cómo se pasó de un momento a otro, ya que el paulatino proceso por el que Nunca Más se convirtió en el núcleo del nuevo consenso democrático no estuvo exento de fricciones y tensiones.

En sus estudios, Marina Franco (2015; 2018) muestra que la transición de 1983 no condujo naturalmente al paradigma de los derechos humanos, sino que ese campo llegó a consolidarse por un proceso conflictivo y de tensión entre diversos actores políticos. Por empezar, no estaba claro durante el tramo final de la dictadura cívico militar que los derechos humanos fueran a convertirse en el eje del nuevo gobierno democrático. Tampoco las condiciones para “el quiebre” con el régimen dictatorial estaban dadas de antemano en términos de una voluntad o interés político generalizado de justicia e investigación. Por el contrario, las preocupaciones de la época parecen haber estado centradas en la gravísima crisis política y económica. Estas fueron preocupaciones que se gestaron con el correr de los años, pero que eclosionaron con la derrota en la guerra de Malvinas en 1982 sumándose a la crisis que esta misma produjo al interior de la Junta Militar.

En ese contexto de tanta fragilidad, la convicción de la dirigencia política e intelectual de que la magnitud de la crisis exigía una solución profunda acabó desembocando en la idea de que se necesitaba una verdadera refundación. Inicialmente casi no había entre los principales enunciadores políticos de la época un discurso global sobre la represión o una condena sistemática de la dictadura cívico militar por sus acciones criminales. Pero la inquietud por la legitimidad del sistema llevó a que un sector cada vez mayor de la política intentara un cambio político-cultural basado en el antiautoritarismo. Así, la cuestión de los derechos humanos, el problema de los desaparecidos y el juzgamiento de las juntas militares cobraron protagonismo público, de manera progresiva y ya avanzado el contexto electoral.

El sector político que mejor encarnó esta apuesta fue el liderado por Raúl Alfonsín. Aboy Carles (2004) sostiene que, con el alfonsinismo a partir de 1983, se realizó una doble ruptura con

el pasado dictatorial. Esta doble ruptura planteaba en un corto plazo: un distanciamiento notable del gobierno militar y sus líderes, una severa crítica al terrorismo de Estado y las violaciones a los derechos humanos, la promesa de que no habría impunidad para tales crímenes, la crítica de prácticas violentas y el compromiso de la democratización de las distintas esferas organizativas de la sociedad (comenzando por los sindicatos). Luego, en el largo plazo, la otra parte de esta ruptura refiere a la idea de que la democracia restaurada en 1983 era un proyecto refundacional que ligaría a ese sistema con los Derechos Humanos, es decir: no sólo se garantizaría la paz y la defensa de la vida y la democracia, sino que también se impulsó la conformación de una nueva cultura política que evitaría los faccionalismos disruptivos que habían llevado a la última dictadura cívico militar.

Tal como analiza Franco (2018) el agente social que emergió como reservorio antiautoritario para la refundación el Estado de derecho fue el movimiento por los derechos humanos, una denominación que abarca grupos heterogéneos, desde agrupaciones de familiares de víctimas de la represión hasta organizaciones para el asesoramiento legal y la representación jurídica de esas víctimas. No obstante, el movimiento no funcionó como mero repositorio instrumentalizado por los actores políticos, sino que se convirtió en un actor clave que impulsó activamente la nueva configuración democrática.

Estas agrupaciones se habían formado tempranamente, aún en dictadura cívico militar, y tenían como objetivo común movilizarse contra la represión estatal denunciando los crímenes de lesa humanidad, reclamando castigo a los culpables, y trabajando por la preservación y la transmisión de la experiencia dictatorial. Todas estas dimensiones quedaron resumidas en la consigna “por la verdad, la justicia y la memoria”.

Entrando en los años 80, los organismos de derechos humanos comenzaron a plasmar esos objetivos iniciales al involucrarse en los debates sobre cuál debía ser el contenido de la democracia renovada, es decir, qué derechos debía garantizar el Estado. Como explica Jelin (2017: p. 122), “los derechos humanos se estaban convirtiendo en un componente clave de la propuesta de construcción de una cultura democrática, humanista, tolerante y pluralista, la tarea cultural implicaba de una manera más directa la sociedad, aun cuando resulta difícil imaginar su concreción sin el apoyo y la acción conjunta del aparato estatal. En este campo, la acción del movimiento de derechos humanos comenzó a tener efectos multiplicadores significativos durante

la transición”. Desde entonces, el alcance de las intervenciones de los organismos se hizo cada vez más patente.

La mirada sobre este proceso histórico de transición y de reposicionamiento de la democracia y de los derechos humanos como umbral de época, nos permitirá alumbrar algunos aspectos importantes sobre la experiencia de salud mental en Rio Negro.

Regresando a Jelin, la autora también señala que un aspecto menos estudiado del movimiento por los derechos humanos es que, desde sus inicios, asumió tareas de contención y apoyo a las víctimas y sus familiares (Jelin, 2017: pp. 99–102). El presente trabajo aspira a hacer un aporte en este sentido al poner el foco en los equipos de salud que, ya en democracia, pusieron en juego saberes y prácticas que habían nacido en plena dictadura cívico militar bajo la ascendencia del movimiento de derechos humanos, subrayando que sus tareas de contención se iniciaron como respuesta a los efectos de la represión, pero se prolongaron de maneras variadas luego de 1983.

Sin embargo, para poder explorar las intersecciones entre el campo psi y el movimiento de derechos humanos, antes resulta imprescindible valorar el impacto que tuvo la dictadura cívico militar en el ámbito de la salud mental.

En su trabajo señero, Carpintero y Vainer (2018) sostienen que la política dictatorial de disciplinamiento político y económico de la sociedad tuvo como efecto un miedo paralizante de alcance tanto individual como colectivo. Para los autores, esta política estatal deliberada y sistemática tuvo consecuencias demoledoras para el campo psi, que se vio afectado no solo por la situación general, sino también por los embates directos del gobierno, que consideraba subversivo todo aquello que no se ajustara a su ideal de estilo de vida occidental y cristiano. Tales ataques dirigidos abarcaron, entre otros, el desmantelamiento de programas de salud mental, el abandono de los servicios de salud mental, la prohibición de ciertas prácticas (en particular, las colectivas), la remodelación de los planes de estudio en las universidades públicas, la persecución de profesionales y la represión directa. Según los autores, todo esto derivó en un retroceso del campo psi. Una consecuencia importante fue que los trabajadores de la salud fueron expulsados de las instituciones públicas y obligados a recluirse en espacios privados de atención y estudio. Otro aspecto determinante fue el avance de la perspectiva biológica y, con ello, del enfoque manicomial. El declive de la psicología social y los enfoques comunitarios tuvo como contraparte el crecimiento del trabajo individual psiquiátrico y el surgimiento de la idea del/de la

trabajador/a de la salud como un/a profesional que debiera estar desprovisto/a de compromisos sociales. Si bien Carpintero y Vainer destacan varios casos de resistencia, su conclusión general es que la psicología perdió vitalidad como resultado del gobierno militar.

Si bien las tendencias generales que describen los autores son acertadas, parece prudente matizar esta caracterización de atonía en el campo de la salud mental. Por empezar, para examinar el entrelazamiento entre campo psi y política, hace falta remontarse a sus orígenes en los años '60. Mauricio Chama (2016) caracteriza la época analizando algunos casos en el Hospital Melchor Romero a finales de la década. Allí se dieron experiencias innovadoras con las personas internadas, las cuales incursionaron en el terreno del arte, posibilitando el protagonismo de los psicólogos -relegados hasta el momento por los psiquiatras-, y de talleristas, los cuales conformaron los primeros antecedentes del dispositivo de comunidad terapéutica. Estas experiencias entre la década del '60 y '70 se desarrollaron en un momento de efervescencia política en donde la disputa contra la “enfermedad mental” no podía verse dissociada de la lucha por una sociedad alternativa. El hospital se definía como una zona de conflictividad, en donde se libraba una batalla contra las fuerzas conservadoras que detentaban el poder en las enfermedades mentales.

Con la dictadura cívico militar de 1976, el golpe militar impuso el terrorismo de Estado a través de una política represiva y de desaparición de la muerte, ya que con la nueva categoría de “desaparecidos” hasta la mismísima muerte se volvió imposible de simbolizar. Durante ese período, la destrucción de aquellos avances que se habían conseguido en el campo de la salud mental fueron una constante, la fragmentación y la muerte circundaban llevando a separaciones y rupturas de instituciones y de grupos. Sin embargo, si bien durante los años del golpe militar en el campo de la salud mental existieron persecuciones, exilios y asesinatos para los trabajadores de este ámbito, también existieron ciertas estrategias y resistencias. Es importante hacer énfasis en estas cuestiones para no caer en la falsa creencia de que en la década de los '80 se “recupera” algo que la dictadura cívico militar quebró y desestructuró, sino que, en realidad, durante el régimen militar existieron adaptaciones, resistencias y trabajos silenciosos en la salud mental. Esto podemos visualizarlo en que durante la última dictadura cívico militar (1976-1983) se crearon espacios de atención para los familiares de desaparecidos, para los que salían de prisión y también para los que buscaban a los hijos apropiados. Fueron los organismos de Derechos

Humanos quienes crearon equipos de salud mental que fueron conectando lentamente con la idea de los derechos (Di Nella, 2012).

También resulta esclarecedor el análisis que hace Luis Sanfelippo (2022) de aquellos espacios que, aunque no actuaron como polos de lucha abierta, igual se comprometieron en la asistencia a las víctimas de la represión estatal. El autor señala que la radicalización del campo psi en los '60 y la abierta politización de un sector en los '70 fue aumentando los niveles de represión estatal a la vez que comenzaban a estrecharse los vínculos entre el campo psi con organismos de derechos humanos. El resultado fue que los iniciales espacios de escucha para militantes se transformaron para el acompañamiento de víctimas. Es que, como afirma Sanfelippo, la dictadura cívico militar no funcionaba como un contexto externo al campo, sino que se asumía como una situación de excepción que generaba efectos psicológicos particulares tanto en las víctimas directas como en la sociedad. Una de las consecuencias más interesantes fue que “muchos psicólogos y psicoanalistas se vieron obligados a reelaborar y transformar algunas de sus herramientas conceptuales y técnicas, sobre todo, aquellas que en otras regiones del mundo psi hacían coincidir la ‘neutralidad psicoanalítica’ con la distancia de cualquier compromiso político” (Sanfelippo, 2022: p.29). De lo expuesto por el autor surge una imagen de la salud mental como un campo que se mantuvo activo y creativo durante la dictadura cívico militar, que se vio obligado a replegarse y repensarse, pero que logró permanecer vigente y tener continuidad en el retorno a la democracia.

Finalmente, los aportes de Soledad Lastra (2021) permiten ver que las experiencias de los/las profesionales de la salud mental y las ciencias sociales durante el exilio-retorno tuvieron un enorme impacto en la construcción y la reconfiguración de los saberes teóricos, así como prácticos sobre el abordaje terapéutico del trauma. En palabras de la autora, “se trató de un tiempo de innovación y de prueba en torno al trabajo en grupos y en talleres para crear lazos comunitarios allí donde las dictaduras cívico militares habían dejado fracturas, aislamientos, silencios y mucho miedo de hablar” (Lastra, 2021: p. 15).

En suma, la imagen del campo psi tal como lo que describen Carpintero y Vainer para los años de dictadura cívico militar merece ser matizada.

Un último punto para considerar tiene que ver con los estudios que se han producido sobre la escala local de la dictadura cívico militar y la transición. En cuanto a la historia local, si los procesos sociales ocurren en tiempos determinados, también se despliegan en espacios concretos.

Esta afirmación es evidente, pero los estudios históricos pocas veces asumen el lugar geográfico como variable explicativa o analítica. Tan arraigada está esta tradición que, en nuestro país, la historia centrada en Buenos Aires tiende a erigirse como historia nacional sin mayores cuestionamientos.

La presente investigación toma otro camino al proponerse estudiar las transformaciones que atravesó el campo de la salud mental durante la transición democrática en Río Negro no como estudio de caso, sino entendiendo que para recuperar las vivencias de los entrevistados y comprender sus decisiones o acciones es necesario situarlos en su realidad concreta, que es temporal y también geográfica.

Silvina Jensen (2010) describe claramente cómo esta perspectiva cobró relevancia en las últimas décadas. La historia local está dejando de ser considerada un género menor, en el mejor de los casos al servicio de comprobar o ejemplificar hipótesis de escala nacional. En lugar eso, comienza a valorársela porque proporciona herramientas analíticas que permiten entender más afinadamente y explicar con más sofisticación los procesos sociales. El análisis histórico se complejiza al mirar las relaciones sociales localmente situadas, ya que esto hace posible recuperar más fielmente las experiencias vividas por los sujetos en función de su horizonte de acción real porque, en definitiva, “el sentido de acción humana es inescindible de sus contextos sociales de ocurrencia” (Jensen, 2010: p. 1438).

Por su parte, Bandieri (2021: p. 10) destaca el potencial de la historia local para “aportar desde la particularidad de los procesos económicos, sociales, políticos, y culturales, cuestiones que complementen y/o pongan en duda ‘verdades’ instituidas como tales en las versiones más generalizadas de la historia”. Dicho de otro modo, la historia local no desconoce la historia general ni pretende desentenderse de ella, sino que pone el foco en problemas específicos desde una escala de observación más acotada. En lugar de asumir el espacio reducido como una reproducción de la totalidad, busca comprender con mayor nivel de complejidad y profundidad los procesos sociales e históricos, lo que acaba enriqueciendo la historia general.

Esta tesis se apoya en estas reflexiones sobre las escalas para realizar un abordaje que recupere lo local sin descuidar los vínculos que el proceso de transformación de la salud mental en Río Negro pudo tener con otras realidades regionales y nacionales.

Metodología y técnicas de investigación

La experiencia realizada en Río Negro convoca a tomar la decisión analítica y metodológica de investigar la puesta en práctica de una red territorial y de atención sustitutiva al manicomio, que proponía un sistema de atención integral, en un contexto de advenimiento de las instituciones democráticas.

Explorar las tensiones, resistencias y rupturas entre el modelo asilar de la dictadura cívico militar y un modelo centrado en los derechos humanos de las personas con padecimiento mental, supone también destacar tres elementos importantes: el decir ideológico o discursivo, el quehacer de los precursores de la reforma y las consecuencias sociales de esa práctica en intersección con el campo de los derechos humanos en Argentina. Para ello se apeló a fuentes testimoniales y documentales.

La perspectiva metodológica elegida conlleva una estrategia de carácter cualitativo, dado que ésta permite indagar los puntos de vista de los protagonistas, como así también sus testimonios y significaciones. En ese sentido Clifford Geertz antropólogo cultural contemporáneo, ha infundido a los estudios etnográficos la orientación de la “Antropología Simbólica” o Interpretativa”. Esta modalidad de aproximación analítica posibilita un registro detallado centrado en las perspectivas de los actores involucrados (Guber, 2012).

La entrevista fue una herramienta fundamental, la cual permitió recoger testimonios, priorizando una lógica conversacional interesada y respetuosa. Contemplando los análisis de Jelin (2000) esta investigación fue atravesando ciertas dificultades metodológicas a la hora de ir descifrando las huellas que fue dejando la historia reciente en las personas entrevistadas. Para eso se debieron transitar ciertos obstáculos psíquicos en las personas entrevistadas, tan potentes como el olvido y el silencio, en especial cuando mediaban situaciones traumáticas. La escucha activa fue el instrumento que permitió constituir un marco narrativo en donde poder transmitir vivencias, y construir una mirada al pasado de cara a sucesos previos, que habían sido silenciados, obturados y adquirirían nuevas significaciones. Tal como señala la autora: “Para que haya proyectos sociales de escucha y rescate de testimonios se requiere no solamente la existencia de «emprendedores de la memoria», sino (...) entrevistadores y escuchas sociales comprometidos con «preservar», pero también atentos a los procesos subjetivos de quien es invitado a narrar” (Jelin, 2000: p. 86).

Es importante señalar que las intersecciones entre el campo de la salud mental y el campo de los derechos humanos estuvo revestido de silencios, interrogantes, y entramados que de un

testimonio a otro se iban hilvanando, y que enriquecieron este trabajo con otras voces que ellos/ellas recuperaban y ofrecían como parte de la historia rionegrina en la transición.

La selección de los entrevistados respondió al criterio de contactar a quienes fueron actores del proceso de transformación del campo de la salud mental, privilegiando en ellos la necesidad de expresarse en lo que saben, piensan, creen, y considerando además los intereses propios que les permitieron acceder a narrar biografías, trayectorias, que no siempre coincidían con el relato fundacional de las fuentes escritas.

Para dicha selección, se tomó como guía, en una primera instancia a informantes claves: Graciela Natella y Hugo Cohen que fueron promotores de la reforma que dio lugar a la desmanicomialización. Luego se sumaron aquellos y aquellas que sostuvieron una perspectiva militante que motorizó cambios estructurales en el sistema de salud mental a partir del advenimiento de la democracia, y que se autodenominaba la “Armada Brancalone”⁵ constituido por un equipo de referentes en cada una de las zonas sanitarias de la provincia que promovió colectivamente debates, y produjo nuevas concepciones y prácticas, en donde la desmanicomialización aparecía como un proyecto posible a la luz del advenimiento de la democracia.

De ese grupo se pudo acceder a entrevistar Schiappa Pietra (2023) y a testimonios de Ana Broide y Pablo Franco, actualmente fallecidos, a través de material escrito por ellos junto a sus compañeros. Se sumaron además profesionales que adhirieron después a la propuesta, Diana Jerez, actualmente jubilada, quien sostuvo una relación muy importante con organizaciones de derechos humanos, y fue facilitadora de testimonios de fundadores de la APDH en Río Negro. Fue muy importante además el testimonio de Claudia Baffo, la cual trabajó en hospitales de la provincia sosteniendo la propuesta, y en la actualidad es investigadora de la Universidad Nacional del Comahue. La misma señala respecto a este proceso:

“La desmanicomialización se caracterizó por un valiente y sostenido esfuerzo por dar soluciones reales, mediante una práctica renovadora y humanitaria, a los graves problemas que decidió enfrentar. El primero, que dio origen a todo el proceso, fue el cierre del manicomio y la atención en la comunidad de los trastornos mentales que tenían

⁵ Este equipo se autodenominaba “La armada brancalone” en alusión a una película del neorrealismo italiano que satirizaba la figura de un ejército precario, integrado por personas desterradas, enfermas y marginales (Cohen y Natella 2013, p.61)

destino de institucionalización. Por eso también los protagonismos, los liderazgos eran importantes” (Entrevista a Claudia Baffo, el día 25 de mayo del año 2023, Buenos Aires).

Un segundo grupo estuvo conformado por aquellos actores que estuvieron presentes antes de la decisión política que posibilitó la reforma y fueron protagonistas en los primeros posicionamientos respecto a la lógica manicomial que se sostenía en la provincia. En este caso se plasmaron las controversias con los cambios implementados en 1985, a partir de la llegada de Hugo Cohen como referente, radicadas en cuestiones conceptuales, metodológicas o de índole personal, que los apartaron del proyecto. Brindaron su testimonio Jorge Pellegrini, pionero del proyecto de reforma en la provincia de San Luis, quien estuvo desaparecido durante la dictadura cívico militar, y al ser liberado constituyó proyectos de prevención del consumo problemático de alcohol en la provincia, además de producciones teóricas en temáticas vinculadas al modelo de salud mental comunitaria, y Miguel Vera quien se ha desempeñado como Director del Hospital Allen en 1984; ambos han tenido discrepancias respecto al método con el que se desarrolló el proceso de reforma, no así, con sus fundamentos.

Así lo relata Vera:

“Cohen tuvo la idea de salud colectiva, pero no trabajó con los que estábamos pensando estas cosas desde antes... no trabajó con representantes comunitarios. Era un grupo que venían capacitados de Buenos Aires. Él venía, y yo lo entendía porque Galli, Director de Salud Mental en el país quería el cierre de los grandes manicomios y la lucha y la política era esa, era en contra de los manicomios. Pero acá éramos otro tipo de gente que pensábamos muy parecido en cuanto al objetivo pero diferente en cuanto a la aplicación” (Entrevista realizada a M. Vera, el día 12 de abril del año 2022, vía Zoom).

En este grupo se incorporaron además testimonios de referentes de la salud mental en Argentina respecto de la experiencia rionegrina, por ejemplo, Enrique Carpintero, quien fue psicólogo de CONADEP, y fundador de la revista TOPIA (Psicoanálisis, sociedad, cultura) referente del campo de la salud mental en Argentina, y pionero del proyecto de salud mental La Boca/Barracas en el advenimiento de la democracia, además de coautor de los libros *las Huellas de la Memoria*, del cual se nutre esta investigación; y Victoria Martínez, Psicóloga, e integrante del equipo fundador del Movimiento Solidario de Salud Mental, la cual se ha desempeñado en la

Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y ha asistido a las organizaciones de derechos humanos en la atención a niños y adolescentes; quienes abordan las transformaciones realizadas en Río Negro en vastas publicaciones.

Por último, considerando el contexto de transición a la democracia y la imbricación de este proceso con el movimiento de los derechos humanos en Argentina y en la provincia, se tuvo acceso a personas que participaron activamente en las organizaciones de derechos humanos de la provincia. Oscar Meilan, referente de la APDH, y de la Comisión investigadora de los crímenes cometidos por la dictadura Cívico Militar en la provincia; Eugenia Cattaneo, quien es Directora del Archivo Provincial de la Memoria en Río Negro; Norberto Liwski, quien es actualmente presidente de CODESDH, cuya organización fue fundamental en el acompañamiento a víctimas y familiares de la última dictadura cívico militar en el momento que debían desempeñarse como querellantes, como así también en el diseño del plan de salud mental rionegrino a partir de 1985.

Es importante recuperar las palabras de Eugenia Cattaneo en relación con la construcción de un campo de la salud mental y los derechos humanos en Río Negro:

“En relación al proceso de desmanicomialización en Río Negro en clave de derechos humanos, podemos decir que es una construcción, digamos, para pensar cómo se dio en aquel momento. Yo creo que tiene que ver con la recuperación de una concepción de la salud mental propia, de la construcción de los primeros psicoanalistas y los primeros psicólogos en la Argentina, y la concepción de la salud mental desde la perspectiva de la salud mental comunitaria y claramente Río Negro fue una provincia que alojó muchos, primero desde la instancia de la militancia y después también personas que estaban siendo perseguidas en ese momento. No es extraño que ese movimiento de psicólogos y psicólogas de la Argentina, que estaban con una impronta en lo social, digamos, y este psicoanálisis implicado desde ese punto de vista de lo político y de la militancia de la profesión, lleguen en un momento que también se estaban dando otras luchas” (Entrevista a E. Cattaneo, 2 de julio del año 2023. Vía Zoom).

Sobre las fuentes documentales se contó con informes del Archivo provincial de la memoria en Río Negro, inaugurado en 2008 por Decreto 139/08 para desarrollar actividades tendientes a obtener, analizar, clasificar, duplicar, digitalizar y archivar informaciones,

testimonios y documentos sobre la última dictadura cívico militar, quienes dispusieron de entrevistas a personas fallecidas, las cuales fueron pioneras del movimiento de derechos humanos a nivel local. Las entrevistas a Noemí Laburne y Georgina Maders, resultaron fundamentales para recuperar las formas organizativas que revestía el movimiento de derechos humanos, desde la APDH en Neuquén y en Río Negro.

Se accedió además en Viedma, a la Casona Eduardo “Bachi” Chironi, espacio que es sede de la Secretaría de Derechos Humanos de Río Negro y de diversas organizaciones sociales vinculadas con los derechos humanos. La Casona es un espacio de la memoria, ya que durante el Terrorismo de Estado fue un edificio ocupado por el Ejército Argentino para el desarrollo de tareas principalmente de inteligencia, siendo luego refuncionalizada a partir de su adquisición en el año 2004 por el Estado provincial rionegrino. Actualmente, también se realizan charlas, capacitaciones y diversas actividades, constituyendo así un espacio abierto disponible para uso de instituciones de la comunidad.

Se hace necesario mencionar que la mayor información de esta investigación fue la entrevista como documento oral, la cual guiaba la búsqueda de información oficial, teniendo en cuenta que recién en 2008 se creó el Archivo Provincial de la Memoria en Río Negro, cuya sistematización de testimonios y documentos está en proceso. La información analizada a partir de fuentes documentales se obtuvo de los archivos provinciales de Río Negro y Neuquén. En el último caso, además, se recurrió al libro *Noemí Laburne y la lucha por los derechos humanos De lo individual a lo colectivo* editado por la Universidad Nacional del Comahue y gracias a la gentileza de la Comisión Provincial por la Memoria (COPROME) de Río Negro.

Estructura de la tesis

En el marco de lo anteriormente señalado, esta tesis se propone como objetivo general analizar la relación que se fue construyendo entre la reforma de salud mental en la Provincia de Río Negro, y la consolidación del paradigma de los derechos humanos durante la transición a la democracia en Argentina. Además, procura examinar las experiencias y prácticas de los actores de la salud mental en Río Negro en ese proceso, considerando en particular el programa de desmanicomialización. Para ello, toma el período de 1983 a 1991, considerando también las trayectorias biográficas y represivas previas que muchos de estos actores vivieron en los años 70 como consecuencia de la persecución político-ideológica de la dictadura cívico militar.

En este sentido, busca demostrar que la transición a la democracia en Argentina fue condición de posibilidad para que se produjeran transformaciones sociales y políticas en el campo de la salud mental en Río Negro. El proceso de desmanicomialización se explica por esas transformaciones, ligadas al auge y consolidación del paradigma de los derechos humanos post dictadura cívico Militar. No obstante, el recorte temporal de esta investigación llega a 1991, ya que a los cuatro años de iniciado ese proceso, habiendo ya cerrado el hospital psiquiátrico de Allen, se elaboró el anteproyecto que devino en la Ley 2440, de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental, pionera en el país, la cual permitió legalizar lo que la práctica ya había legitimado (Cohen y Natella 2013,79)

Con el fin de analizar los procesos señalados esta tesis se estructura en tres capítulos. El primero se denomina “Salud Mental, entre la dictadura cívico militar y la democracia”. En este capítulo se realizará una historización de la construcción de la lógica manicomial en Argentina, en diálogo con perspectivas teóricas, y normativas que se daban a nivel internacional y que fueron impactando en el modelo asilar en Argentina. El segundo capítulo se vincula con la “Salud Mental y los Derechos Humanos en Río Negro”, donde se busca recuperar ciertos sucesos vinculados a los antecedentes teóricos, metodológicos e históricos, trabajados en el capítulo anterior, respecto a los padecimientos mentales y sus institucionalidades, con el propósito de hacerlos dialogar con la experiencia rionegrina de desmanicomialización. Y por último, el tercer capítulo profundiza en el “Manicomio en Argentina y la Desmanicomialización en Río Negro” teniendo en cuenta las experiencias que se fueron dando en el campo de la Salud Mental en Argentina a partir del advenimiento de la democracia en 1983, y que posibilitaron disputar en el nuevo escenario el establecimiento de un nuevo modelo de atención integrado a las producciones teóricas y clínicas de la transición.

Para finalizar, las conclusiones ofrecen unas líneas de cierre de esta investigación y otras dimensiones que integran una agenda de trabajo a futuro.

Se hace necesario mencionar, que el escrito adhiere a la perspectiva de género y al lenguaje inclusivo, no obstante, por una cuestión organizativa y de lectura se decide utilizar el pronombre los, cuándo se hable del género masculino y femenino en conjunto y las cuándo se hable del género femenino.

Capítulo 1

SALUD MENTAL ENTRE LA DICTADURA CIVICO MILITAR Y LA DEMOCRACIA

Este capítulo recorre la historia de la lógica manicomial en Argentina, en diálogo con perspectivas teóricas y normativas que se daban a nivel internacional y que fueron impactando en el modelo asilar en nuestro país. En ese sentido, la *locura* como objeto de discursos y de prácticas, delinea un modo de intervención que instituye el aislamiento, la coerción y la reclusión en un campo de intersecciones que, tal como señala Vezzetti (1983: p. 11), desbordan los propios temas del saber psiquiátrico. En ese marco es preciso recuperar la influencia del Positivismo recibido de Europa el cual generó una serie de discursos y prácticas relativas a la psiquiatría, la criminología y la noción de peligrosidad en las personas con padecimiento mental.

A partir de la Segunda Guerra Mundial se habían producido distintos movimientos de reforma psiquiátrica a nivel internacional que incidieron en los modos de comprensión y atención de los padecimientos mentales. En nuestro país comenzaron a desarrollarse las clasificaciones de los trastornos mentales y manuales de diagnóstico, no obstante, seguía reinando la lógica manicomial.

En este recorrido se aborda el contexto socio-histórico que posibilitó la conformación de un campo de la salud mental en Argentina y que disputó la respuesta asilar como si fuera unívoca en el país. Para ello, se abordarán las nuevas dimensiones que fue adquiriendo la cuestión de la salud mental en la Argentina predominantemente en las décadas del '50 y '60, cuyos saberes y prácticas lograron disputar la posición hegemónica que hasta ese momento había sostenido la psiquiatría de la mano de la institución asilar.

A partir de la última dictadura cívico militar se produjeron acontecimientos en el campo de la salud mental que afectaron el desarrollo de dichas innovaciones; no obstante, las producciones desarrolladas desde el exilio, y las invenciones que requerían la intervención de los y las trabajadoras de salud mental en las organizaciones de derechos humanos, fueron cruciales en el sostenimiento del campo de la salud mental en Argentina.

1-1 Resguardar la locura, ordenar la sociedad

El origen de una legislación destinada a crear un ordenamiento jurídico para los enfermos mentales se desarrolló a partir de la Revolución Francesa, y tal como refiere Galende (2006), encontró su punto culminante con la “Ley de Alienados”, conocida como la ley Esquirol, firmada por el monarca francés Luis Felipe el 6 de junio de 1838. Esta ley constituyó el marco jurídico que rigió durante más de 150 años por todos los Estados modernos de occidente, y determinó el destino de los enfermos mentales y las prácticas asilares de la psiquiatría. Antes de esta ley, si bien existían instituciones hospitalarias en las que se alojaba a los enfermos mentales, estas no tenían carácter médico ni se realizaba un tratamiento de la locura; la psiquiatría como disciplina médica no existía aún. Finalmente, a mediados del siglo XIX, Esquirol planteó una perspectiva global al problema de la locura, ya que “aúna en un solo gesto el encierro compulsivo en el manicomio, la legislación para transferir al médico el poder jurídico de juicio y sentencia, y logra la legitimación, en el seno de la medicina, de una especialidad de lo mental” (Galende, 2006: p.41).

Continuando con el análisis del autor, el comienzo de esta legislación especial sobre los “locos” estuvo precedida por una serie de conflictos de tipo ético que hacían necesario un reordenamiento jurídico y político del problema. Durante la Revolución Francesa, se establecieron principios políticos y sociales sobre la organización del nuevo Estado que entraron en fuerte contradicción con la situación legal - el encierro compulsivo sin juicio y sin condena - y el trato dispensado a los enfermos mentales por el antiguo régimen.

La situación del encierro al que eran sometidos los enfermos junto a otros marginados sociales, en casas correccionales, generaba incomodidad política frente al reconocimiento de estos derechos.

Pinel, médico y político de la Revolución Francesa, efectuó una diferenciación práctica y política entre el criminal, el libertino y el “loco”, que fue instituido como enfermo, antes que existiera la ley Esquirol que se mencionó anteriormente. En ese marco, y en calidad de médico, liberó de los hospitales a las personas cuyo comportamiento era considerado aceptable o su criminalidad dudosa, es decir, que no se correspondía con la locura. Esta situación provocó la oposición de la policía, estableciéndose una nueva normativa que adjudicaba al ámbito familiar la responsabilidad de la conducta de estas personas liberadas, dando intervención, además, a las autoridades municipales y a la policía para el control de estos.

Los principios sostenidos durante el advenimiento de la República Francesa a partir de 1789 influyeron en la creación del manicomio como lugar específico para la internación y el tratamiento de los padecimientos mentales, debido a que su consolidación no estaría vinculada solamente al progreso de la psiquiatría como disciplina específica, sino que habría de representar una decisión política vinculada al control social.

Esta cuestión es de consideración fundamental a la hora de pensar tanto la manicomialización como la desmanicomialización, ya que el modelo asilar no es el producto exclusivo del conocimiento psiquiátrico, también requiere de decisiones políticas y jurídicas, que junto a la psiquiatría como especialidad médica, conforman un modo de atención que resguarda a la sociedad de la enfermedad mental y refleja el temor de recrear un problema social, que se encuentra situado si los enfermos mentales viven con sus familias o en sus comunidades. La psiquiatría, entonces, se encontró con la situación jurídica y política del encierro obligatorio; no obstante, “lejos de interpelar este modo de atención, lo reivindicó legitimando el modelo asilar que se tornó hegemónico hasta mediados del Siglo XX” (Galende, 2006: p.42).

En palabras de Foucault:

“Así, el hospital psiquiátrico es en verdad el lugar institucional en el cual y por el cual se produce la expulsión del “loco”; al mismo tiempo y por el juego mismo de esa expulsión, es un foco de constitución y reconstitución de una racionalidad que se instaaura autoritariamente en el marco de las relaciones de poder dentro del hospital y que será reabsorbida fuera del mismo bajo forma de discurso científico y que circulará en el exterior como saber sobre la locura, cuya condición de posibilidad para que sea precisamente racional será el hospital” (Foucault, 2016: p. 20).

En relación con lo anterior, en el “loco” se concentra cierta relación subalternidad que va a enunciarse en decisiones, órdenes, de carácter político, representado en el discurso y en la persona del médico dentro del hospital. Pero, además, el saber científico que se va creando a partir de la observación y la vigilancia a los enfermos mentales traspasa los muros del hospital, formando una trama de saberes y discursos que van a ser legitimados en la sociedad.

Esta dimensión social de la psiquiatría va a recrear un imaginario social sobre la locura, presentada como estigma social. Al respecto, Goffman (2012), quien ha analizado esta

perspectiva desde la función social de las instituciones totales, advierte en su investigación sobre la situación social de los enfermos mentales en el Hospital Elizabeth de Washington. El autor señala que los pacientes mentales son personas que han provocado en el mundo exterior un tipo determinado de desorden, vinculado a ciertas incorrecciones situacionales cometidas antes de su internación, que en muchos casos los condujo a juicios de insania. La adopción de cierta forma de conducta se justificaba, para el paciente, por el hecho de que manifestaba un repudio moral de comunidades, establecimientos y relaciones. El estigma de la enfermedad mental y la hospitalización involuntaria era el modo de respuesta social a estos delitos contra la corrección.

De ahí que Goffman refiere que, en líneas generales, el hospital psiquiátrico opera semi oficialmente sobre ese supuesto previo: “El paciente tendría que conducirse de un modo manejable y mostrar respeto por la psiquiatría; a aquel que se comporte según lo enunciado se lo premiará, mejorando sus condiciones de vida, y a quien no lo haga se lo castigará reduciendo sus disfrutes” (Goffman, 2012: p.192).

Este modelo de intervención encarnado en el manicomio se postula como una actuación para el bien del enfermo y de la sociedad, apelando al encierro, al aislamiento y a la imposición de tratamientos coercitivos y en pos de la corrección moral de la locura. Desde ese enfoque moral, al cual adscribe Vezzetti (1983), la locura es asimilada a una suerte de pecado y sería posible sustraerse de ella con la fuerza de la voluntad, del trabajo, de la abnegación: “Durante años la función médica queda eclipsada, la regulación moral prevalece sobre la médica” (Vezzetti, 1983: p.81).

En ese sentido, Castel (1980) refiere que el gran aporte de la psiquiatría no habría sido su cientificidad, dado que “no obró ninguna mutación en el orden del saber médico”, sino su capacidad para “indexar médicamente unas prácticas que derivan más de unas técnicas disciplinarias tradicionales” y que encontraría su fuerza en su inscripción en “un espacio hospitalario en curso de reestructuración mediante una nueva tecnología médica” (Castel, 1980: p.132).

Respecto de los procedimientos de internación y el desarrollo de una práctica asilar, el manicomio materializaba, entonces, esta nueva tecnología. No obstante, tal como refiere Galende, carecía en sus inicios de una definición científica médica de las enfermedades mentales (Galende, 2006: p.139).

Es importante considerar que las instituciones totales, como el manicomio (Goffman, 2001) perpetúan y reproducen los procesos de padecimiento mental, anclados en un espacio material y simbólico que asila y tutela la locura a quienes no podían ejercitar la libertad por hallarse “alienados”. La privación de derechos en el modelo tutelar pasó a ser velada por el supuesto de cuidado o de curación. Esta cuestión es fundamental a la hora de transitar la experiencia rionegrina de desmanicomialización, donde no fue posible la coexistencia de un enfoque comunitario y con perspectiva de derechos junto al hospital psiquiátrico, cuya existencia permitía el sostenimiento de prácticas de aislamiento y abandono a las personas con padecimiento mental: estas cuestiones permitieron invertir los recursos del hospital psiquiátrico en un desplazamiento progresivo a otras modalidades de atención, aún en aquellas personas que padecían trastornos severos, agravados por el tiempo de internación. Estas transformaciones fueron signando en la sociedad rionegrina una interpelación respecto a la percepción de las categorías de trastorno mental, peligrosidad, irrecuperabilidad, propias del modelo asilar/manicomial; tal como se recuperará en el capítulo tres de esta tesis.

1-2 La lógica manicomial en Argentina

La creación del primer manicomio en la Argentina fue iniciativa de Tomasa Vélez Sarsfield y del Dr. Ventura Bosch, de la Sociedad de Beneficencia y Filantrópica, respectivamente. Ocurrió en el año 1854, y el establecimiento actualmente es denominado "Dr. Braulio A. Moyano". Tal como señala Vezzetti (1983: p.7) la razón de ser de esta primera institución de ayuda social del Estado obedeció a una intencionalidad claramente ideológico-política, ya que respondía a una concepción moral de la miseria y de los distintos padecimientos sociales en la que las cualidades ético-morales son fundamentales.

El Estado argentino naciente reprodujo con la beneficencia algunos patrones básicos del modelo cristiano. En palabras de Tenti Fanfani (1989), la beneficencia era algo así como la contraparte de la vieja caridad cristiana, de la cual hereda algunas formas y ritos más relevantes. La filantropía busca desplazar el concepto cristiano de caridad, pero no se le opone, sino que lo engloba dentro de un referente más universal: la moral laica de origen racional. Siguiendo el análisis del autor, se puede destacar que la estrategia de moralización desde la Sociedad de Beneficencia se realiza mediante la acción educativa y ejemplarizadora, tendiente a inculcar

aquellos valores que las clases dominantes, en el marco del Estado moderno, consideran pertinentes para los vastos sectores que constituyen la base de la pirámide social.

A partir de 1876, Meléndez se encontraba a cargo de la dirección del Hospicio de las Mercedes y comenzó a publicar sus primeros casos en la Revista Médico Quirúrgica. A lo largo de varios números de la revista, Meléndez polemizó respecto a lo que debía ser un verdadero manicomio: “No me refiero por ahora a los manicomios de caridad, no; hablo de los asilos de los contruidos con arreglo a los conocimientos clínicos y científicos que hoy se poseen en el estudio de la psiquiatría moderna” (Vezzetti, 1983: p. 63).

Tal como describe Falcone (2011) retomando a Meléndez defendió la concepción de la asistencia en diálogo con las orientaciones positivistas de la naciente psiquiatría, para lo cual puso especial énfasis en las admisiones, denunciando las ligerezas respecto a la internación de una persona en situación de pobreza, sin ninguna certificación del médico sobre antecedentes diagnóstico o cuadro clínico. Trató de evitar hábitos arraigados en la policía y en los jueces que tomaban el hospicio como un lugar de reclusión, donde enviar a una persona marginalizada o abandonada. Se inició así, un proceso de singularización de la locura, que requería especificidades y nuevas tecnologías de intervención en el marco de la institución manicomial.

Tras una primera etapa de aprendizaje y constitución del espacio asilar, encarnada por Melendez, su sucesor en la cátedra y en el hospicio fue Domingo Cabred. Retomando a Falcone (2011: p.167), Cabred se doctoró con su Tesis “Locura Refleja” en 1881, influyendo en los círculos del poder político y sobre la opinión pública en general y logrando, en 1897, algo que cambiaría el complejo panorama asistencial: la sanción de la ley 3548 que ordenaba la creación de la primera colonia destinada únicamente a enfermos mentales para toda la República. Por su iniciativa, años más tarde, el 28 de julio de 1906, se logró consolidar, con la sanción de la Ley 4953, la creación de la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Nacionales, que sostenía la necesidad de que los tratamientos fueran de puertas abiertas - Open-Door - y constituyó el primer movimiento de reforma psiquiátrica en Argentina.

El psiquiatra Pellegrini, pionero en el campo de Salud Mental rionegrina, refiere que Cabred fue una figura fundamental en el sanitarismo argentino:

“Cabred fundó la red de hospitales, que eran los que se llamaban hospitales abiertos. Después funda el hospital Perrando en Formosa, estamos hablando de 1905, 1910, y

funda un hospital que fue el hospital más avanzado de la época en la Argentina, que fue el hospital de Allen en Rio Negro, 1920, que se llamó Hospital General del Sud. Así contribuyó a la formación en Argentina de un movimiento que es el de la Higiene Mental, que plantea que los pacientes deben ser atendidos sin perder su ligazón con su vida cotidiana, dentro de las posibilidades”. (Entrevista a Pellegrini realizada por la autora el día 15 de abril del año 2023, vía Zoom).

Es importante remarcar que, desde fines del siglo XIX, la incipiente clase trabajadora argentina y las particularidades del escenario social, con un fuerte componente migratorio, causaron temor y preocupación a los intelectuales formados por los maestros de la Generación del ‘80. Frente a este escenario, el Higienismo en tanto corriente científica y política, se presentaba como la propuesta preponderante a los problemas de la salud física y moral de la población. En un principio se ocupó de la prevención y tratamiento de enfermedades físicas; sin embargo, su inquietud por la fortaleza del cuerpo social se extendió hacia otras patologías consideradas morales, como la mala vida, la pobreza, la delincuencia, o el alcoholismo (Vezzetti, 1983; Kohl, 2006).

Fue José María Ramos Mejía el que escribió el primer texto psiquiátrico argentino, “La neurosis de los hombres célebres”, en donde el biologismo y el evolucionismo encuentran aquí una primera afirmación dogmática. Tal como señala Falcone (2011), Ramos Mejía, doctorado en 1879 como médico psiquiatra, se constituyó en uno de los puntos de penetración del discurso positivista desde la disciplina médica, lo cual se tradujo en la aplicación de la fórmula científicista al análisis de la problemática nacional. Este aspecto significó que se analizara el problema de la gobernabilidad en una sociedad atravesada por la presencia de multitudes y se abordara la biología de la multitud, buscando establecer las causas de su aparición y las transformaciones que atravesó a través del tiempo.

Posteriormente, José Ingenieros, discípulo de Ramos Mejía, había empezado a determinar distintas clasificaciones y descripciones de tipologías acerca del delito y la locura. Tal como señala Di Nella (2022: p. 111), el interés de Ingenieros estaba en esa intersección entre delito y locura, que venía siendo objeto de distintas investigaciones en el marco de la criminología positivista. Esto dio lugar, respecto de ciertas conductas marginales que no eran ni delitos ni locura, a la categorización de “mala vida”, la cual formó parte de los discursos de pericias

médicas en ámbitos policiales, judiciales y penitenciarios. La Criminología entendía a la sociedad como un sistema orgánico en el cual el crimen era un elemento que debía ser extirpado.

Esta noción, de acuerdo con el análisis de Falcone (2011), se vinculaba a la visión positivista que debía bregar por una profilaxis del cuerpo social individualizando a los ‘peligrosos’ para, por un lado, protegerlos, y por otro, aplicar una terapéutica que reformara a estos sujetos. En este marco epistemológico, la psiquiatría institucional buscaba las causas científicas de la locura en lo individual biológico, jugando un papel importante la relación con la peligrosidad, en donde la diferenciación entre el “loco” y el criminal resultaba difusa. Estas cuestiones contribuyeron al surgimiento de la categoría “loco peligroso”, que signaría la intersección entre Salud Mental y Derecho.

La enfermedad mental admitía entonces diferencias de grado, lo cual hacía que las afecciones menos importantes pudieran ser tratadas en forma ambulatoria. De esta manera, la creación de servicios externos, sin necesidad de hospitalización, fue recomendada para el tratamiento de las formas leves de presentación de los padecimientos psiquiátricos. No obstante, el Higienismo Mental nunca llegó a cuestionar la existencia del asilo, pero logró limitar sus indicaciones terapéuticas, abogando por mejores condiciones de internación (Vezzetti, 1983: p.85).

Más adelante, Galende refiere que, a comienzos del siglo XX “se producen críticas a la psiquiatría positivista y a su imagen reveladora: la institución asilar” (Galende, 1994: p. 61

). Sin embargo, en los términos en que el autor analiza la comprensión de la enfermedad mental, ésta todavía se restringía específicamente a lo biológico, existiendo además un gran correlato entre psiquiatría y criminología.

Este aspecto es fundamental para el análisis de la presente investigación, ya que los debates respecto a las condiciones de concreción de una reforma en Salud Mental han estado marcados, en diferentes momentos históricos, por la “peligrosidad” que las personas con padecimiento mental “representan” para la sociedad, posicionamiento proseguido por las instituciones y fundamentado por las políticas de Salud Mental que sostuvieron el aislamiento como estrategia fundamental en la atención.

1.3- Vientos de cambio sobre los padecimientos mentales

Este escenario se mantuvo más o menos estable hasta la Segunda Guerra Mundial, acontecimiento a partir del cual se comenzaron a problematizar las causas vinculadas a los padecimientos mentales. Comenzaron a crecer los estudios e investigaciones que advertían sobre los efectos de la guerra en las poblaciones bombardeadas, los destierros, las masacres sufridas y la vinculación de éstos con los padecimientos mentales.

Es en ese contexto que la Salud Mental fue emergiendo como campo de investigación y de intervención desde una mirada multidisciplinaria y multicausal; permeando las visiones científicas y también la reorganización de los establecimientos que estaban destinados a dar respuesta a las necesidades de las personas. Al respecto, Alicia Stolkiner describe las características de este campo en formación: “Desde su inicio exhibió una vocación interdisciplinaria que, a lo largo del tiempo, ha tratado de superar los enfoques multidisciplinarios, o bien las perspectivas hegemónicas que han sostenido el statu quo anterior, provocando entonces disputas de poder en un orden ya instituido” (Stolkiner, 2019: p. 177).

En el contexto internacional, Francia e Italia abrieron camino para concebir nuevos sistemas de Salud Mental. Así, la psiquiatría de sector en Francia, si bien no modifica el modelo asilar ni cuestiona el poder médico sobre la enfermedad mental, abre su estructura a la comunidad e integra a otros profesionales con la iniciativa de hacer de la psiquiatría manicomial una medicina mental y social. Además, en este proceso destaca la psiquiatría democrática italiana, cuyo precursor Franco Basaglia es una referencia en el proceso de desmanicomialización rionegrina, por sus aportes tanto teóricos como ideológicos (Cohen y Natella, 2013).

Estados Unidos no estuvo ajeno a estos procesos de transformación ya que, desde la década del '60 del siglo pasado, se fue produciendo un nuevo reordenamiento de la Salud Mental, cuyas bases teóricas y propuestas de intervención fueron desarrolladas por Gerald Caplan, considerado el fundador de la “psiquiatría preventiva”. Dentro de esta corriente, surgió el concepto de “desinstitucionalización”, transformándose en una de las principales directrices de las políticas de Salud Mental en Estados Unidos.

De esta forma, a principios de la década del '50, comenzó a gestarse a nivel institucional una nueva forma de abordaje de la problemática de la Salud Mental impulsada desde Inglaterra a través del psiquiatra Maxwell Jones, quien planteaba la transformación de la institución psiquiátrica en una comunidad terapéutica. Esta corriente postulaba la ruptura con el paradigma

psiquiátrico tradicional, denominada más tarde por David Cooper como Anti psiquiatría, término que evocaba un movimiento muy heterogéneo de autores que apuntaban a cuestionar los manicomios, por considerarlos sólo como un lugar de segregación y confinamiento” (Amarante, 2019: p.35).

“Estuve en Inglaterra en 1961-1962 y recuerdo haber visto una realidad completamente distinta de la de los manicomios europeos. En el interior del servicio sanitario nacional, el enfermo mental se había transformado en un enfermo informal igual a cualquier otro. El número de internos comenzaba a disminuir; el mercado de trabajo necesitaba mano de obra, aparecían las técnicas para desinstitucionalizar el manicomio y entre estas la comunidad terapéutica surgía por primera vez de manera clara el aspecto social de la psiquiatría” (Basaglia, 2013: p.100).

La “experiencia basagliana” se inició en el manicomio de Gorizia en la década de 1960 y tendrá su culminación en Trieste, donde Franco Basaglia se instaló en 1951 y transformó el antiguo asilo que ocupaba una colina cercana a la ciudad, en sitio de encuentro cultural y social (Amarante, 2006: p.52). Los internados pasaron a alojarse en casas particulares en un contexto de reinserción laboral y social que incluyó su propia manutención y un alto grado de autonomía acompañados por los profesionales del viejo hospicio y por la comunidad.

La transformación había incluido la experiencia de incorporar a los pacientes a su propia terapéutica mediante reuniones donde enfermos y médicos discutían estrategias y actividades en pie de igualdad. Basaglia (2013) en ese entonces sostenía que los problemas estructurales de la sociedad y la práctica psiquiátrica eran dos dimensiones fundamentales para pensar en una transformación, considerando que el criterio de derivación a instituciones monovalentes, preponderante en Italia, estaba dado por la situación de pobreza de personas cuya enfermedad no siempre respondía a los cánones de una sintomatología psiquiátrica. De esta manera, se había iniciado un proceso de integración con la comunidad, dando lugar a la creación de centros de salud mental que posibilitaron tratamientos ambulatorios. “Hubo maniobras de todo tipo para impedir nuestra acción. Pero ¿qué sucedió en Italia cuando los movimientos obreros y los sindicatos tomaron en sus manos nuestra lucha? Llegamos al punto en el cual nuestra visión se transformó en ley de Estado” (Basaglia, 2013: p.34).

Como se señaló anteriormente, la experiencia italiana trasciende la esfera técnica o psiquiátrica para posicionarse desde lo político, constituyéndose en un cuestionamiento del sistema institucional que atañe a las estructuras sociales que sustentan el manicomio.

Si bien este modelo fue fundamental para la experiencia rionegrina, con la que estableció relaciones de cooperación e intercambio (Cohen y Natella 2013: p.104), las referencias que tomará el programa de reforma en la provincia no serán solo del ámbito internacional sino también nacional, ya que el país contaba con una rica experiencia en movimientos transformadores del tradicional paradigma asistencial manicomial, como se mencionará en el próximo apartado.

Como se verá en esta tesis, la reforma rionegrina contempla distintas experiencias, entre las que se encuentra la de la comunidad terapéutica liderada por Raúl Camino en Colonia Federal de Entre Ríos. Esta modalidad de tratamiento se realizó en 1968 y contó con la presencia de Camino hasta 1976, cuando fue expulsado por la última dictadura cívico militar; sus sucesores volvieron al funcionamiento manicomial (Cohen y Natella, 2013: p. 105).

En Argentina, Grimson (1983), psiquiatra y psicoanalista formado en el Hospital Evita de Lanús, fue uno de los pioneros de esta experiencia conocida como el Centro Piloto del Hospital “José A. Estévez”, en Lomas de Zamora, provincia de Buenos Aires. En un libro de su autoría así lo describe: “Siempre pensé que ese proyecto fue la oportunidad de modificación asistencial más creativa que se me ofreció. Formó parte del intento más serio por transformar a nivel nacional la asistencia psiquiátrica del país” (Grimson, 1983: p.10).

De este modo, tal como destaca Stolkiner (2012: p. 21): “las políticas en Salud Mental, nacidas en la posguerra en el marco de los Estados de Bienestar, generaron formas de atención ambulatoria y comunitaria como alternativa o modernización del modelo asilar-manicomial, que fueron tomadas como referencia en América Latina. También lo son los postulados de la OMS/OPS, cuyo énfasis en los modelos comunitarios de salud mental comenzó en la segunda mitad del siglo XX”.

En consonancia, Galende (2020) precisó que, en 1978, estas experiencias llevaron, en la Conferencia de Alma Ata, a incluir los cuidados de Salud Mental en la estrategia de atención primaria de la salud.

Como se ha desarrollado en este apartado, el campo de la salud mental ha estado atravesado por diferentes paradigmas y formas de abordajes en torno al modelo asilar y a intentos

de reformar la asistencia psiquiátrica. Estas prácticas no fueron ajenas a las representaciones políticas y sociales que se tejían sobre los enfermos o “locos”. Como veremos a continuación, la dimensión política incidió profundamente en las transformaciones sobre la salud mental en los años ‘60 y ‘70 en Argentina.

1-4 La dimensión Política de la salud mental en Argentina

Durante los años previos a la dictadura cívico militar de 1976, el campo de la salud mental no fue ajeno a la radicalización política de la sociedad.

Ya desde fines de la década de 1950 este campo se ve consolidado a partir de la creación de distintas y nuevas institucionalidades como el Instituto Nacional de Salud Mental (1957) las primeras Carreras de Psicología en las Universidades del Litoral (después Rosario), Buenos Aires y las primeras experiencias de Servicios de Salud Mental en Hospitales Generales (Lanús). Estos acontecimientos, tal como señala Rovere (2012) complejizan el campo de la salud y comienzan a desafiar el centro de gravedad colocado tradicionalmente en el manicomio. Las nuevas institucionalidades pusieron en tensión la internación como respuesta unívoca a los padecimientos mentales, con la creación de nuevos dispositivos terapéuticos acompañados de producciones teóricas que interpelaron la hegemonía psiquiátrica y situaron nuevas perspectivas ligadas al Psicoanálisis, el Trabajo Social, la Pedagogía, el Arte.

Por su parte, Carpintero (2022) psicoanalista argentino, señala que:

“La creación de la Dirección Nacional de Salud Mental, las innovaciones de Goldenberg en el Hospital Evita de Lanús y la creación de la carrera de Psicología acá en Capital Federal, que ya estaba en Rosario. A partir de ahí, deja de ser el psiquiatra el único que trabajaba con la salud mental y empiezan a aparecer otros profesionales como psicólogos, asistentes sociales, psicoanalistas y psiquiatras que son los que en la década del ‘70 conforman lo que se llama los trabajadores de salud mental, con la creación de la Coordinadora salud mental. Lo paradójico es que desde que se fundó el campo hasta la actualidad hay diferentes momentos, podemos caracterizar muchos momentos. Uno el de los ‘70, donde hay una radicalización en relación a propuestas en la salud mental, no solamente hablo acá sino del mundo”. (Entrevista a Carpintero realizada por la autora, el día 6 de septiembre del año 2022, vía Zoom).

Tal como se ha señalado en la introducción, diferentes autores (Visacovsky: 2002; Cohen y Natella: 2013; Puget; 2006; Chiavetti:2008; Faraone; 2020) han considerado al servicio de psicopatología del Hospital Evita de Lanús, como un antecedente fundamental en la historia de la salud mental en la Argentina.

Este hospital fue creado en 1952 a través de la fundación Eva Perón, en el segundo mandato de Juan Domingo Perón en el Gobierno y formaba parte de los hospitales bonaerenses proyectados por el Ministro de Salud, Ramón Carrillo, junto con los Hospitales de Ezeiza, Avellaneda y San Martín. Tras el golpe militar de 1955, liderado por la autodenominada “Revolución Libertadora” que derrocó a Perón, el Hospital Evita pasó a llamarse “Doctor Gregorio Álvarez Alfaro”. Debido a la proscripción que se implantó sobre los nombres y emblemas y organizaciones peronistas, la institución oscila entre una designación u otra, de acuerdo con los gobiernos militares civiles antiperonistas o peronistas.

Carpintero y Vainer (2018) plantean que el 1º de octubre del año 1956, Mauricio Goldenberg se encontraba a cargo del Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús. Destacan que éste no fue el primero, pero sí el más conocido Servicio de Psicopatología en un hospital general, en el país y en Latinoamérica. Una de las características que lo distinguía era la reconfiguración del hospital general como dispositivo efectivo para la atención de padecimientos mentales evitando las internaciones en hospitales monovalentes. Para ello se ensayaron nuevos abordajes que acompañaban el tratamiento psicofarmacológico con espacios de psicoterapia y descentralización de la atención en consultorios externos, dispensarios y servicios de psiquiatría en el área de referencia comunitaria del hospital.

Así lo expresa Fernández Moujan:

“Para atender a toda la gama de consultas se incorporaron nuevas técnicas algunas casi desconocidas y por supuesto se desarrollaron modelos teóricos y se aplicaron otros que provenían de otros ámbitos científicos. Se usaron técnicas psicodramáticas, grupales, de pareja, gestálticas, sistemáticas y psicoanalíticas, aplicado al hospital e integrado a una

psiquiatría cada vez más dinámica. Esta organización sirvió de modelo a todos los servicios de psiquiatría en hospitales generales”⁶.

Esta estrategia era considerada efectiva, tal como señalan los autores, a partir de las palabras de Goldenberg: “Constituyen una solución ideal para el tratamiento de la mayor parte de los casos psiquiátricos; con una vasta red de este tipo de unidades, la asistencia cambia totalmente para ello señalaba sus ventajas: la fácil accesibilidad; los tratamientos ambulatorios para que las personas no pierdan contacto con sus familiares; y el paciente no se veía llevado a sentirse diferente de los que tenían cualquier otra enfermedad atendida por la comunidad hospitalaria” (Carpintero y Vainer, 2018: p.13).

En este sentido, se valora la cuestión de un sistema integrado de salud, que incluya la atención a los padecimientos mentales acercando a los psiquiatras a servicios complementarios de investigación y tratamiento y ampliando su campo disciplinar. Además, por la relación interpersonal que se tejía, este espacio podía ofrecer funciones educativas hacia otros médicos. Así, se consideraba que se haría salud mental en la propia comunidad hospitalaria, desde el trabajo en equipo con enfermeras psiquiátricas, asistentes sociales y psicólogos; situación fundamental debido a que hasta entonces el tratamiento era desarrollado exclusivamente desde la lógica psiquiátrica. Así lo expresaba Gondenberg:

“La experiencia parecía un poco un sueño para los que veníamos de una formación tradicional, en hospitales psiquiátricos (hospitales cerrados, hacinados, con una cantidad de problemas muy serios) y dentro de los cuales habíamos trabajado para conseguir con mucho esfuerzo solo algunos cambios. Era algo así como abrirnos una puerta, hacer lo que pensábamos, al menos lo que yo pensaba. Cuando empezamos fue muy difícil teníamos que enfrentar muchas resistencias, y el rechazo de la comunidad hospitalaria. Por ejemplo, cuando yo pasaba por algún pasillo del hospital y me encontraba con el jefe de clínica médica, al saludarnos sonrientemente me decía ¿Dónde tenes escondido el aparato de electroshcock? Nuestro trabajo cuando empezamos era ver si podíamos hacer

⁶ Fernández Mouján, Octavio. 30 de septiembre de 1985. Congreso de Psiquiatría organizado por Asociación de Psiquiatras argentinos. Publicado Primeras Jornadas Encuentro del Servicio de Psicopatología del Policlínico Lanús. 35 años. (1992, p.18) Recuperado Archivo Histórico del HIGA Lanús.

otra psiquiatría y aún más ampliar el campo para trabajar en “salud mental”. Para realizarlo teníamos que integrar trabajadores de otras áreas, formar equipos interdisciplinarios, y prestar una asistencia comunitaria a partir de un servicio abierto de Psiquiatría en un hospital general en el que se asistiera el amplio espectro de la psicopatología con todos los recursos terapéuticos disponibles, integrando los aportes de la psiquiatría dinámica, la psicología social, y la psiquiatría clínica y del psicoanálisis.”⁷

Como podemos observar, y considerando el análisis de Visacovsky (2002: p. 28) el Lanús⁸ conforma una perspectiva ideológica dentro de la salud mental en Argentina, y en ese sentido constituye una identidad que no alude exclusivamente a una teoría o a una modalidad terapéutica precisa. Como ideología solo denota su filiación al campo psiquiátrico porque se presenta como la antítesis del sistema manicomial, pero además pondera ciertos valores políticos-morales vinculados a la democracia, el pluralismo, humanismo.

Natella (2022), Psiquiatra precursora de la desmanicomialización en Río Negro, quien realizó su residencia en el Hospital Evita de Lanús luego del exilio de Goldenberg, refiere que:

“Goldenberg fue un maestro y que si hay algo que para me transmitió, forjó y que a mí me dejó una marca enorme porque eso pervivió más allá de la dictadura cívico militar, fue que en un hospital general se podía internar y tratar cualquier problema de salud mental, no porque haya sido el único o el primero, porque seguramente en un pueblo de la Rioja, la Quiaca, en algún hospital general seguro en algún momento se internó una persona con padecimiento, pero él lo instituyó, el mostró cómo en un gran hospital se podía tener una sala de salud mental, internar personas de un alta severidad, del problema de padecimiento, entonces ese me parece que fue y también la otra virtud de fusionar y de articular una serie de pensamientos desde la psiquiatría tradicional, el psicoanálisis, las psicoterapias alternativas, digamos como que él fusionó todo ese abanico de posibilidades para atender los padecimientos mentales” (Entrevista a Natella realizada por la autora, el día 20 de septiembre del año 2022, vía Zoom).

⁷ “Relato de mi más querida experiencia docente-asistencial” Mauricio Gondenber. Primeras Jornadas Encuentro del Servicio de Psicopatología del Policlínico Lanús. 35 años. (1992, p.16) Recuperado Archivo Histórico del HIGAc Lanús.

⁸ Denominación dada por la mayoría de quienes trabajaron en el servicio en los años 1969 y 1970, y formaron parte del proyecto que conducía Mauricio Gondenber (Visacovsky 2002)

Como se viene desarrollando, el Lanús es una referencia ineludible para el análisis sobre la salud mental en Argentina y también en Río Negro. Sin embargo, su importancia también fue considerada peligrosa por las fuerzas de seguridad del país. Así lo señala Vainer: “el Hospital Evita de Lanús era un lugar de prestigio en el cual se habían podido demostrar los avances de la Salud Mental, tanto en lo asistencial como en lo comunitario, frente a la obsoleta psiquiatría manicomial. Pero estos logros, como tantos otros, fueron tildados de subversivos” (Vainer, 2003: p.67).

Mientras crecía el deterioro del gobierno de Isabel Perón, con una situación económica acosada por la inflación, se multiplicaron las acciones de las organizaciones guerrilleras, así como el accionar de la Triple A desde el propio gobierno. Consecuencia de ello, las actividades comunitarias fueron las primeras en ser restringidas en el servicio, siendo consideradas desde la óptica represiva como actividades políticas y no terapéuticas. Tal como señala Visacovsky (2002: p.251) “el furor represivo desatado connotó como “políticas” y “subversivas” prácticas a los que sus protagonistas rechazan en la actualidad atribuirles dichas propiedades”.

Cabe destacar que el hospital de la mano de Goldenberg había creado el departamento de psiquiatría social, una intervención del mundo médico sobre la pobreza urbana, materializada en las villas miserias y los barrios obreros que proliferaban en el sur del Gran Buenos Aires. Dicha experiencia fue adquiriendo diferentes modalidades de intervención que incluía cursos de formación para promotores de salud, asistencia materno-infantil y atención de la salud mental en el barrio. Los profesionales operaban como intermediarios entre el hospital y la población. El vínculo se enriquecía a través de una red de actores diversos donde además de los promotores de salud, participaban dirigentes, organizaciones e instituciones sociales, constituyendo en los profesionales que llevaban a cabo la experiencia una mirada crítica con relación al sistema social vigente, y el desarrollo de un mayor compromiso profesional consustanciado con los sectores sociales implicados. Goldenberg lamentaba que esta experiencia haya sido considerada una experiencia de “izquierda”; con esta expresión pretendía advertir sobre el error de conceptualización en el que habrían caído quienes, entre 1975 y 1976 tuvieron al departamento y a sus actividades en la mira de su accionar autoritario. Por ello, el foco represivo de la dictadura cívico militar apuntó desde el inicio a las actividades comunitarias, las primeras en ser

restringidas, puesto que constituían desde la óptica represiva actividades políticas antes que terapéuticas. Visacovsky (2002: p.252)

Pocos días después del golpe de Estado se firmó la licencia extraordinaria de jefes de servicio personal subalterno, médicos, psicólogos, asistentes sociales y la prohibición de asistencia del personal concurrente. Entre las justificaciones de la medida, se aducía que los afectados incurrieran en “presunta o potencial perturbación ideológica”. El decreto de licencia extraordinaria obligaba a Valentín Barenblit, jefe del servicio del Lanús, a concluir automáticamente sus funciones, no obstante, los coordinadores de los diferentes departamentos decidieron mantener su jefatura, a pesar de que oficialmente había caducado; de hecho, tal como señala Visacovsky (2002: p.253) se realizaron reuniones del consejo directivo en el propio domicilio de Barenblit, donde decidieron a su sucesor José Kuten, quien luego renunció. Algunos profesionales pudieron reintegrarse a su trabajo en el servicio mediante recurso judicial, pero muchos otros fueron catalogados como licenciados por razones administrativas. De los 150 profesionales que integraban el servicio hacia mediados de los años ‘70 quedaron cuarenta debido a las cesantías forzosas y al éxodo generalizado como consecuencia del terror provocado por la presencia permanente en el hospital de soldados armados.

Como se viene desarrollando, el Hospital Evita de Lanús fue objeto directo de la represión estatal en su modalidad de atención, como así también en quienes materializaban la lógica de un modelo de atención con enfoque comunitario e interdisciplinario. Sus principales referentes, Barenblit como Goldenberg, debieron exiliarse, el primero en Barcelona y el segundo en Venezuela. En marzo del año 1977, concomitantemente, fue secuestrada en la Sala de Espera de Consultorios Externos, Marta Brea, psicóloga y Subjefa del Departamento de Adolescencia del Servicio.

Es importante destacar a continuación la modalidad represiva que se desató en cada uno de los casos, como expresiones ejemplificadoras de la violencia ejercida en aquellos tiempos. Así lo expresó Valentín Barenblit:

“En mi caso tuve que superar los efectos traumáticos de una detención ilegal de varias semanas “desaparecido” y los agravios de la tortura, efectuada por miembros de las fuerzas armadas de la dictadura cívico militar genocida. La experiencia fue muy severa. Yo entendí de manera precoz qué era la represalia por mi posición profesional. Ya me

habían cesado como jefe del Servicio del Policlínico de Lanús meses atrás. Durante mi cautiverio tuve que padecer interrogatorios con preguntas para los que no tenía respuesta. Al fin fui uno de los pocos “desaparecidos” liberados, con la condición de abandonar Argentina en veinticuatro horas”. (Entrevista realizada por la Sociedad Española de Psicoanálisis, 2016).

Un hecho trágico fue el secuestro de Marta Brea, en 1977, coordinadora del departamento de adolescencia, y miembro de la comisión gremial. Según algunos testimonios era militante de Montoneros. De acuerdo con el legajo de la CONADEP, 118/7, Brea fue secuestrada del Hospital por las fuerzas de seguridad. Según las constancias documentales el 1° de junio de 1977, fueron encontrados cinco cuerpos sin vida en la calle Ávalos al 300 de la localidad de Temperley, partido de Lomas de Zamora, provincia de Buenos Aires. La partida de defunción oportunamente labrada y correspondiente a Brea señala como causa de muerte “hemorragia aguda por heridas de bala”.⁹

En el caso de Mauricio Goldenberg, primero la Triple A y luego la dictadura cívico militar apuntaron contra él y su familia, recibiendo recurrentes amenazas, por lo cual debieron abandonar el país. “En el 75 comenzamos a recibir amenazas anónimas. Tuve un paciente que tenía un alto puesto en el gobierno de Isabel Perón y me dijo que era mejor que nos fuéramos. Nos fuimos el 1 de enero de 1976 durante el gobierno de Isabel Perón. Pensamos en volver en dos o tres meses... Cuando estábamos en Venezuela (...) las cosas empeoraron en Argentina. La policía entró en mi casa en Buenos Aires e hizo cosas espantosas. Eran los primeros días de enero del 76” (Carpintero y Vainer, 2018: p.183).

La trayectoria de Gondenberg y los cambios introducidos en la modalidad de atención de las personas con padecimientos mentales en Hospital General, son fundamentales para esta investigación ya que los trabajadores y trabajadoras que impulsaron a partir de 1983 la experiencia de transformación en el campo de la salud mental rionegrina, lo señalan como “una referencia

⁹Según testimonios de distintos sobrevivientes, fue vista en el centro clandestino de detención conocido como “El Vesubio” (Puente 12). Ana María Di Salvo, sobreviviente de ese centro clandestino de detención y recientemente fallecida, contó que Brea usó restos de lana y le tejó una bufanda con sus propios dedos, cuando le dijo que sentía frío en su cuello. Esa bufanda acompañó a Di Salvo en cada declaración prestada ante distintos tribunales del país y extranjeros, y en cada acto recordatorio por los detenidos-desaparecidos. Entre los años 2004 y 2006 fueron exhumados varios esqueletos del Cementerio Municipal de Lomas de Zamora, provincia de Buenos Aires, en el contexto de la “búsqueda de la verdad” llevada adelante por la Cámara Federal porteña. De la fosa ubicada en la sección 21, Tablón E, sepultura 60, se recuperaron cinco esqueletos –dos de sexo femenino y tres de sexo masculino– dentro de los cuales se encontraba el de Brea (Centro de Información Judicial, 2011).

pionera”. No obstante, durante el período de formación como residentes en la especialidad de psiquiatría en el servicio de psicopatología del hospital (1980-1985) sostuvieron una práctica más clínica que comunitaria, con elementos de comunidad terapéutica, con un enfoque más individual que social y con un criterio de selección de pacientes. Dicha situación la aducen a la partida de Mauricio Goldenberg, Valentín Barenblit y el grupo que con ellos sostenía el enfoque comunitario (Cohen y Natella, 2013: p.107).

Como adelantamos, al menos dos de las figuras del proceso de desmanicomialización en Río Negro tenían sus raíces formativas en esta experiencia. Natella, psiquiatra del Hospital General Artémides Zatti de la ciudad de Viedma, y luego Jefa del Servicio de Salud Mental de dicho hospital y el Dr. Hugo Cohen, jefe del Programa de Salud Mental de la Provincia, y posteriormente Jefe del Consejo Provincial de Salud Pública de Río Negro. Ambos fueron promotores del proceso de transformación de salud mental en la provincia en 1985 y residentes y jefes de residentes en el Hospital Evita de Lanús, donde recibieron la formación de especialistas, una instancia decisiva para experimentar y valorar la internación de la persona con padecimiento mental en hospital general. Sobre esta participación volveremos más adelante.

1-5 Tensiones políticas y acciones psicoanalíticas

Otras de las cuestiones fundamentales en la década de 1960, se encuentra vinculada con la reconfiguración de conceptos y prácticas de la corriente psicoanalítica que, a partir de ciertos hechos políticos, se proponían repensar el psicoanálisis y la institución psicoanalítica. Se considera fundamental tener en cuenta estos acontecimientos debido a que el psicoanálisis y los psicoanalistas fueron actores imprescindibles con avances y experiencias que dejaron huellas, tanto en la experiencia del Hospital Evita de Lanús, como antecedente de transformación de un modelo asilar a un modelo comunitario en las personas con padecimiento psíquico, como así también en nuevas categorizaciones que pusieron en tensión el enfoque de la psiquiatría tradicional como unívoco en la atención en salud mental.

En este sentido Vainer (2014) sitúa al Cordobazo¹⁰ como un punto de inflexión para la sociedad argentina, pero además como un hecho fundamental para las instituciones

¹⁰ (Insurrección obrera y estudiantil contra la dictadura cívico militar de Onganía que comienza en el año 1969 en la ciudad de Córdoba)

psicoanalíticas, pues es a partir de entonces la política se convirtió en el eje de discusión en la sociedad y en el campo de la salud mental.

La APA (Asociación Psicoanalítica Argentina) había realizado su única huelga en adhesión al paro general del 29 de mayo de 1969 que coincidió con el Cordobazo. En poco tiempo, algunos analistas viajaron para participar en el Congreso Internacional de Psicoanálisis en Roma. Era el 1er congreso luego del “Mayo Francés” del ‘68. Muchos de los asistentes expresaron su descontento con la política de la Asociación Psicoanalítica Internacional convocando a un contra congreso donde planteaban: la formación, la institución y el papel de los psicoanalistas en la sociedad. Así nació Plataforma Argentina con once miembros de la APA en agosto de 1969. Las posiciones ideológicas de estos analistas en un momento de gran movilización social encontraron un mejor lugar para su participación político-gremial dentro de la Federación Argentina de Psiquiatras (FAP).

Por otro lado, la discusión acerca del lugar que tenía la política en la APA llevó a otro conflicto. Fernando Ulloa¹¹ era director del Centro Racker¹² y, en ese entonces se ocupaba de la extensión psicoanalítica a la sociedad. Mauricio Goldenberg le había pedido a Ulloa que, desde el Centro, organizara la formación de residentes de Salud Mental de Buenos Aires. Así se organizó el primer programa de capacitación para residentes brindado por el Centro Racker. A principios de 1971, ante la cesantía de un residente por motivos políticos, Ulloa decidió personalmente seguir brindando formación para ese residente. La APA no apoyó esa decisión y, a partir de allí se conformó el grupo Documento, siendo Ulloa uno de sus integrantes.

No obstante, existían diferencias entre ambos grupos, tal como indica Ulloa (2000):

“Como suele acontecer en nuestro país, casi folklóricamente, Documento y Plataforma, que inicialmente sostenían puntos de vista bastante semejantes y concurrentes, pronto entraron en conflicto, también por razones poco claras. Ambos grupos presentamos un proyecto a la filial Buenos Aires de la FAP para organizar el CDI (Centro de Docencia e

¹¹ Fernando Ulloa fue Médico. Psicoanalista. Profesor titular de la Facultad de Psicología de Bs. As. Psicología Clínica. Dinámica grupal. Psicología Institucional Coordinador Grupo H8, equipo de analistas con intervenciones permanentes en hospitales públicos e instituciones educativas públicas y privadas. Publicaciones: Alrededor de 80 a 100 artículos teóricos y clínicos en revistas especializadas sobre temas de su especificidad: Psicoanálisis – Psicoanálisis y numerosidad social – Derechos Humanos – Salud Mental de los equipos de salud. www.acheronta.org.

¹² Centro de Investigación y Orientación Enrique Racker de la Asociación Psicoanalítica Argentina, tenía como objetivos la extensión y la aplicación del psicoanálisis a través de actividades dirigidas a la comunidad. Como así también la investigación científica del psicoanálisis para la comprensión del cuerpo social (información de la APA (<https://www.apa.org.ar/Centro-Racker>))

Investigación). Prevaleció el proyecto de Documento, y también ganamos las elecciones para dirigir la FAP. Fue ahí donde me correspondió continuar la presidencia que dejaba Rodrigué. No obstante, ambos grupos pudimos integrar una buena colaboración en la organización del CDI que fue una instancia de capacitación en salud mental bastante importante, del cual se beneficiaron muchos psicólogos, psiquiatras, psicoanalistas, psicopedagogos, y demás trabajadores de la salud mental destinados, precisamente, a ejercer en hospitales públicos” (Ulloa, 2000: p. 223).

Es importante destacar que los integrantes de Plataforma y Documento¹³ junto con la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, la Federación Argentina de Psiquiatras, la Asociación de Asistentes Sociales y la Asociación de Psicopedagogos habían fundado la Coordinadora de Trabajadores de Salud Mental, la cual se proponía una intervención política orgánica en la problemática del Sector Salud Mental en su relación con lo social, con el modelo médico y con las políticas públicas. Galende (1994) señala que:

“A partir de la década del cincuenta, todas las alternativas que se construyeron en relación con lo comunitario se originaron en profesionales que provienen de la sociología, el psicoanálisis y la psiquiatría dinámica. Fueron principalmente los psicoanalistas que ya estaban ejerciendo en los hospitales, psiquiátricos o generales, los que formaban la vanguardia de los procesos de construcción de las alternativas a la medicina mental positivista y a su práctica manicomial” (Galende, 1994: p.298).

En ese sentido, la experiencia de Gregorio Barenblitt, analizada por Felipe Magaldi (2021) permite reconstruir la trayectoria de este psiquiatra y psicoanalista argentino, que logra desplegar en el exilio la síntesis de una terapéutica que dialogaba con un cambio social y político. Tras el golpe cívico-militar de 1976, Barenblitt se exilió en Brasil, en un momento en el que la

¹³ En 1972, los psicoanalistas agrupados en Plataforma y en Documento se retiran de la APA (Asociación Psicoanalítica Argentina) institución de estructura elitista y verticalista que había hegemonizado por completo el psicoanálisis hasta ese momento. GRUPO DOCUMENTO: Diana Etinger de Álvarez, Hugo Bellagamba, Marcos Bernard, Hugo Bleichmar, Emilce Dio de Bleichmar, Santiago Dubcovsky, Carlos Kaplan, Raquel Kielmanowicz, Ignacio Maldonado, Julio Marotta, Aldo Melillo, Lea Rivelis de Paz, Aída Dora Romanos, Jorge Rovatti. Leopoldo Salvarezza, Fanny Elman de Schutt, Jaime P. Schust, Horacio Scornik, Gilberto Simoes, Raquel Kozicki de Simoes, Fernando Ulloa. GRUPO PLATAFORMA: José Bleger Manuel Braslavsky Diego Gracia Reinoso Marie Langer Rosa Mitnik Alberto Pargeament (Vainer 2009).

dictadura cívico militar brasileña había reducido su accionar represivo y comenzaba a transitar un largo proceso de democratización (p. 19).

Tras participar del Simposio Internacional de Psicoanálisis, Grupos e Instituciones, en 1977, contando con la presencia no solo de profesionales del campo psi, sino de antropólogos, sociólogos, filósofos, y psicoanalistas argentinos, Baremlitt contribuyó a la fundación de IBRAPSI (Instituto Brasileiro de Psicoanálisis) cuya misión era dar continuidad a las propuestas del congreso en el campo de las prácticas psiquiátricas, articulándose con el naciente Movimiento de Trabajadores en Salud Mental (1978) en Brasil, e impactar en la reforma psiquiátrica en el país. Posteriormente, el IBRAPSI se ramificó en las décadas siguientes en sus instancias grupales de formación terapéutica, así como movimientos políticos, sindicatos, barrios, hospitales y manicomios, potenciando con el movimiento de trabajadores de salud mental (Magaldi, 2021).

Es importante considerar que los debates que se desarrollaron alrededor de la función del psicoanálisis, de sus institucionalidades, y de la relación con otras especialidades del campo de la salud mental en la Argentina, previos a la dictadura cívico-militar de 1976 y en la Transición ponen de manifiesto cómo esta disciplina se hacía cargo de la nueva demanda social, vinculada a un sistema social represivo e injusto, al cual denunciaban asumiendo un nuevo rol en la sociedad.

1-6 Efectos de la última dictadura cívico militar en el campo de la Salud Mental en la Argentina

A partir de la última dictadura militar se produjeron acontecimientos en el campo de la Salud Mental que afectaron el desarrollo de las innovaciones en el psicoanálisis y en sus instituciones. Las políticas represivas apuntaron a dismantelar los avances de las décadas anteriores, tratando de frenar la politización del campo psi. En buena medida lo lograron, pero ello no impidió que los profesionales de la Salud Mental renovaran y rearticularan sus prácticas asistenciales poniéndolas al servicio de una sociedad conmocionada.

El impacto de la dictadura sobre las instituciones dedicadas a la Salud Mental tuvo efectos diversos. En los centros de atención, las experiencias que se venían desarrollando antes de la dictadura respecto a sustituir el modelo manicomial por dispositivos de atención como hospital de día, grupos terapéuticos, internación de pacientes con padecimientos mentales en sala general, y asambleas, fueron suprimidas para volver a un modelo de atención individual.

Se puede señalar que situaciones similares a las descriptas respecto al Hospital Evita de Lanús, se dieron en los hospitales monovalentes. En el Tobar García, se habían suprimido las

admisiones grupales y la entrada a concurrentes. En el Hospital Moyano, uno de los jefes Hugo Franano, quien dirigía el Servicio de Internación, fue desaparecido y posteriormente asesinado, y en el Hospital Borda se despidieron cuatro jefes de servicio, veinte enfermeros y personal administrativo. En las provincias, la situación era similar, de modo especial en Entre Ríos y Córdoba. La acción represiva era justificada públicamente sentenciando que los “centros asistenciales de la Salud Mental habían sido convertidos en lugares de adoctrinamiento subversivo” (Carpintero y Vainer, 2018: p.381).

Según un informe del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS):

“Amnistía Internacional ha recibido alegaciones de que, en por lo menos dos ocasiones, manicomios han sido allanados y ocupados por las fuerzas armadas, y que el personal médico ha sido despedido o detenidos. El 3 de abril de 1976, el Policlínico Posadas, un hospital bien conocido en el barrio Ramos Mejía de Buenos Aires, que tiene ambiente para 500 personas, fue, según testimonios, ocupado por el Ejército, porque fue supuestamente una base para actividades guerrilleras. Durante la ocupación, los trabajadores fueron maltratados y 169 personas detenidas. Una operación similar pasó en Córdoba en la última semana de mayo de 1976. El Hospital Santa María, el cual aloja pacientes de largo plazo, fue ocupado por 150 militares. Durante la operación, que tuvo como motivo la imposición de disciplina militar en el hospital, el personal médico y otros fueron maltratados y unos aparentemente atacados por perros, propiedad de los militares” (CELS, 2021: p. 12).

También sobresale el informe realizado por Mauricio Goldenberg en 1984¹⁴, como miembro de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sobre la situación de la Salud Mental en Argentina durante el período dictatorial hasta la democracia. En él planteaba el importante deterioro del sistema, el aumento considerable del número de internados —que llegaba a 25000—, la sobrepoblación, la disminución de recursos humanos, el incremento de las prácticas de aislamiento, el privilegio absoluto de la práctica psiquiátrica asilar, la

¹⁴ El doctor Aldo Neri, Ministro de Salud, solicitó a la OPS un informe sobre la situación de la salud mental de nuestro país. Este fue realizado durante enero de 1984 por el doctor Mauricio Goldemberg, quien en ese momento se desempeñaba como asesor de dicha organización. Tal como lo expresa Alberdi (2003), esta solicitud adquirió un peso simbólico, ya que implicaba una decisión de transformación en el área.

implementación de prácticas represivas, y la anulación de todo intento de prácticas preventivas y de atención en el primer nivel (Faraone y Barcala, 2020).

El gobierno también puso en la mira a las entidades educativas y profesionales con el objetivo de reprimir la oposición. A pesar del ambiente opresivo, la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (APBA) resistió y celebró elecciones en 1977, que fueron ganadas por una lista de consenso que representaba a varias corrientes políticas. Los dirigentes recién elegidos incluían a Beatriz Perosio como presidenta y Hugo Vezzetti como vicepresidente. A pesar de la represión y las amenazas, la APBA se mantuvo activa en la defensa de los derechos de los psicólogos. La asociación se proponía la presentación de un informe a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la denuncia del intento del Ministerio de Educación de limitar el alcance profesional de los psicólogos. En ese marco, Beatriz Perosio¹⁵ fue detenida y desaparecida en 1978. A partir de la desaparición de Perosio, se realizó una movilización en APBA y se presentó ese mismo año ante la delegación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos que llegó a Buenos Aires un informe que incluía un listado de más de 30 psicólogos desaparecidos hasta entonces (Carpintero y Vainer, 2018, p.410).

Como se desprende de los párrafos anteriores, la represión no se circunscribió a la persecución y el hostigamiento en el plano institucional. Por el contrario, en muchos casos, afectó en carne propia a los profesionales psi. Cabe señalar que esto ocurrió tanto a través de medidas coactivas ilegales como bajo el amparo de la ley, lo que permite advertir la amplitud del dispositivo represivo. Por ejemplo, contando con la Ley de Prescindibilidad N° 21260¹⁶, decretada por el anterior gobierno de Isabel Perón, se sumó el sometimiento a tribunales militares para los trabajadores del Estado por sospecha ideológica. La justificación legal era por ser promotores de presunta o potencial perturbación ideológica. En la Ciudad de Buenos Aires, en el Centro de Salud Mental N°1, se habían exonerado a su jefe y a una psicóloga, a partir de lo cual se reiniciaron aplicaciones de electroshock. Medidas análogas ocurrieron en los hospitales Álvarez, Tornú, Pirovano y Penna. Estos hechos dan cuenta de cómo los efectos represivos sobre las instituciones y los individuos eran las dos caras de una misma moneda.

¹⁵ Era Psicóloga, trabajadora de la Salud Mental, actividad que la encontró como presidenta de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA) al momento de su desaparición. Era, también, militante comunista. Tal como señalan Carpintero y Vainer (2018, p.407) si bien su organización política sufrió la desaparición de la mayoría de su dirección política, en el caso de Perosio, su secuestro y posterior desaparición se debieron a su militancia gremial en APBA.

¹⁶ La ley de Prescindibilidad, cesantía, razones de seguridad (21260) determinaba la baja de empleados públicos por razones de seguridad. Fecha de sanción: 26/3/1976.

La naturaleza bifronte de la represión también es reconocida por Carpintero y Vainer (2018) cuando apuntan que, por un lado, se dio un crecimiento de la cantidad de psicoanalistas que se abocaron a prácticas privadas y, por otro, hubo fracturas en las instituciones a la vez que se crearon nuevos dispositivos que abandonaron las prácticas llevadas a cabo hasta ese momento.

Ante estas circunstancias, una estrategia defensiva que adoptaron muchos trabajadores de la Salud Mental, entre ellos psicoanalistas, fue la de resistir en un exilio, interno o externo. Muchos de ellos lo hicieron fuera de las instituciones o bien en una situación minoritaria dentro de las mismas. Fueron épocas en el país donde el silencio se transformó en una constante individual, social e institucional.

Así describe Carpintero en entrevista su “exilio interno”:

“En esa época, cada uno acá dentro hizo lo que pudo porque no era fácil vivir en este país y decir salgo corriendo especialmente aquellos —no todo el mundo, pero sí había algunos, en mi caso era así— que conocíamos un poco la situación. Obviamente, no en la dimensión como apareció después, pero si sabíamos de muertos, desaparecidos, fusilamientos y todo. Me preguntabas sobre mi persona, hice mi exilio interno, fui a trabajar dos veces por semana a dos clínicas en Zárate y Campana, iba y venía, vivía acá. Además, implicó un corte de profesionales; yo no tenía posibilidad de ninguna derivación porque la gente que yo conocía o la habían matado, desaparecido o se habían exiliado, no había muchas posibilidades”. (Entrevista a Carpintero realizada por la autora. Buenos Aires el día 6 de septiembre del año 2022).

Mientras que, por otra parte, así lo describe Gregorio Baremlitt, exiliado en Brasil:

“Como todos sabemos, el des-tierro es una de las experiencias más dramáticas por las que un hombre puede pasar. La derrota circunstancial y su doloroso cortejo de pérdidas hieren cruelmente todo aquello que tenemos de más sensible y sagrado. La causa, la Patria, la Familia, la Profesión, los Bienes, en fin, todo aquello con lo que se edifica lo que llamamos identidad subjetiva. No es nada fácil asimilar ese derrumbe sin apelar consciente o inconscientemente a regresiones improductivas y repeticiones estériles” (Baremlitt, 1988: p.11).

En suma, el accionar de la dictadura en el campo de Salud Mental implicaba la represión de todos los planos reformistas y de sus actores, dando lugar a un modelo hegemonizado por quienes sostenían la lógica manicomial, acompañada de una violencia que instauraba nuevos lazos de sometimiento y obediencia, esta vez ejercida por el terrorismo estatal. Resulta notable que, incluso en condiciones tan adversas, los profesionales psi persistieran en la voluntad de renovar sus disciplinas. Sigue Baremlitt: “Sin embargo, ese trance tiene el complejo mérito de des-institucionalizarnos, de des-territorializarnos, en el sentido más amplio y diverso de la palabra. Se agudiza como nunca la capacidad crítica inédita y nos abrimos a una libertad dura y bella que jamás conocimos. La más importante enseñanza que creo haber asimilado en este lapso es un cuestionamiento extremo a la especificidad y profesionalidad de mi quehacer y de mi saber” (Baremlitt, 1988: p.12).

1-7 Transformaciones en el campo de la Salud Mental en la Argentina

Las transformaciones del campo psi de este período pueden pensarse como otro efecto (no buscado) de la represión, en tanto la atención a las víctimas en dictadura respondió a las formas específicas que asumieron la represión y, también, la oposición a esta.

Desde este punto de vista, un aspecto clave en el proceso de transformación disciplinar fue la confluencia del campo psi con el movimiento de los derechos humanos, el cual surgió a partir de mediados de la década de 1970 como un actor colectivo que ganó visibilidad en el marco de persecuciones y de la resistencia y denuncia ante las desapariciones y la violencia del Estado.

Las organizaciones de Derechos Humanos preexistentes como la Liga Argentina para los Derechos Humanos (LADH), y el Servicio de Paz y Justicia (SERPAJ), cambiaron su enfoque, a la vez que se crearon nuevas organizaciones. Tal como desarrolla Jelin (2015), durante la dictadura militar, el movimiento se ocupó de una variedad de tareas: la denuncia y protesta abiertas, la contención a víctimas familiares, la difusión de información sobre la magnitud de las violaciones, y la promoción del tema de la violación de los derechos humanos en Argentina a nivel internacional.¹⁷ Como se verá más adelante, una característica de enorme importancia en

¹⁷ El primer organismo de denuncia que lleva la expresión “derechos humanos” en su nombre es la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos (APDH), creada a fines de 1975, año en el que la violencia, la inestabilidad

este proceso fue que las denuncias de represión del Estado se enmarcaron cada vez más dentro del marco interpretativo de las violaciones de los derechos humanos, un sello y paradigma que se consolidó internacionalmente en la década de 1970.

En este contexto general, la resistencia a la dictadura y la denuncia de las organizaciones de derechos humanos inauguraron una nueva demanda sobre los profesionales de la Salud Mental, quienes debieron atender las secuelas psicosociales de la violencia de Estado. Diana Kordon¹⁸ (1984), señalaba que el terror implantado por la dictadura fue acompañado de una campaña de intensa reacción psicológica que incluía la propuesta de un modelo de salud y enfermedad de un modelo de normalidad y patología. En ese marco, el CELS (2021: p. 12) señala

política, los secuestros y los asesinatos se habían intensificado. Cronológicamente, se puede situar durante la dictadura y la transición a la democracia la conformación de las siguientes organizaciones: (1) El SERPAJ funcionó desde 1974 con la coordinación general para América Latina de Adolfo Pérez Esquivel, el cual promovió y participó activamente de la creación de nuevos organismos de derechos humanos abocados a la recepción de denuncias y el acompañamiento de los familiares y víctimas. En 1980, con motivo de su compromiso con la defensa de los derechos humanos de los pueblos de América Latina y de su propio secuestro y encarcelamiento, Pérez Esquivel fue galardonado con el Premio Nobel de la Paz. (2) La APDH fue fundada en 1975 como respuesta al accionar de la Triple A (Alianza Anticomunista Argentina), grupo paramilitar que inició la represión bajo gobierno democrático. La organización estaba conformada por personas provenientes de los más diversos sectores sociales: políticos, intelectuales, sindicales y religiosos argentinos. Entre sus fundadores se encontraban monseñor Jaime de Nevares, Obispo de la Provincia de Neuquén, quien conformó en dicha provincia y en el Alto Valle de Río Negro delegaciones de la APDH nacional. (3) El Movimiento Ecuaménico por los Derechos Humanos se formó en febrero de 1976 con la participación de religiosos y laicos acompañados por obispos de las iglesias católicas y protestantes, entre ellas la Iglesia Evangélica Metodista Argentina, el Obispado de Quilmes de la Iglesia Católica y la Iglesia Evangélica Luterana Unida. Más tarde, ante la intensidad de la represión se fueron creando los organismos más directamente afectados. Así surgen (4) Familiares de Desaparecidos y Detenidos por Razones Políticas en 1976, formado por familiares que fueron encontrándose en las cárceles o en trámites en diversos juzgados, comisarías, cuarteles militares. El organismo más renombrado en ese contexto estuvo constituido por las madres de los desaparecidos, desde abril de 1977, conocido como (5) Madres de Plaza de Mayo, formado originariamente por 14 mujeres de entre 40 y 60 años, las cuales se encontraban envolviendo la Pirámide de la Plaza de Mayo, donde establecían lazos que posibilitaba una resistencia frente a la brutalidad del poder. Las (6) Abuelas de Plaza de Mayo se constituyeron en octubre de 1977 encaminadas a la búsqueda de los niños desaparecidos para restituirlos a sus legítimas familias. En el año 1980 se crea el (7) CELS, como desprendimiento de la APDH, con un programa de apoyo jurídico y sistematización de la documentación que sirvió de apoyo a las denuncias por violaciones de derechos humanos. En sus primeros años, el CELS llevó adelante la lucha por la verdad y la justicia de los crímenes cometidos por el terrorismo de Estado. (Jelin 2015, p.85).

¹⁸ Médica psiquiatra. Psicoterapeuta. En su trayectoria, se destaca la articulación entre prácticas psi y derechos humanos. Ha sido profesora de grado y posgrado en numerosas instituciones. Es coautora de *Efectos psicológicos de la represión política* (1986); *Temas grupales por autores argentinos* (1988); *La impunidad, una perspectiva psicosocial y clínica* (1995); *Desarrollos sobre grupalidad, una perspectiva psicoanalítica* (1995); *Paisajes del dolor, senderos de esperanza* (2002); *Por-venires de la memoria* (2007); *Sur, Dictadura y Después...* (2010). Por la relevancia y calidad de sus trabajos, ha recibido, entre otros, el premio Inge Genefke (Copenhage) de Salud Mental y Derechos Humanos, en conjunto con el Dr. Darío Lagos, el premio Barbara Chester (EE. UU.) por asistencia a afectados por la represión política, el premio Leo Eitinger de Derechos Humanos de la Universidad de Oslo (Noruega) y la Beca Guggenheim. En la actualidad, es miembro titular de Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo (AAPPG), miembro de honor de Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), coordinadora del Equipo de Asistencia Psicológica de Madres de Plaza de Mayo (1979-1990) y coordinadora del Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psicosocial (EATIP) (1990-hasta la actualidad).

que la atención psicoterapéutica fue parte de la resistencia de los trabajadores de la Salud Mental, siendo uno de los primeros espacios donde empezaron a emerger los testimonios de las crueldades desplegadas por los represores, tanto de los sobrevivientes directos de la detención clandestina y la tortura, como a familiares de personas detenidas-desaparecidas y de niños y niñas apropiados.

A fin de asumir la enorme tarea que se les presentaba, los profesionales psi idearon prácticas novedosas. En 1979 se creó el primer equipo para la asistencia psicoterapéutica de víctimas del terrorismo de Estado: el Equipo de Asistencia Psicológica de Madres de Plaza de Mayo. Diana Kordon y Lucila Edelman¹⁹ son los nombres más reconocidos de esa experiencia. Durante esa época, el equipo, además de la contención y atención directa a las Madres, investigó sobre los mecanismos de inducción al silenciamiento social y el olvido, y sobre los efectos de la existencia de desaparecidos, entre otros temas vinculados a los mecanismos del terrorismo estatal.

En 1982, se creó el Movimiento Solidario de Salud Mental (MSSM), que como señala Lastra (2023), estaba vinculado al organismo Familiares de Detenidos y Desaparecidos por Razones Políticas²⁰. Así recuerda la formación de este organismo, Victoria Martínez²¹, quien estuvo desde el inicio:

“Cuando estábamos sobre el final de la carrera, un grupo de estudiantes, o algunos que se iban recibiendo, recibimos el pedido de madres y abuelas de chicos, digamos, hijos desaparecidos. No eran instituciones, eran madres sueltas, abuelas sueltas que acudían a estos psicólogos y necesitaban dar respuesta a los chicos. A partir de ese pedido, entramos a trabajar y nos pusimos en contacto con el organismo de familiares de detenidos y desaparecidos por razones políticas, porque también había niños con padres presos

¹⁹ Médica psiquiatra. Psicoanalista. Miembro del Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psicosocial, integró también el Equipo de Asistencia Psicológica de Madres de Plaza de Mayo (1979-1990).

²⁰ El MSSM fue presidido por Juan Jorge Fariña y Carmen Morera. Las reuniones del equipo terapéutico eran supervisadas por Fernando Ulloa, psicoanalista que estuvo exiliado en Brasil y que tuvo un papel muy importante en el trabajo de asistencia a las víctimas del terrorismo de Estado. El equipo clínico y la reflexión teórica sobre la naturaleza de la represión estatal de la última dictadura fueron muy importantes para el MSSM.

²¹ Licenciada en Psicología. Especialista en atención psicológica a víctimas de trauma por situaciones de violencia y violaciones de derechos humanos. Investigadora de posgrado de UBACyT, fue docente de las cátedras de Salud Pública y Salud Mental y Psicología, Ética y Derechos Humanos de la Facultad de Psicología de la U.B.A. Exdirectora Nacional de Atención a Grupos en Situación de Vulnerabilidad de la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación (2003-2014).

políticos. De esa manera, fuimos conformando un grupito de psicólogos con muy poca experiencia, pero recién formados, que empezamos a tener ese compromiso, sobre todo por el organismo de familiares. Después se suma Fernando Ulloa como nuestro supervisor clínico, pero él ya venía desde antes de la dictadura trabajando con víctimas de tortura. El tema de las asambleas en los hospitales, las asambleas de pacientes, Fernando Ulloa lo hacía en la experiencia de Lanús, con los alumnos de la facultad, era previo a la dictadura. Armando Bauleo, lo mismo; él tenía todo ese trabajo previo aquí en Argentina y se va a Trieste, Italia, y la experiencia de Basaglia (...) y cuando vuelve, se suma al trabajo que hacíamos en Argentina. Son personas que han llevado su compromiso a todo lugar donde fueron.” (Entrevista a Victoria Martínez realizada por la autora en Buenos Aires el 1 de octubre del año 2024).

Asimismo, la entrevistada describe cómo a partir de estas experiencias, el movimiento sostenía un compromiso con las víctimas y, al mismo tiempo, con la desmanicomialización y los derechos de los pacientes psiquiátricos. Así, el MSSM se constituyó sosteniendo las propuestas que antecedian a la dictadura cívico militar, vinculadas especialmente a la reivindicación de los derechos de los pacientes institucionalizados, junto con la atención a víctimas del terrorismo de Estado, de modo especial con niños cuyos familiares estaban presos o desaparecidos.

Continúa Martínez:

“Estábamos preocupados por el tema de la desmanicomialización. Éramos un grupo de psicólogos que veníamos investigando a quienes en ese momento estaban censurados en la Argentina, pero que tenían toda la experiencia previa de trabajo en la desmanicomialización. Entonces, estudiábamos, por ejemplo, a Armando Bauleo y a todos aquellos que venían trabajando en este campo. Porque en el movimiento solidario de Salud Mental empezamos a contactar con aquellos psicoanalistas de la época de Lanús, de la experiencia de las ideas comunitarias con los pacientes, como Raúl Camino, y todos aquellos que venían haciendo toda la experiencia. Así, comenzamos a trabajar en la clínica con las víctimas del terrorismo de Estado, familiares y niños que tenían a sus padres desaparecidos y no sabían cómo empezar a responder a esto de la desaparición de

sus padres”. (Entrevista a Victoria Martínez realizada por la autora. Buenos Aires, el día 1 de octubre del año 2024).

Desde el MSSM se conformó el equipo clínico asistencial de Familiares de Detenidos y Desaparecidos por Razones Políticas. Este acontecimiento es fundamental para el análisis de esta investigación, ya que impulsó una tarea de conjunción del campo de Salud Mental y los derechos humanos, propiciando no solo la atención clínica, sino también la docencia, la investigación de distintas problemáticas que hacen a la salud mental de la población, y contemplando la iatrogenia de las políticas de internación en hospitales monovalentes.

Otra institución crucial para la confluencia de Salud Mental y derechos humanos fue el CELS. Este fue creado en 1979 por un grupo de madres y padres de jóvenes desaparecidos que integraban otros organismos de derechos humanos, como la APDH y Madres de Plaza de Mayo. Desde su fundación²², se vincularon a la institución psicólogas y psicoanalistas, algunas de las cuales habían sido víctimas de la dictadura. Todas participaban en la asistencia a víctimas o familiares que habían vivido situaciones similares. En 1982, el CELS organizó formalmente su equipo de salud mental. Además, pudo incorporar a las denuncias realizadas durante la transición respecto a la situación de los hospitales y la incursión de la represión en los manicomios.

El planteo ético del CELS, desde un inicio, encontró en el psicoanálisis una matriz de lectura de la crueldad y sus efectos, y una herramienta clínica para resguardar y ayudar a reparar el sufrimiento de las personas victimizadas, entendiendo que, en la trayectoria singular, se sostiene también la tramitación del trauma colectivo.

Como se mostrará en los próximos capítulos, este organismo fue fundamental para la instalación de la internación de las personas con padecimiento mental en la agenda pública ya que produjo el primer informe nacional, pues hasta entonces no existían datos oficiales. Según la investigación, denominada “Vidas arrasadas”, se demostró que en Argentina había cerca de 25 mil personas entre instituciones psiquiátricas y comunidades terapéuticas. Allí vivían hacinadas y

²² Una de las fundadoras del CELS fue Laura Jordán de Conte. Era Madre de Plaza de Mayo porque su hijo Augusto María había sido detenido-desaparecido mientras prestaba el servicio militar. Estaba casada con Augusto Conte Mc Donell, también fundador del CELS. Laura fue parte crucial del vínculo del CELS con el psicoanálisis, junto a las psicólogas Elena Lenhardtson y Matilde Ruderman y a la psiquiatra Ana Goldenberg. Contaron con el apoyo de otros integrantes y de personas vinculadas al organismo. Fue el caso de Graciela Sierra y su esposo Agustín Colombo, que desde el inicio sostuvieron la necesidad de este tipo de asistencia, de Augusto Conte, que se involucró en la búsqueda de fondos para esta línea de trabajo, y de Angélica Sosa de Mignone, que centralizó la derivación de casos por parte de las abogadas.

eran víctimas de abusos físicos, violencia sexual e, incluso, tortura. La sobremedicación psicofarmacológica era práctica habitual, al igual que las sujeciones físicas a las camas sin controles clínicos, el abandono generalizado y el electroshock. En sintonía con esa realidad, las muertes nunca se investigaban. Es de destacar que ese mismo informe señala la experiencia rionegrina como pionera en las políticas de desmanicomialización en Argentina.²³

1-8 Nuevas conceptualizaciones: Trauma, Salud Mental y Derechos Humanos en los ochenta

De acuerdo con lo desarrollado hasta aquí, los proyectos de atención psicológica fueron asediados, los trabajadores de la salud mental sufrieron cesantías, secuestros, torturas y desapariciones, y la dispersión de profesionales se convirtió en una realidad palpable. Pero, tal como se señaló más arriba, la respuesta desde el campo psi fue transformarse en función de las circunstancias. Y así como surgieron nuevos dispositivos para el acompañamiento terapéutico de las víctimas, también germinaron nuevas ideas que tenían antecedentes teóricos en los desarrollos de décadas anteriores.

Por un lado, fueron surgiendo nuevas conceptualizaciones, como "traumatizaciones extremas" y "trauma político", buscando devolverle la naturaleza política al daño causado. Como explica Kordon (2023: p. 111), "la existencia de miles de desaparecidos, acompañada de un discurso oficial renegatorio, es una expresión paradigmática de un traumatismo que produce efectos desestructurantes" en el plano colectivo y personal, con distintos grados de afectación.

Varios psicólogos y psicoanalistas emprendieron una tarea de elaboración y transformación de sus herramientas conceptuales y técnicas, sobre todo las vinculadas a la incidencia de acontecimientos y procesos sociales e históricos en los procesos de salud, de enfermedad, de padecimiento y de curación; la perspectiva grupal que favorecía "apoyarse mutuamente" y tomar "una posición activa frente al hecho traumático"; la afirmación de que las categorías psi pueden servir para entender y abordar procesos y conflictos sociales (Sanfelippo, 2022).²⁴

²³ CELS Y Mental Disability Rights International (2007, p.45) Vidas Arrasadas; La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos. argentinos; UN INFORME SOBRE DERECHOS HUMANOS Y SALUD MENTAL EN. ARGENTINA

²⁴ Estas categorías se encuentran desarrolladas en el artículo de Luis Sanfelippo (2002) "La asistencia psicológica a las víctimas del terrorismo de Estado en Argentina en los tempranos '80". Recuperado https://www.academia.edu/109287574/La_asistencia_psicol%C3%B3gica_a_las_v%C3%ADctimas_del_terrorismo_de_Estado_en_Argentina_en_los_tempranos_80

Lastra (2021) señala que con las nuevas conceptualizaciones se reconocía la producción política del daño, excediendo las categorizaciones limitadas al campo de lo inconsciente. Estas cuestiones se encontraban vinculadas con una profunda transformación del campo psi ocurrida en los años previos a la dictadura cívico militar, en los que se había postulado la condición política y social como variable explicativa de los daños psíquicos.

Pero, además, tal como desarrolla Terán (2013), en la década anterior a la dictadura²⁵, también había madurado un movimiento que se había originado en el campo intelectual y que, desde allí, anunciaba su intención de desplegar sus intervenciones hacia la política. En otras palabras, no podía existir neutralidad. Tal como expresaba Beatriz Perosio “La neutralidad terapéutica desde ya no corre ser neutral frente a estos criminales nos sería imposible y antiético” (MSSM, 1987: p. 131).

En el mismo sentido, Sanfelippo (2022: p.80) añade que “la inclusión de las prácticas psicológicas y psicoterapéuticas en esos ámbitos no sólo se vinculaba al hecho de que los organismos de derechos humanos nucleaban víctimas que requerían asistencia, sino que también respondía al compromiso político de “los psi”. De tal modo, “la opción de los trabajadores de salud mental a partir del terrorismo de Estado es binaria: aliarse o ser segregado; el segundo es vivido como no perteneciendo a la estructura social” (Puget: 2006, p.35).

Estos desarrollos teóricos no solo tuvieron lugar en el país. También desde el exilio se continuaron proyectos terapéuticos que a la vez interpelaron las prácticas y también las elaboraciones teóricas. En ese sentido, Lastra (2019) señala que, si bien el exilio afectó especialmente el proceso de reforma de la Salud Mental que se estaba gestando en esa época, revela que muchos de los saberes que abordan los efectos psicológicos del terrorismo de Estado en Argentina fueron producidos en el exilio y en el país. En ese escenario, los trabajadores de la Salud Mental exiliados fueron escribiendo y trabajando desde el exterior y con otros exiliados sudamericanos sobre la dimensión siniestra de la desaparición. Algunos de estos encuentros se produjeron en las casas de solidaridad que se crearon en México, Costa Rica, Venezuela y

²⁵ En este marco, es interesante recuperar el análisis de Claudia Gilman (2003), la cual señala que hasta mediados de los años ‘50, se presenta la categoría de intelectual comprometido, que reviste la particularidad de un “hacer específico” desde una perspectiva realista, jerarquizando la influencia de la obra desde la comunicación y la generación de conciencia. Al final de la década del ‘60, el intelectual reviste una función de ruptura con la tradición; el intelectual revolucionario, cuyo compromiso inaugura la paridad entre arte y revolución, del mismo modo que la vanguardia política avanza sobre las condiciones que generan la revolución, así deberá avanzar la obra de arte hacia el compromiso artístico político.

Europa, y también a través del trabajo de organizaciones para la asistencia a las víctimas de la dictadura. A través de este éxodo, se generaron reflexiones importantes sobre el trabajo clínico con afectados por la represión estatal, que se difundieron por el continente.

Así, dentro o fuera del país, los trabajadores de la Salud Mental en la transición a la democracia conjugaron las principales líneas teóricas previas a la dictadura cívico militar, las experiencias de aquella época y las prácticas nacidas a partir de la experiencia represiva para renovar las conceptualizaciones del campo psi. Eso los llevó a asumir un compromiso ético-político que se hizo evidente al posicionarse del lado de las víctimas y favoreció un abordaje terapéutico que permitía situar el contexto represivo en las sintomatologías que contenía el campo de la Salud Mental mediante un enfoque centrado en los derechos de los sujetos.

Llegado este punto, se puede postular que, impulsado por el despliegue de los organismos de derechos humanos que alojaron estas prácticas psi renovadas, las formas de intervención que los trabajadores de la Salud Mental desarrollaron a lo largo de este proceso fueron permeadas por la narrativa humanitaria estatal que se fue configurando a medida que se conoció la brutalidad de la represión.

Dicha narrativa humanitaria, nacida del trabajo de los organismos de derechos humanos, se basaba en el imperativo moral de empatizar con las víctimas en su condición de tales, independientemente de sus experiencias militantes. Ese proceso impulsó que el acento se desplazara hacia la biografía de las víctimas, universales al género humano, en detrimento de sus adscripciones políticas específicas. El origen de esta perspectiva estaba en el avance de las denuncias contra los crímenes perpetrados por el Estado. Con el propósito concreto de presentarse en sede judicial, los organismos empezaron a sistematizar la recepción de las denuncias. En consecuencia, el testimonio de los sobrevivientes pasó de ser entendido solamente como una denuncia moral o una reivindicación de los compañeros para adquirir relevancia jurídica.

Este sentido se profundizó durante la transición, en el contexto de la creación de la CONADEP en 1983 y la publicación del *Nunca Más*, que serviría de base probatoria en el Juicio a las Juntas en 1985. Más aun, desbordando ese hito, la narrativa humanitaria siguió desplegándose en el tiempo por la decisión de los organismos de exigir el castigo a todos los culpables y no solo a las cúpulas militares como se pretendía desde la dirigencia política (Crenzel, 2008).

En relación con el trabajo de los equipos de Salud Mental en esta coyuntura tan particular, un informe del CELS señala que:

“las y los profesionales del campo de la salud mental integraron activamente el movimiento de derechos humanos. La atención psicoterapéutica como parte de la resistencia fue una característica del movimiento argentino desde sus inicios, tanto en el país como en el exilio. El hecho de poner el cuerpo y la escucha hizo de la atención terapéutica una respuesta humanizante frente a la crueldad. El restituir a la palabra y al silencio el lugar de vehículo hacia la empatía en una situación de cuidado y respeto fue una forma de resistir los efectos del terrorismo de Estado. Este ámbito fue relevante al ser la psicoterapia uno de los primeros espacios donde empezaron a emerger los testimonios de las crueldades desplegadas por los represores, tanto de los sobrevivientes directos de la detención clandestina y la tortura, como a familiares de personas detenidas-desaparecidas y de niños y niñas apropiadas” (CELS, 2021: p.12).

En este sentido, observando la trayectoria histórica, en donde trabajadores del campo de la Salud Mental va acompañando las búsquedas, controversias y nuevos desafíos de los organismos de derechos humanos, es fundamental lo señalado por Calmels (2019: p.10), quien refiere que “el campo de la Salud Mental y los Derechos Humanos contiene una relación intrínseca entre ambos términos que no es arbitraria ni en lo conceptual ni en lo político. Estas situaciones ubicaron a la Argentina en el lugar de pionera en el mundo, y abonaron a constituir un campo propio de intervención: la Salud Mental y los Derechos Humanos”. Vemos, entonces, que el anidamiento de la narrativa humanitaria en las prácticas psi de la transición, vía el foco puesto por los organismos sobre la palabra de las víctimas, confirió un carácter singular al campo de la Salud Mental en nuestro país.

No obstante, tal como ha descrito Lastra (2023), la intersección entre el campo de la Salud Mental y los derechos humanos no se dio de manera natural, y en ese sentido es necesario reconstruir históricamente ese proceso de intersección a escala nacional y local.

Solo progresivamente se fue incorporando una perspectiva de lucha por la recuperación de los derechos de las poblaciones vulnerables y, entre ellas, de las personas con sufrimiento psíquico, tal como se observará en la reforma de salud mental en Río Negro, la cual recuperará

las luchas de las organizaciones de derechos humanos para establecer y consensuar una agenda que legitime el proceso de desmanicomialización que se dará en años posteriores.

Se puede afirmar, entonces, que la puesta en marcha de la desmanicomialización posdictadura debió mucho a la narrativa humanitaria que permeó las nuevas prácticas asistenciales en tanto esta favoreció un clima de época en el cual, desde el campo psi, se pudo rehabilitar socialmente una perspectiva centrada en las personas con padecimiento mental como sujetos de derechos universales.

Capítulo 2

SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS EN RIO NEGRO

En virtud de lo expuesto anteriormente, este capítulo recupera ciertos sucesos vinculados a los antecedentes teóricos, metodológicos e históricos, trabajados en el capítulo anterior, respecto a los padecimientos mentales y sus institucionalidades, con el propósito de hacerlos dialogar con la experiencia rionegrina de desmanicomialización.

En este sentido, el escrito se propone transitar las experiencias y los posicionamientos individuales y colectivos de las Organizaciones de Derechos Humanos en la provincia de Río Negro; los vínculos y trayectorias de militancias (revolucionarias, partidarias, humanitarias, etc.) que estos actores sostuvieron entre las décadas de 1960 y 1980, así como el trabajo de asistencia a las víctimas del terrorismo de Estado.

2.1 La Salud Mental Rionegrina en la Transición: concepciones y trayectorias en la fundación de un nuevo modelo de atención.

Tal como señala Jensen (2010, 5) “a partir de los años 80 se da un giro cultural de la historia social a partir de las experiencias de estos años, que llevaron a entender lo regional y lo local como herramientas analíticas fecundas para dotar de inteligibilidad al pasado en la complejidad de sus tramas sociales y en la heterogeneidad de trayectorias vitales que lo componen”.

Así, Scatiza agrega: “determinados fenómenos como la dictadura cívico militar argentina que, hasta un cierto momento, se consideraban suficientemente descritos y entendidos se revisten de significados completamente nuevos al alterar la escala de observación” (Scatiza, 2016: p.21).

En ese sentido, es difícil comprender la magnitud de lo sucedido en el territorio nacional durante este periodo si no se reduce el foco a los matices y particularidades que tuvo el proyecto represivo por fuera de los grandes centros urbanos, donde se han centrado la mayor parte de los estudios acerca de la dictadura cívico militar (Canelo 2008, Jensen 2010).

Por ello, se considera fundamental recuperar algunos rasgos de la historia de la Provincia de Río Negro y el impacto que la dictadura cívico militar ejerció sobre el campo de la salud mental.

Según Balmaceda (2011), Río Negro adquirió su carácter de provincia en 1955 (Ley 14408/55) y solo dos años después se dictó su Constitución. Hasta ese momento, la política de salud provincial se instrumentaba desde el Estado Nacional y, recién en 1959, se constituyó el

Consejo Provincial de Salud Pública dependiente del Ministerio de Asuntos Sociales de Río Negro (dependencia que se mantendrá hasta 1983). Este Consejo comenzó la tarea de regionalizar el sistema provincial, dividido en 5 regiones sanitarias, cada una con su Consejo Regional, del que participaban los jefes de los establecimientos de salud y los respectivos colegios médicos (Suarez, 2002).

Suarez plantea que, tal como sucedía en el ámbito nacional, en la provincia se realizaron varias intervenciones militares entre 1959 y 1973, siendo lo más destacable del período la sanción de la ley 711/72 que modificó la denominación de región por zona sanitaria y renombró los Consejos regionales como Consejos zonales. Entre los años de 1973 y 1975, se intentó la constitución de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que dejaría su huella en Río Negro a pesar de la destrucción que supuso el golpe de estado de 1976.

En entrevista Jerez (2023), expresa que:

“Un desarrollo muy importante en atención primaria de la salud, fue el proyecto más exitoso de atención primaria de la salud del país. Una formación de profesionales muy interesante porque lo que ellos habían planificado en ese momento con los peronistas, yo lo estudié bastante en la residencia. ¿Cómo puede ser que esta provincia, que fue un modelo en el 73 de atención primaria en la salud por el nivel que tenía y la cantidad y la formación de recursos que había logrado todo un sistema, se deteriorara? Pero además de esto, porque logra sostener la experiencia, Río Negro fue el mejor, después paró y se abocó mucho más a buscar profesionales especialistas en red y tener para formación de especialidades en los hospitales... otro sesgo” (Entrevista realizada a Jerez por la autora el día 13 de noviembre del año 2023. Buenos Aires).

Con el triunfo del partido justicialista en 1973 fue elegido gobernador Mario José Franco²⁶ que inició un proceso que mejoró la accesibilidad y la cobertura del sistema provincial de salud en articulación con las medidas que se tomaban en el plano nacional. En este período se implementaron programas de atención integral de la salud a través, principalmente, de dos planes: el de salud rural y el plan piloto de salud en concordancia con el SNIS. Esta iniciativa destinaba

²⁶ En 1973 el Partido Justicialista de Río Negro se incorpora al orden nacional y Mario Franco es nominado como candidato a gobernador, cargo al que accede en las elecciones del 11 de marzo de 1973 por el 46.10% de los votos

mayores fondos a la atención pública de la salud, incrementando los recursos humanos del área, creando puestos sanitarios y fortaleciendo los aspectos preventivos de la atención de la salud, particularmente a partir de la creación de centros periféricos de asistencia y la realización de campañas de prevención y vacunación. Se logró así un mayor número de respuestas a la demanda y la disminución de la mortalidad neonatal (Suárez, 1993).

Entre otras medidas, se establecieron las denominadas Áreas Programáticas que delimitaban zonas demográficas de atención y organizaban la planificación de los recursos disponibles para las poblaciones comprendidas en esa unidad de organización sanitaria. Se reorganizaron también los Consejos Zonales y de áreas programáticas, eliminando la participación de federaciones y colegios médicos, al tiempo que se incluyó a sectores municipales, vecinales y gremiales. Todas estas medidas propiciaron la llegada a la provincia de nuevos profesionales y técnicos que irían a incrementar las plantas de atención sanitaria. El golpe militar de 1976 dejaría sin efecto esta política de atención integral de la salud iniciando un ciclo de deterioro creciente en la atención pública, así como un crecimiento del sector privado.

Natella (2022) señala que:

“En Rio Negro en los ‘70 había un movimiento desde el Movimiento Justicialista, desde el gobierno Justicialista de atención primaria de la salud que hasta la dictadura cívico militar, que quebró con ese proceso en donde se habían desarrollado centros de atención primaria y de alguna manera impulsado por lo que después en rio Negro se llamó Área Programa, y que con la experiencia de desmanicomialización pudimos darle continuidad desde el nuevo paradigma de salud mental” (Entrevista realizada a Natella por la autora el día 20 de septiembre del año 2022. Buenos Aires).

Con respecto al área de salud mental -tal como relatan Cohen y Natella (2013)- en el Alto Valle del Río Negro, en la localidad de Allen, se encontraba el Hospital Psiquiátrico Allen, que había sido inaugurado en 1906 como primer Hospital General de la Patagonia. Durante la dictadura cívico militar en el año 1976, en ese mismo predio del Hospital, las autoridades decidieron construir un hospital psiquiátrico en un moderno y extenso pabellón de una sola planta y de más de dos mil metros cuadrados, copiado de un diseño alemán. El hospital se transformó con el paso del tiempo en el centro de derivación de personas con padecimientos mentales de Río

Negro y de la región norte de la Patagonia, considerando que los pabellones dedicados a otras especialidades se fueron deteriorando.

“El Hospital Psiquiátrico contaba con puertas blindadas, rejas en las ventanas, salas para la aplicación de electroshocks, salas de contención con paredes acolchadas para los pacientes denominados “furiosos”. El 65% de las personas internadas provenían de derivaciones de los hospitales generales más cercanos que contaban con servicio de salud mental, por lo que no era la ausencia de especialistas lo que motivaba la reclusión en el hospital psiquiátrico sino –entre otros factores-sus prácticas habituales” (Cohen y Natella, 2013: p.41).

Respecto de lo anterior, en Río Negro se dieron discusiones y enfrentamientos entre especialistas de la salud mental, respecto a la naturaleza del nosocomio, de modo especial entre psiquiatras y psicólogos durante la transición.²⁷ En ese sentido, Baffo (2012) señala que antes de la reforma de salud mental en la provincia, a partir de 1983, el Hospital Allen recibía la totalidad de las internaciones por motivos de salud mental. Si bien se trataba de un hospital general, funcionaba de hecho como hospital psiquiátrico, ya que cumplía con las particularidades que determinan a una institución total, cuyas características define Erving Goffman.²⁸

El Hospital de Allen donde funcionaba el primer servicio de salud mental de la provincia tenía dos anexos: el Hospital General de Ingeniero Huergo (a 70 km de distancia de Allen) y otro en un edificio en la misma localidad de Allen. El primero se eligió anexo en 1978 por ser el hospital general de la zona que contaba con el mayor número de camas libres. Según Schiappa Pietra ese agregado mostraba cómo la tendencia manicomializadora se había apoderado del sistema. Así lo refiere en entrevista: “El hospital de Allen tomó una apariencia manicomial, y cuando se saturó, se habilitó un anexo en Ingeniero Huergo, “un cronicario, era un hospital de

²⁷ “En Río Negro, sectores profesionales llegaron a afirmar que no existía hospital psiquiátrico, negando el propio contexto y la representación social del hospital de Allen como manicomio local, que en voz de los propios pobladores rionegrinos era significado como tal, al expresar: “estás para Allen”, cuando intuían encontrarse frente a una problemática de salud mental”. (Natella S/F p. 13) Recuperado <https://rionegro.gov.ar/download/archivos/00014543.pdf>. Por otro lado, Miguel Vera y Jorge Pellegrini sostenían que Allen no tenía las características de hospital psiquiátrico. “La experiencia rionegrina de terminar con un nosocomio que nunca existió <http://www.proyectoallen.com.ar/3/?p=7610>, y

²⁸ Baffo retomando a Goffman puntualiza en las siguientes características: “Primero todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la autoridad única. Segundo, cada etapa de la actividad diaria del miembro se realiza en compañía de muchos otros a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas. Tercero todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas (...) Finalmente todas las actividades obligatorias se integran en un solo plan racional concebido ex profeso para lograr los objetivos propios de la institución” (Goffman, 2012, p. 19

pueblo chico que tenía espacio para alojar gente” (José Schiappa Pietra, entrevista personal, 29 de mayo 2023, vía zoom)

Además del mencionado Hospital Psiquiátrico, son varios los trabajos²⁹ que mencionan la existencia de una colonia psiquiátrica emplazada en cercanías de la localidad de Ingeniero Jacobacci. “Esta Colonia de Rehabilitación fue creada en la década del ’60 a través de un convenio entre el Instituto Nacional de Salud Mental y la provincia de Río Negro y fue cerrada en 1972 por motivos ajenos a un programa desinstitucionalización” (Murekian, 1993: p.7).

Schiappa Pietra³⁰, en entrevista con la autora, señala que el edificio fue construido a mediados de los ’60 y que, a principio de los ’80, ya estaba en proceso de deterioro. En su descripción detalla espacios amplios y calefaccionados pisos de madera e infraestructura de mármol.

En ese sentido, Vera³¹, expresa que Cornaglia³², quien estuvo a cargo del programa de salud mental en Río Negro durante algo menos de un año (1983/84), viajó a Ingeniero Jacobacci en marzo de 1984, para realizar una evaluación que permitiera determinar el destino del edificio que se encontraba en la proximidad de Jacobacci y que había funcionado durante algún tiempo como Hospital Psiquiátrico. La solicitud tenía que ver con la reapertura, de la cual Cornaglia desistió. Miguel Vera manifestaba que ese “fue el primer acto de desmanicomialización, ya que se impidió la reapertura de esta Colonia de Rehabilitación” (Entrevista realizada por la autora a Miguel Vera vía Zoom, el día 12 de abril del año 2023).

Tal como relataba Schachter Broide³³ (2016), al inicio de la dictadura cívico hay una gran desinformación sobre las tareas y actores en todo lo atinente a actividades en el área de salud mental en Río Negro.

²⁹ (Schiappa Pietra et al et al., 2016, Cohen y Natella 2013, Schiappa Pietra 2003)

³⁰ Psicólogo egresado de la Universidad de Córdoba a principios de los años '70. En 1978 ingresó a Salud Pública de Río Negro. Desde entonces ha trabajado en los hospitales de Ingeniero Huergo, Allen, General Roca, San Antonio Oeste, Lamarque y en Adamil, Instituto Nuestra Casa y Primera Zona Sanitaria con sede en Roca, como supervisor de los Servicios de Salud Mental de esa región sanitaria. Entre 2005 y 2007 ocupó el cargo de Director de Salud Mental de la Provincia de Río Negro. Ha tenido una prolífica carrera como escritor. Sus libros registran el trabajo en salud mental, modalidad rionegrina según el enfoque comunitario. Propulsor y ejecutor de la ley de desmanicomialización en Río Negro. En 2009 fundó junto a otros profesionales ACER Vida.

³¹ Miguel Vera, presidente de la Asociación de Psiquiatras de Río Negro (Aprin), a cargo de la cátedra de Psiquiatría de la carrera de Medicina y decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Comahue. Director del Hospital Allen en 1984.

³² Carlos Cornaglia, Médico Cirujano, Licenciado en Psicología, Doctor en Medicina y Especialista en Psiquiatría por la Universidad Nacional de Córdoba. Director del Programa de Salud Mental en Río Negro en 1983.

³³ Ana Lía Schachter Broide había nacido en Buenos Aires en 1950 y llegó a El Bolsón en 1978, donde comenzó a trabajar en el hospital en el servicio de Ginecología. Ya tenía su título de psiquiatra, pero no había en El

“Me encontraba totalmente aislada y desconociendo cuántos equipos funcionaban en la Provincia, quiénes eran los profesionales y cuáles los criterios de trabajo. Recién en 1982 se me notifica que por la acreditación del título (Residencia completa en Psicopatología) se me trasladaba al Hospital de Allen, Neuropsiquiátrico de la Provincia, a cambio del pase a planta permanente ya que, hasta entonces, permanecía contratada mensual, sin posibilidad de licencias ordinarias, ni por enfermedad o maternidad, etc.; situación que se sostiene hasta mediados del 83 al no aceptar este traslado” (Schiappa Pietra et al., 2016: p.27).

Además de la fragmentación y del aislamiento respecto de la atención a las personas con padecimiento mental, durante la transición a la democracia en Río Negro existían categorizaciones que conservaban una mirada estigmatizante y excluyente de las personas con problemas de salud mental. Así lo relató, por ejemplo, Schiappa Pietra.

“En los tiempos de la desmanicomialización entendimos a las categorías de crónicos agudos de manera diferente. (...) Pero en 1978, lo que se ha dado en llamar crónico tenía una existencia dominante. Tanto como la de subversivo. Se suponía que portaban algo concreto que los diferenciaba del resto de los “pacientes normales”. Que no se dejan curar. Así como en lo político-ideológico la resistencia al modelo oficial estaba penada con la muerte, la tortura, la cárcel o el exilio, así una resistencia a curarse daba méritos para su reclusión definitiva. Si no se cura, marche preso; las sagradas instituciones de la

Bolsón un área de Salud Mental. Fuera de horario y por iniciativa propia, comenzó a trabajar en el servicio de salud mental y así quedó a la vista “la gran necesidad de atención en esta área”.

Así, algunos años después, se creó el Servicio de Salud Mental de El Bolsón, del cual fue su fundadora y jefa hasta su deceso. Luego, con el correr de los años, se fueron incorporando al Servicio otros trabajadores de distintas disciplinas (psicólogos, médicos, operadores de Salud Mental, coordinador de Grupos Institucionales de Alcoholismo), entre otros. Fue médica psiquiatra con dedicación exclusiva a la salud pública desde por más de 25 años, impulsora de la labor de desmanicomialización desde sus comienzos, ocupando distintas responsabilidades institucionales. Presidenta de la Asociación Rionegrina de Salud Mental y fundadora de la primera cooperativa de usuarios, familiares y voluntarios, que hoy dirige el refugio de alta montaña de la localidad. Asimismo, fue líder en el debate y sanción de la ley provincial 2440. Ocupó también la Dirección de Salud Mental de la provincia de Río Negro. La Municipalidad de El Bolsón inauguró en el espacio verde sobre la vereda de Perito Moreno y Carlos Pellegrini, la plaza que llevará el nombre “Dra. Ana Lía Schachter Broide “. Publicación de la Municipalidad El Bolsón. Secretaría de Cultura de Río Negro. Recuperado <http://culturaelbolson2010.blogspot.com/2011/06/nueva-plaza-en-homenaje-la-dra-ana-lia.html>

República no se pueden desprestigiar” (Entrevista realizada a Schiappa Pietra por la autora el día 29 de junio del año 2023. Vía Zoom).

En la provincia ciertas posiciones, estrategias y conceptualizaciones que se venían desarrollando fueron abonando nuevas prácticas en el campo de la salud mental. Tal como describe Schiappa Pietra (2016: p. 20) el Dr. Cornaglia, primer Jefe de Programa de la Provincia en 1983, comenzó a publicar trabajos³⁴ que cimentaron las bases para los primeros lineamientos programáticos. Estas producciones se realizaron conjuntamente con las conclusiones del Seminario Nacional de Recursos Humanos y Programación en Salud Mental, realizado en la provincia de Córdoba, precisamente en La Falda en 1984. Entre los asistentes estuvieron presentes José Schiappa Pietra, y Miguel Vera, los cuales fueron realizando un entramado de saberes y de prácticas en Río Negro, que empezaron a circular en la provincia, y constituyeron las bases conceptuales e ideológicas de la transformación en salud mental.³⁵

Por su parte Vera (2023), señala que los debates que se daban en ese contexto lo pusieron de cara a sucesos vividos en Argentina del cual él formó parte, como así también a las discusiones conceptuales que, desde esa época, interpelaba el lugar unívoco de la psiquiatría en los diagnósticos de las enfermedades mentales y le permitían enriquecer sus conocimientos con los saberes provenientes de otras disciplinas.

“Yo estudié en la Universidad Nacional de Córdoba. Así que bueno ahí empezaron todas las rebeldías, las encrucijadas. Como jóvenes que éramos detectamos con facilidad las grandes contradicciones. Construyendo el futuro entonces no nos gustaba lo que estaba pasando. Entonces sí el Cordobazo lo viví (...). Bueno me acerqué también a la facultad de humanidades y también en medicina a escondidas podíamos analizar estas cosas y es tan evidente que la salud tiene un componente social que no lo podíamos negar y además era una salida que nosotros podíamos pensar. Eran años de lecturas de Bleger y de Pichón Reviere. Por eso en la práctica como psiquiatra me impregné del concepto de la contextualización y de lo social, ya cuando nos desembarcamos en Río Negro veníamos

³⁴ (Hospital, una propuesta a partir de la palabra, De la Institución iatrogenia a la Institución terapéutica, De la Descentralización en el ámbito de las tareas de Salud Mental) Schiappa Pietra (2016, p. 21)

³⁵Schiappa Pietra et al. (2016) “La Brancaleone”. Teoría y prácticas Desmanicomializadoras. Karuf. Ediciones. Recuperado en <https://rionegro.gov.ar/?contID=49928>

con la idea de enfermedad, pero de enfermedad social sin poder darle los nombres de ahora, los pacientes crónicos en los sistemas de atención en psiquiatría servían para sostener la gestión, el mantenimiento de la institución en la que había que tener. Me acuerdo, hay que tener un 50% de pacientes crónicos, que estén en condiciones de alta no, pero tiene que haber 50% para que se pueda sostener todo y lo demás era ganancia. En Rio Negro porque faltaba un plan y como veníamos por estos paradigmas que continuaban de la dictadura cívico militar, estábamos todos separados, por no decir a veces todos peleados con todos” (Entrevista realizada a Vera por la autora, vía Zoom el día 12 de abril del año 2023).

El Dr. Vera, a partir de sucesos vividos en la provincia de Córdoba, durante el gobierno dictatorial de Onganía, donde se daba una convergencia entre las demandas sindicales para restablecer las negociaciones colectivas, y la cuestión estudiantil que reclamaba el fin de la intervención del gobierno de facto en las universidades, fue conquistando una lectura política que le permitió elaborar una mirada crítica del contexto. Esta mirada se vio influenciada por vertientes teóricas ligadas a la psicología social y el psicoanálisis. Estas dimensiones le permitieron interpelar la cronicidad de los padecimientos mentales y, en ese marco, la ineficacia del modelo de atención asilar.

Estas cuestiones son fundamentales para entender cómo estas nuevas prácticas de los trabajadores de la salud mental que habían vivido experiencias en otros lugares del país, fueron renovando los saberes y estrategias respecto al modo de atención de los padecimientos mentales, situación que va a favorecer el proceso de desmanicomialización que se da posteriormente. No obstante, como se observará en el próximo capítulo, las disidencias entre los trabajadores que antecedieron este proceso van a persistir.

En línea con los planteos de Vera, Jorge Pellegrini (2023)³⁶ Director de Salud Mental en el Hospital Zonal “Dr. Francisco López Lima” en General Roca, recupera antecedentes del surgimiento del campo de la salud mental en la Argentina:

³⁶ Jorge Luis Pellegrini es médico psiquiatra, ex director de Salud Mental en Chubut, ex Subsecretario de Salud Pública, Director de Salud Mental y Director Provincial del Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis, docente de la Maestría de Salud Mental en la Universidad Nacional de Entre Ríos y creador de los Grupos Institucionales de Alcoholismo. Es autor de los libros "Gerónima" -en base al cual se filmará la película del mismo nombre- "Alcohol, alcoholismo, alcohólicos", "Alcoholismo y GIA" y "Crónicas Agudas". En el 2005 Pellegrini recibió el premio mundial "Geneva" por los derechos humanos en psiquiatría.

“Yo era estudiante en esa época, cuando escuché salud mental dije “¿Qué ha de ser esto? Pero me generaba, no confianza, pero sí expectativa que de eso hablaba Enrique Pichón Riviere, de eso hablaba José Bleger, figuras a las cuales no se enseña en la universidad argentina, Sí en Francia. Entonces llega el tema de la salud mental a Argentina y revoluciona el pensamiento” (Entrevista a Jorge Pellegrini realizada por la autora el día 15 de abril del año 2023, vía Zoom).

Pellegrini es sobreviviente de la dictadura cívico militar, y estuvo desaparecido durante siete años. Él refiere que al no poder retomar su trabajo en el hospital debió refugiarse en el ámbito privado, vigilado constantemente, tal como él lo recordó en la entrevista: “Cuando salí, yo salí para el ‘80. Dije tengo que volver a trabajar. Por supuesto que en el hospital no podía. Bueno ¿cómo trabajaba yo? Con un policía en la puerta del consultorio” (Entrevista realizada a Jorge Pellegrini por la autora el día 15 de abril del año 2023, vía Zoom). Con la apertura democrática, en 1983, le fue restituido al cargo en el Hospital de General Roca del cual había sido expulsado siete años antes. Así lo relató durante la entrevista “Fundamos el Servicio de Salud Mental de ese hospital general, en el cual habíamos decidido que las breves internaciones se harían en la Sala de Clínica Médica. Retomé el trabajo con pacientes alcohólicos iniciado en 1975, interrumpido en marzo del año siguiente como consecuencia del Golpe Militar. Mi regreso al hospital fue uno de los días más felices que recuerdo” (Entrevista realizada a Jorge Pellegrini por la autora el día 15 de abril del año 2023, vía Zoom).

A su vez, señaló que uno de los inspiradores en su trayectoria disciplinar y profesional fue Mauricio Goldenberg y su experiencia en el Hospital “Evita” de Lanús: “Un servicio de salud mental de una excelencia y una calidad en la formación excepcional. De ahí salieron grandes psiquiatras”. (Entrevista realizada a Jorge Pellegrini por la autora el día 15 de abril del año 2023, vía Zoom).

Pellegrini es crítico del proceso de desmanicomialización en Río Negro³⁷, no obstante su inserción en el campo de la salud mental en dicha provincia durante la transición es fundamental, ya que incorporó concepciones y prácticas que impactaron en el pasaje de un modelo asilar a un

³⁷ La postura del Dr. Pellegrini respecto del cierre del manicomio puede observarse en su artículo “El Manicomio que nunca existió” Blog Proyecto Allen. Recuperado <http://www.proyectoallen.com.ar/3/?p=7610>

modelo comunitario en la atención de las personas con padecimiento mental. En uno de sus escritos refiere:

“Transformar los manicomios en hospitales abiertos, eficientes, capaces de enfrentar sus conflictos, comunicados con su medio social, respetuosos de los Derechos Humanos rechazando la deposición del marginado, ha sido la elección que realizamos. Hospitales que sean hospitalarios, vale decir: preparados para recibir huéspedes. Donde se busquen nuevos caminos aceptando que es preciso crear, innovar, inventar, evitando caer en la fácil senda del encierro, la clausura y el enclaustramiento que transforma a los agentes de salud en custodios o carcelarios...” (Pellegrini, 2005, p.56).

Asimismo, fundó en Río Negro en 1984, los grupos institucionales de alcoholismo que se extendieron a la red regional patagónica, temática que hasta el momento no había sido incorporada en la atención hospitalaria, iniciada en el Hospital Zonal de Gral. Roca. En este dispositivo incorporaba aportes de la psicología social de Pichón Riviere, y la experiencia realizada en el Hospital Evita de Lanús conducida por Mauricio Goldenberg, y del equipo psicosocial de Madres de Plaza de Mayo.

“Mauricio era un gran clínico. Un excelente clínico, era un clínico de referencia como Pichón, Pichón era un clínico impresionante. Uno de los primeros en la Argentina que advirtió sobre el problema del alcoholismo, eso fue en el ‘60 fue Mauricio Goldemberg” (Entrevista realizada a Pellegrini por la autora el día 16 de abril del año 2023, vía Zoom).

Considerando lo expuesto anteriormente desde los testimonios de los entrevistados, se puede observar que la provincia no estuvo exenta durante la última dictadura cívico militar en Argentina de una visión estigmatizante y excluyente respecto a la atención de las personas con padecimiento mental, sosteniendo y fomentando dispositivos acordes a esa representación. No obstante, existieron resistencias y disputas que hicieron posibles nuevas conceptualizaciones, y experiencias que interpelaron el modo de abordaje de la salud mental en la provincia.

Tal como señala Franco (2015) es a partir de los movimientos que se van dando durante la transición a la democracia, que empieza a vislumbrarse un nuevo tiempo cuyo signo fue

antidictatorial, lo cual no significaba una transformación inmediata entre dictadura y democracia. Se trató de un tiempo cargado de continuidades y dilemas, pero además de construcciones alternativas que se venían elaborando en el seno del movimiento de derechos humanos, actores políticos y otros sectores, que estaban latentes, aunque no logran un alcance o una aceptación de toda la sociedad (Franco, 2015: p.11).

2-2 El campo de los Derechos Humanos en la Provincia de Río Negro

Durante el proceso de transición a la democracia en la década de 1980, y con la institucionalización de los mecanismos democráticos en los gobiernos locales, las Organizaciones de Derechos Humanos fueron incorporándose como actores sociales reconocidos y legitimados en la institucionalidad local (Jelin, 2003).

El caso de Río Negro no fue ajeno a este proceso ya que, como se observará, varias de las demandas de las Organizaciones de la provincia fueron incorporadas en la agenda social y política de la transición.

En este sentido, Pablo Franco (2016), psicólogo miembro del equipo responsable de la reforma de Salud Mental rionegrina lo refiere así: “La efervescencia democrática de inicios de los ‘80 encontró a la problemática de los Derechos Humanos como su primera bandera. (...) La Salud Mental y su urgente revisión fue una de las caras de esos derechos básicos del hombre. Un trato digno, responsable y continuo para aquellos sufrientes mentales que más lo requieren; fue, es y sigue siendo la gran tarea que asumió el proyecto desmanicomializador” (Franco, 2016: p. 25).

Su colega, Schiappa Pietra (2023), describe la realización de su tarea como psicólogo en un contexto favorecido por Organizaciones de Derechos Humanos que trabajaban en consonancia con las luchas que se venían sosteniendo en el centro del país:

“Nosotros trabajamos con un criterio humanístico sabiendo que existían acciones, sobre todo en la iglesia con Monseñor Hesayne y otras personas, que trabajaban en Derechos Humanos; sabíamos que la democracia se recuperó también gracias a sus denuncias”. (Entrevista realizada Schiappa Pietra por la autora el día 26 de agosto del año 2023 Vía Zoom).

En Neuquén y Río Negro, el papel preponderante de la iglesia católica junto al compromiso del Obispo Jaime De Nevares, propiciaron la creación de la Asamblea Permanente de Derecho Humanos (en adelante APDH), agrupación que surgió en 1976 en el núcleo Neuquén / Cipolletti. Desde su creación, la delegación tuvo que enfrentar las acciones del terrorismo de Estado: operativos violentos; allanamientos ilegales, a menudo con saqueos; secuestros; privación ilegal de la libertad; tortura y desapariciones, que se multiplicaban con total impunidad. Cecilia Azconegui (2019) indica que la respuesta de la región fue adelantada y organizada para su tiempo, con un rol destacado de la iglesia católica local como soporte institucional, lo que la diferenciaba de otras provincias. Meilan (2023) relata su inserción a la APDH:

“Yo salgo en mayo del 79 y por las víctimas que ya había habido en Viedma y Patagones, y merced a la generosidad y el compromiso de monseñor Hesayne, como también del señor De Narváez en Neuquén, se había conformado la asamblea, una filial de la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos, que paradójicamente es importante porque es la tercera filial. Después la Asamblea tuvo un auge que se extendió a lo largo y a lo ancho de todo el país, pero acá fue la tercera, la primera que ya fue antes del golpe, cuando se crea la filial Buenos Aires, en 1975. La segunda fue de Neuquén, por eso te nombró a Jaime de Narváez, que era el obispo comprometido. Y la tercera fue acá, en Río Negro y a tal punto que por eso hablaba de la generosidad y el compromiso de monseñor Hesayne”. (Entrevista a Meilan realizada por la autora el 14 de marzo del año 2023, vía Zoom).

El testimonio de Georgina Maders (2018), participante de la APDH en el Alto Valle de Río Negro, ofrece un acercamiento tanto al clima de época como a la dinámica de las relaciones personales del grupo inicial:

“Yo fui por primera vez al Obispado en el año ’78 y desde ese año me quedé trabajando. APDH no existía todavía legalmente, empezó a existir a partir de 1980, cuando vinieron el doctor Augusto Conte y Pimentel, ellos dos vinieron a inaugurar, digamos. Y había una prohibición de APDH central que era que entre las diferentes APDH del país no podían tratarse. Yo no tenía ni idea de eso. Ya te digo que entré y enseguida me enganché, no me

importó el que no hable, nada. Me conecté con Noemí Labrune de Cipolletti, no sé cómo. Yo siempre digo que nadie ha sido justo con Monseñor Hesayne, porque fue un tipo que se recontró jugó, nos dio lugar en el Obispado, él trajo a Pérez Esquivel, él a toda la gente peligrosa, él la trajo, él la tuvo en el Obispado, él nos recibía a nosotros. Cuando nosotros salíamos a juntarnos, siempre tuvimos el amparo de Monseñor Hesayne (Entrevista realizada por Eugenia Cattaneo y Javier Torres Molina. 5 de octubre de 2018 Viedma, Casa de la Memoria “Bachi Chironi”)

Por su parte, Labrune³⁸, figura importante en la fundación y el sostenimiento de la APDH en Neuquén y en la conformación del CELS, cuenta sobre su llegada a dicha organización:

“Nosotros llegamos en el... 72 o 73. Bueno, en el 76 todo cambió y aquellos que habíamos militado, digamos - grupos de izquierda - son los que empezamos a trabajar en Derechos Humanos. En realidad, quien nos convocó para Cipolletti, Cinco Saltos, Centenario y Neuquén, fue el Obispo De Nevares. Él eligió a unas quince, veinte personas que habían tenido alguna actuación o alguna... este... actitud, ¿no es cierto?, que a él le hacía pensar que podíamos acompañarlo en esto de fundar la Asamblea por los Derechos Humanos y nos citó.” (Entrevista realizada por Eugenia Cattaneo s/f. Archivo Provincial de la Memoria Río Negro. Enviado 23/3/2022)

Con el grupo que conformaban la APDH, se reunían una vez por semana en un salón de la iglesia, que siempre tenía sus puertas abiertas. La idea era que quien lo necesitara pudiera acudir libremente, y así sucedía en aquel momento: entraban familiares y amigos de detenidos desaparecidos víctimas a solicitar asesoramiento. Sin embargo, la mayoría de los casos llegaban a través del Obispado, y era el Monseñor quien se ocupaba de anotar los datos de las personas y luego trasladar esa información a las reuniones. Labrune enfatiza en la idea de acompañamiento.

“Yo creo que eso fue la cosa bien importante que hizo la APDH porque, digamos, no hacíamos nada bien concreto en cuanto al hecho en sí, no creo que hayamos mejorado la

³⁸ Entrevista realizada por Eugenia Cattaneo s/f. Archivo Provincial de la Memoria Río Negro. Enviado 23/3/2022. Recuperado https://drive.google.com/file/d/16wB61PJ6WgLrxioG0ULU2Dv0Dh3U2jXf/view?usp=drive_web

situación de ningún detenido ni evitado el secuestro de ningún desaparecido, pero sí en cuanto a las familias, creo que ha sido para ellos... este... una posibilidad de salir del terror, de la cerrazón, de no hacer nada”. (Entrevista realizada por Eugenia Cattaneo Archivo Provincial de la Memoria Río Negro. Enviado 23/3/2023)

A partir de 1977, los familiares de las víctimas se organizaron en la “Comisión de familiares de detenidos y desaparecidos”, tal como ocurría en Capital Federal. Esa comisión compartió con la APDH todas las actividades que se realizaban en forma conjunta. Durante este primer periodo, la presencia y el apoyo institucional del obispo de Neuquén resultó fundamental para que la delegación de la Asamblea Permanente pudiera desarrollar acciones de resistencia al régimen cívico-militar y de repudio al terrorismo de Estado. Desde fines de 1978, la Delegación trabajó en completar la documentación que debían presentar la/ los familiares de la/os detenida/os y detenida/os-desaparecida/os ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) de la organización de Estados Americanos (OEA), cuya visita al país se concretó en septiembre de 1979.

La tarea fundamental desde la Comisión provincial consistió en organizar institucionalmente a la/os familiares que viajaron a Buenos Aires a radicar sus denuncias ante ese organismo. También se publicaba un boletín trimestral de la propia Delegación y se difundió el material que editaban los diferentes Organismos de Derechos Humanos de Buenos Aires. La distribución se hacía mano a mano entre la/os simpatizantes de Neuquén Capital, Cipolletti, Centenario, Plottier, Cutral Co, Roca y Bariloche.

Meilan (2023), que se incorporó a la Comisión en 1980, agrega algunas precisiones sobre la conformación de este nuevo espacio:

“Como organismo institucionalmente de Derechos Humanos, estaba la Asamblea vinculada al Obispado. Eso era lo fuerte en Río Negro. Bien: después el resto de las organizaciones se fueron sumando. La comisión de familiares trabajaba en plena articulación, pero además se trabajaban otras cosas, los vínculos, lo que pasaba con tu familiar cuando estuviste desaparecido, y lo que te pasaba como familiar cuando desaparecía alguien de tu familia” (Entrevista realizada a Meilan por la autora el día 15 de marzo del año 2023 vía Zoom).

La reconstrucción de las trayectorias personales e institucionales en materia de derechos humanos en la provincia permite observar el valor de la acción colectiva, y la función de la iglesia local como posibilitadora del lazo social entre los sobrevivientes y afectados por la dictadura cívico militar. Si bien algunos familiares se acercaban exclusivamente al obispo para denunciar los secuestros y detenciones, otros no sabían qué hacer, a dónde ir, dónde reclamar y con mucha angustia permanecían paralizados, desorientados y en silencio. En varias oportunidades Jaime De Narvaez, Obispo de Neuquén, y Monseñor Hesayne en Río Negro, se enteraban de los secuestros y detenciones y lo informaban en la APDH, cuyos participantes los visitaban rescatando hechos, lugares, fechas, en un tiempo en que el vínculo con los familiares o víctimas implicaba el riesgo de ser secuestrado.

No obstante, tal como señala Meilan, se iban presentando distintas posiciones sobre temas inherentes a los modos de búsqueda de verdad y justicia, desapariciones, etc., que no siempre estaban en consonancia con los discursos y prácticas que llevaban a cabo las organizaciones de Buenos Aires. Una de esas posiciones tenía que ver con la cuestión de los desaparecidos.

2.3 La cuestión de los desaparecidos a escala local

La construcción de conocimiento sobre las violaciones a los Derechos Humanos perpetradas en la dictadura cívico militar fue un proceso que se dio de modo paulatino y estuvo signado por su heterogeneidad.

Al respecto, Crenzel analiza el grado de conocimiento de la sociedad argentina sobre las desapariciones mientras estas ocurrían, apelando además a la noción de reconocimiento. Esta noción le permite interrogar la apropiación subjetiva y colectiva respecto de ciertos acontecimientos que hacen a las cualidades distintivas de la desaparición, como el ejercicio clandestino de una voluntad estatal de exterminio:

“El conocimiento y el reconocimiento de la responsabilidad exclusiva de las Fuerzas Armadas en su práctica, de su trama, de su dimensión y de su naturaleza última, el exterminio de los desaparecidos, fueron altamente heterogéneos, aun entre sus denunciantes, y más acentuada en el resto de la sociedad” (Crenzel, 2008: p.29).

Respecto a la trayectoria histórica de los distintos reclamos, Jelin (2015) señala las distintas posiciones, consensos y controversias que se iban presentando entre las organizaciones. Si bien hasta 1981 la disputa estratégica entre los organismos enfrentaba a los más moderados (Liga, MEDH, APDH) con los que expresaban sus demandas de manera más abierta (Madres, Abuelas, Familiares), hacia fines de ese año la relación de fuerzas se inclinaba hacia una oposición más frontal al gobierno dictatorial. Es de considerar que en un primer momento el reclamo del movimiento de Derechos Humanos se centraba en buscar información sobre el destino de los detenidos desaparecidos. A partir de 1982, período en que se incrementaron las denuncias y presentaciones ligadas a la desaparición de personas y también de debate respecto a las demandas y propuestas frente a la posible apertura democrática, el reclamo empezó a organizarse alrededor de la consigna por “Aparición con vida”, que se consolidará durante y después de la Guerra de Malvinas en 1982. Esta consigna adoptó nuevas dimensiones frente al descubrimiento de las inhumaciones clandestinas, siendo un tema de disputa aún dentro del movimiento de Derechos Humanos.

Cabe destacar que, a diferencia de la APDH central, la delegación de la APDH local no sostuvo una estrategia moderada sino de demanda abierta a su adhesión al reclamo “Aparición con vida”. En ese marco Georgina Maders (2018) en entrevista describe cómo se desarrollaba el conflicto:

“Los chicos éstos de Roca piden la palabra, se la dan, empiezan a hablar y los interrumpían, y los corregían y qué sé yo. Entonces yo levanto la mano y me dan la palabra inmediatamente. Y los chicos me miran con un odio que... y yo digo ‘los chicos tienen razón en defender Aparición con vida, porque si hay un sólo desaparecido que esté vivo, hay que seguir buscándolo’. (Entrevista realizada por Eugenia Cattaneo y Torres Molina el día 5 de octubre del año 2018).

La APDH delegación Neuquén y Alto Valle de Río Negro propiciaban una visibilización del reclamo, buscando un acto de reconocimiento, en consonancia con la posición adoptada por la Asociación Madres de Plaza de Mayo de Buenos Aires. Tal como señala Sigal, respecto a la posición de la asociación “buscaban acceder al “ojo público” o “generarlo” como una táctica eficaz a la hora de influir sobre su adversario” (Sigal, 2006, p 328). Así, en 1981, las madres que

formaban parte de las organizaciones locales participaron de una protesta frente a la Gobernación de Neuquén, llevando sus pañuelos blancos, emblema de su reclamo, indispensable para otorgarles visibilidad y darle valor en su presentación pública.

Así lo destaca Dora Siguel, en la narración de su experiencia junto a Noemí Labrune, publicada por la Universidad Nacional del Comahue.

“Es que caminando se hace el camino. En 1981, estaba trabajando por la mañana en una tienda, llega mi mamá preocupada y me dice: ‘Llamó Noemí Labrune y dice que esta tarde nos concentramos frente a la Gobernación, las madres debemos llevar un pañal como pañuelo con el nombre nuestros hijos, y la fecha de detención; vamos a entregar un documento pidiendo información sobre el paradero de los detenidos. Busqué en la tienda un pañal y con una birome escribí los datos de Arlene. Mamá se despidió apurada, tenía que tomar el colectivo para viajar a Neuquén Capital. No la pude acompañar, no me autorizaron del trabajo. Así, las Madres del Alto Valle, cambiaron el delantal de cocina por el pañuelo y ese pañal se transformó en un emblema de lucha. Poco a poco tomaron las calles dejando de lado el miedo, mientras reclamaban: "Aparición con vida y libertad a los presos sin causa ni proceso". (Sigal 2012: p.54)

Tal como señala Gorini (2015), la Asociación Madres de Plaza Mayo, que venía consolidando su institucionalización en el interior del país, creó en 1982 la primera filial en Neuquén y Alto del Valle. Este hecho estuvo favorecido por la APDH local, que articulaba con la Asociación a partir de pedidos que recibía el Obispado de madres de detenidos desaparecidos desde 1979. Al respecto, Maders señala:

“Había venido Hebe (...) Acá las Madres vinieron antes de que APDH estuviera autorizada. Antes de eso ya venían las Madres. Hicimos locuras, porque nosotras hicimos marchas, montones. Hicimos dos marchas de antorchas y había cualquier cantidad de gente. Cuando venían a Río Negro se quedaban en mi casa”. (Entrevista realizada por Eugenia Cattaneo el día 5 de octubre del año 2018).

Azconegui también menciona que en los primeros años de reclamos y oposición a la dictadura cívico militar, las Madres no tuvieron una voz que las diferenciara del resto de los miembros de la APDH. En el devenir de la lucha y el contacto con las Madres porteñas y con la Comisión de Familiares de detenidos por razones políticas, se generaron importantes transformaciones en las madres. Cambios que remiten a la imagen de un doble pasaje: de lo privado a lo público y de la individual a lo colectivo. (Azconegui, 2019: p. 20).

La constitución de una filial de la Asociación Madres de Plaza de Mayo en Neuquén y Alto Valle como una organización separada de la Comisión de Familiares y de la APDH muestran la heterogeneidad del movimiento de derechos humanos, y las posiciones que en la provincia se iban sosteniendo en consonancia o disonancia con las organizaciones de Buenos Aires y las organizaciones locales³⁹. Estas cuestiones permiten la recuperación de la memoria desde una perspectiva situada, donde cada región, cada organización o cada grupo, accede a su derecho a tenerla; lo cual implica un proceso de construcción de experiencias y posiciones que no forman parte de los grandes relatos. Este es un punto que dialoga con el objeto de esta investigación y que signa las particularidades de la provincia de Río Negro en la construcción e innovación de proyectos que contemplan las narrativas nacionales, pero que a la vez producen nuevos relatos.

2-4 Huellas traumáticas y acompañamiento de las Organizaciones de Derechos Humanos de la provincia de Río Negro.

Como se ha desarrollado a lo largo de esta investigación, las consecuencias del terrorismo de Estado afectaron a las víctimas directas, a sus familiares y a todo el conjunto social en tanto que las violaciones a los Derechos Humanos involucran a todos los habitantes. En este sentido, la implantación del terror y sus huellas traumáticas en la subjetividad fueron parte de la política de la última dictadura militar.

“Tenías terror en esa época, porque sabías lo que pasaba. Y sabías que hicieras lo que hicieras era jugarte. Las personas que eran liberadas salían muy traumatizadas... recuerdo

³⁹ Lo que les sucediera a las Madres porteñas en los primeros pasos de la Asociación les sucedía a las madres de la región en 1982. El contacto con políticos y gremialistas en el seno de la APDH y las discusiones en las que participaban, así como el contacto con las Madres porteñas les habían permitido moldear su propio estilo (Azconegui 2019,22)

a Carmencita. No conocía ni la plata, Carmen. Estando acostumbrada a estar presa, Carmen no se cambiaba, no se bañaba, seguía viviendo... se paraba frente a la puerta y se ponía las manos atrás, como hacían en la cárcel" (Entrevista realizada por la autora a Meilan el día 15 de marzo del año 2023, vía Zoom).

A la hora de pensar lo traumático vinculado a los efectos psíquicos de la represión, Puget (2006) plantea los conceptos de lo impensable y de lo impensado, haciendo alusión a aquello que no encuentra traducción en las palabras. Tanto para los que sabían, como para los que no querían saber, era "un saber que no les servía para saber". (p.45) Según la autora, se trata de una realidad referida a la consonancia entre el estado de amenaza social y los trastornos del pensamiento

En la misma entrevista, Meilan relata su propia experiencia:

"En eso caemos mi mujer y yo nos secuestran el 1 de diciembre de 1976, luego de venir de una fiesta de cumpleaños de un compañero de la oficina de mi mujer. Teníamos bebés de un año y tres meses y cuatro meses, un varón y una mujer, y bueno, nos secuestran en una zona de chacras. Los chicos se quedaron en el auto llorando, eran las 1, las 2 de la mañana. Nos llevaron al campo de concentración que no sabíamos que existía y bueno tuvimos... el agravante más grande fue que nunca supimos que había pasado con los chicos, porque nunca nos respondían las preguntas, estábamos en un estado de desesperación por ellos, hasta que sueltan a mi mujer antes de Navidad, estuvo 23 días en el campo y a mí me llevan a la cárcel en enero, a mediados de enero del 77. Ahí por lo menos pudimos respirar cuando nos enteramos que los rescataron nuestros amigos, porque se imaginan que la situación de los chicos fue un agravante, un dolor permanente, una tortura, sobre todo si estas en un campo de concentración (...) Después cuando llegamos a la APDH, ya la Comisión de Familiares, la contención era más bien la unión de los familiares de aquellos que habían sido víctimas, las víctimas, algunas de las víctimas que habíamos sobrevivido y habíamos salido de los lugares de detención e inclusive esto que es digno de rescatar, yo siempre rescato eso, porque participaban no profesionales de la psicología, pero si algunas otras personas de la comunidad que lo hacían simplemente por un compromiso social, porque no tenían en el seno de sus

familias víctimas directas”. (Entrevista a Meilan realizada por la autora. Vía Zoom 28 de agosto de 2023).

El daño causado o efecto traumático, dependen de la intensidad de la experiencia vivida y de las condiciones vitales de cada sujeto, de las defensas en juego y de su forma singular de dar sentido a lo acontecido, sin que medie un determinismo. Así lo sostiene Kaufman, quien destaca que además de la importancia de la experiencia clínica es importante la construcción del lazo social: “Los espacios de transmisión se facilitan enormemente cuando grupos o instituciones – las de derechos humanos u otras – tratan de conectar los traumas individuales con acciones colectivas y espacios públicos, en relación con acciones de sostén psicológico y de iniciativas solidarias y jurídicas” (Kaufman, 1998: p.17).

Como puede observarse, en la provincia, el acompañamiento a sobrevivientes y familiares de detenidos y desaparecidos era sostenido por los miembros de la APDH local en el marco de la perspectiva eclesial.

Así lo expresa, María Eugenia Cattaneo, psicóloga, militante de Derechos Humanos y coordinadora del Archivo Provincial de la Memoria de Viedma.

“No psicólogos o psicólogas, o profesionales, digamos, del ámbito de la salud para ponerlo en términos amplios, que hayan conformado equipos para asistir a las víctimas; no. Pero sí existía una contención a las víctimas y familiares desde la iglesia local” (...) Río Negro fue una provincia que alojó muchos, primero desde la instancia de la militancia y después también personas que estaban siendo perseguidas en ese momento, siempre contenidas por la Iglesia de la provincia con Monseñor Hesayne y por Monseñor De Narváez de Neuquén (Entrevista realizada a María Eugenia Cattaneo por la autora el día 2 de julio del año 2023, vía Zoom).

Además de las redes de solidaridad y proximidad que constituían un sistema de apoyo fundamental a las personas afectadas directamente por ser víctimas o familiares durante el período dictatorial, existió el pedido de algunos de ellos para recibir atención por parte de profesionales del campo de la Salud Mental en la sede central de la APDH. Fue el caso de Meilan, que así lo relata:

“Dentro de la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos en la provincia no había psicólogos que atendieran a familiares o víctimas del terrorismo de estado. No existía esa conectividad institucional entre los profesionales de la psicología y la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos (...) Yo en un momento que tuve necesidad de recurrir a un profesional de la psicología, y compañeros que también lo habían hecho, me aconsejaron ir a la APDH de Buenos Aires. Allí una psicóloga tuvo la gentileza de escucharme, de atenderme en una reunión bastante larga y no, no fue el inicio de un trabajo profesional, pero si una escucha que me hizo muy bien” (Entrevista realizada a Meilan por la autora el día 15 de marzo del año 2023, vía Zoom).

Bohoslavsky (2021: p.51) destaca que en 1983 el acompañamiento a sobrevivientes y familiares de detenidos desaparecidos adoptó una nueva especificidad en la provincia, más vinculada al campo de la Salud Mental en intersección con los espacios de apoyo que venían desarrollando las organizaciones. Esta situación se dio a partir de la necesidad de que las víctimas se presentaran como querellantes en los juicios por las violaciones a los Derechos Humanos cometidas por la dictadura cívico militar.

A continuación, se recorrerán brevemente las particularidades que adquirió esta dinámica en la provincia, ya que a partir de allí surgió la necesidad de enfocar el acompañamiento que realizaban las organizaciones de derechos humanos hacia una atención que requería saberes específicos sobre los efectos psicológicos de la represión política. Dicha situación es el primer antecedente de anudamiento entre las organizaciones de derechos humanos y la atención psicosocial, que tiempo después favorecerá el diseño de proyectos innovadores en el campo de la salud mental, como fue el cambio de modalidad de atención de las personas con padecimiento mental, y el cierre del manicomio en 1988.

2-5 El pedido de Justicia y el acompañamiento a sobrevivientes en el advenimiento a la Democracia.

Tras la victoria presidencial de Raúl Alfonsín el 30 de octubre de 1983, se renovó la presión de los Organismos de Derechos Humanos por constituir una comisión investigadora parlamentaria para condenar políticamente el terrorismo de Estado⁴⁰.

Tal como señala Azconegui (2021) mientras la Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas (en adelante CONADEP)⁴¹ había sido creada por decreto presidencial, algunas provincias asumieron el pedido original de las Organizaciones de Derechos Humanos de conformar una comisión bicameral: fue el caso de Tucumán, Chaco, Misiones y Neuquén.

En Río Negro, el pedido fue realizado por las APDH reunidas en su Primer Congreso Regional en Viedma. Allí las delegaciones patagónicas solicitaron expresamente propiciar desde el parlamento la investigación acerca de las desapariciones y otros delitos cometidos en dictadura cívico militar en territorio rionegrino. En consonancia, el gobernador rionegrino, en 1984 conformó la Comisión de Derechos Humanos de Río Negro (en adelante CDHRN) a través del decreto 375/84. Dicha Comisión estaría integrada de forma mixta por hombres y mujeres de la Sociedad Civil, más dos integrantes de la Cámara de Diputados provincial; la APDH de la provincia formaría parte de ambas comisiones, las cuales “serían tributarias de la CONADEP, elevando y recibiendo información de manera mutua” (Scatizza, 2016: p 228).

Este escenario requirió del acompañamiento a las víctimas, y sobrevivientes, los cuales debían testimoniar en los juicios. Brindar testimonio demandaba de alguna manera una atención psicosocial que, hasta el momento, era inexistente al interior de las organizaciones de derechos humanos. Así, la APDH solicitó el acompañamiento terapéutico a través del Comité para la

⁴⁰ A partir de la asunción del gobierno democrático en 1983 los Organismos de Derechos Humanos en la Argentina exigieron conformar una comisión bicameral que investigara todas las prácticas del terrorismo de Estado, y ante la ambivalencia de los partidos políticos de aceptar la no revisión de la lucha antisubversiva las Fuerzas Armadas, difundieron el “Documento Final de la Junta Militar sobre la guerra contra la subversión y el terrorismo”, que incluía la ley de Pacificación Nacional, que consideraba extintas las causas penales relativas a la “lucha antisubversiva”. Mientras Ítalo Luder, candidato a presidente por el peronismo, aseveró la “irreversibilidad de sus efectos jurídicos”, Raúl Alfonsín, candidato por el radicalismo, llamó a derogarla por inconstitucional, aunque en la campaña electoral los lineamientos básicos de su política de justicia no se detallaba la forma en que investigaría el pasado de violencia (Crenzel 2015).

⁴¹ La comisión estaba integrada por personalidades provenientes del Estado y de la Sociedad Civil despojadas de toda filiación política que pudiera desacreditarlas en un contexto de persistencia de la estigmatización dictatorial.

defensa de la salud la ética profesional y los Derechos Humanos (CODESEDH).⁴² Así lo explica Noemí Labrune, integrante de la CDHRN:

“Y, bueno, ya era una cosa diferente porque, digamos, este... el miedo había pasado. Entonces, una cosa es hacer un testimonio cuando tenés mucho miedo y otra cosa es cuando el miedo había pasado, pero la herida quedaba, entonces durante mucho tiempo era necesario acompañar a los que tenían que hacer un testimonio y no es que quisieran ocultar, pero ellos iban, digamos... completando sus testimonios a partir de que iba curándose esa herida. Porque había momentos, y no que lo ocultaran, en ese momento seguramente ni se acordaban o no lo podían decir, y bueno, allí sí era necesario acompañarlos, ayudarlos y estar un rato con ellos al día siguiente o al otro día porque... pasaba el testimonio, pero quedaba después todo eso tan revuelto porque para vivir después de haber pasado eso tenés que... bien abajo y cuando lo sacas te va... te va raspando por todos lados. Entonces, era necesario acompañar. Cuando empezaron los juicios, el CODESEDH acá en Neuquén trabajó muy bien acompañando las víctimas, antes, durante, después, pero fuera de la temporada de los juicios, ese trabajo lo tratábamos sin la capacidad de los del CODESEDH, lo tratábamos de hacer nosotros porque era necesario. De a poco, digamos, fue cambiando la vivencia de las víctimas, pero eso no fue así en los primeros momentos. En los primeros momentos seguían siendo víctimas y el trabajo nuestro era que se convencieran que no eran más víctimas, que eran querellantes y en eso trabajamos mucho nosotros”. (Entrevista de Eugenia Cattaneo s/f. Archivo Provincial de la Memoria de Río Negro).

⁴²CODESEDH es una ONG que trabaja en la atención a las víctimas de la tortura y la represión desde el año 1982 y de manera ininterrumpida hasta la actualidad presidida por Norberto Liwsky, el cual fue entrevistado por la autora (3/4/2024) En el año 1984 recibe el apoyo del Fondo de Contribuciones Voluntarias de las Naciones Unidas para las Víctimas de la Tortura Para la inmensa mayoría de estos testigos, estos procesos judiciales implican a su vez la posibilidad de concretizar un proceso preparatorio integral haciendo que la memoria y la verdad adquieran el sentido trascendente del juzgamiento a los responsables de sus violaciones. Recuperado https://www.ohchr.org/sites/default/files/lib-docs/HRBodies/UPR/Documents/Session1/AR/CODESEDH_ARG_UPR_S1_2008_ComiteparalaDefensadelaSaludlaEticaProfesionalylosDerechosHumanos_uprsubmission_S.pdf

En relación con la búsqueda de justicia por los crímenes cometidos por la dictadura cívico militar, la APDH trabajaba en la necesidad de que quienes debían testimoniar pudieran abandonar la posición de víctimas y adoptar la de querellantes.

Es importante subrayar que dentro del marco de las causas en las que se investigan delitos de lesa humanidad, dar testimonio muchas veces se relaciona con la calidad múltiple de víctima y de testigo y, por tanto, no es sólo volver a contar o transmitir datos y detalles de los hechos, sino que es revivir una situación traumática que vuelve a afectar a la persona. La situación de testimonio pone en marcha un trabajo de historización del sujeto, que al presentarse en su condición de víctima del terrorismo de Estado volverá a enfrentarse con estos episodios dolorosos.

En relación con lo anterior, el desafío del acompañamiento terapéutico requería atravesar el dispositivo jurídico en donde la exaltación de la voz del testigo podría ser tan problemática como su desacreditación. Esta paradójica exigencia de verdad supondría objetar la construcción de un relato subjetivo, o la posibilidad de conocer desde los tribunales una verdad histórica (Wikinski (2016: p.17).

Esas controversias interpelaban las intervenciones de los trabajadores de la salud mental que estaban implicados en el acompañamiento a testigos. Así lo relata Victoria Martínez, desde su tarea desde el MSSM:

“Siempre fuimos reacios a llamarlas "víctimas" porque eso puede cristalizarlas en ese lugar. Son mucho más que eso. Este aspecto de sus vidas los marcó, pero necesitamos trabajar en su subjetividad. Desde lo jurídico, era necesario considerar su condición de víctimas para recuperar su categoría. Trabajamos con ellos sobre lo que significaba ser familiar de un sobreviviente y la importancia de dar testimonio desde una posición activa de reparación, no como una obligación. Luego tuvimos que establecer un protocolo que considerara estos aspectos”. (Entrevista realizada a Victoria Martínez por la autora. Buenos Aires, el 27 de septiembre del año 2024)

Por tal motivo, desempeñar la función de testigos colocaba a las víctimas en un proceso fundamental del camino de reparación, no solo en el plano de lo individual sino también en lo social. Este carácter reparatorio de los juicios se vinculaba a uno de los modos de restitución de la

memoria colectiva donde los relatos posibilitaban nuevas construcciones ligadas a distintos aspectos dañados del tejido social.

Rousseaux (2019) sostiene que, en Argentina, a partir de los juicios contra el terrorismo de Estado, “la construcción social que se fue desarrollando acerca de la condición victimal hizo que ya no alcanzara con relatar los hechos padecidos, sino que las víctimas-testigos reclamaran ser consideradas en una dimensión que fuera mucho más allá de la ofrecida hasta ahora a un testigo/a común involucrada/o en un proceso penal. Ese “más allá” al que nos estamos refiriendo, está en relación a las condiciones de posibilidad que el testimonio puede comportar en su dimensión de acto reparador” (Rousseaux, p.77).

La narración de lo traumático no es solo la consecuencia del modo en el que un sujeto puede ordenar y explicitar lo vivido, sino el resultado de diversos factores, entre ellos, la constitución del aparato psíquico, la cualidad del hecho traumático, la oportunidad en la que su narración pueda producirse, el interlocutor real o imaginario y las circunstancias históricas que dan lugar a ese relato. La capacidad de narrar y la posibilidad de simbolización y significación de lo vivido se determinan mutuamente (Wikinski, 2023,39)

Por otra parte, la objetividad propia del dispositivo jurídico y la intervención psi, pertenecen a dos perspectivas epistemológicas diferentes. En ese sentido, Miñarro (2023) señala que el trabajo del duelo en ese contexto no es posible sino se les reconoce una inscripción política y no solo social a las desapariciones, de modo tal que la tarea profesional facilita la memoria del testimonio a través de un trabajo terapéutico de reconstrucción psíquica.

En Río Negro, Roberto Liwsky⁴³, quien desde CODESEDH coordinaba el acompañamiento psicosocial a las víctimas/testigos, señala que esta institución aspiraba a cumplir una función psicosocial de soporte, donde la escucha y el acompañamiento terapéutico promovieran las mejores condiciones para llevar adelante el proceso judicial evitando la revictimización” (Entrevista Liwsky realizada por la autora. Buenos Aires, 4 de abril de 2024).

Estas cuestiones resignificaban el acompañamiento a las víctimas/testigos en la provincia, lo cual implicaba desarrollar diferentes estrategias, por un lado, la estrategia militante que intensificaba las acciones de cuidado que venían realizando las organizaciones de derechos humanos; y por otro lado, la intervención profesional del equipo psicosocial de CODESEDH,

⁴³ Entrevista realizada por la autora 4 de abril de 2024. Buenos Aires. Roberto Liwsky, presidente de CODESEDH. Sobreviviente de la dictadura.

como dimensión terapéutica para atravesar el dispositivo jurídico, desde la elaboración de los efectos traumáticos de la represión estatal.

Por su parte, Liwski describe que los desafíos que requerían las distintas dimensiones de acompañamiento terapéutico les permitieron desplegar prácticas que no solo comprometía al equipo profesional de CODESDH, sino que integraba además a las organizaciones locales, en momentos donde los equipos acompañaban situaciones similares en otras provincias.

“Siempre tuvimos una gran articulación interinstitucional, con los equipos de Salud Mental, psicólogos, trabajadores sociales de Organizaciones de Derechos Humanos. Hubo mucho nivel de encuentro, se desarrollaron múltiples seminarios, congresos y publicaciones. La actividad de los años finales de la dictadura militar, y de los primeros años de la recuperación democrática fueron muy intensos. Comenzamos a conformar un equipo interdisciplinario que fue adoptando estrategias innovadoras en las respectivas profesiones, y acordes a las necesidades de cada provincia. Era fundamental generar un clima de tranquilidad y equilibrio para que las víctimas que ingresan en este proceso judicial puedan alcanzar una experiencia reparadora, tanto personal como social, de los sufrimientos padecidos, y para ello trabajábamos estrategias con las organizaciones de derechos humanos locales” (Entrevista a Liwsky realizada por la autora el día 4 de abril del año 2024, vía Zoom).

A partir de lo señalado por el entrevistado y los relatos de los integrantes de las organizaciones de derechos humanos, se pueden observar los puntos de confluencia y articulaciones rizomáticas entre el campo de la salud mental con el campo de los derechos humanos, las cuales permitían resignificar la tarea de cuidado como una dimensión que excedía lo clínico-asistencial. En ese sentido Stolkiner (2012: p.61) precisa que “el "cuidado" tendría una connotación mucho más amplia e integral que la "atención", al denotar relaciones horizontales, simétricas y participativas y al quitarle la centralidad auto-asignada a las instituciones y agentes del campo de la Salud, reconociendo que buena parte de las acciones de salud suceden en las vidas cotidianas y en las prácticas de los conjuntos sociales”.

2-6 Interacciones entre la reforma de salud mental y la organización de derechos humanos

Como se señaló anteriormente el acompañamiento psicosocial a las víctimas/testigos en la provincia de Río Negro signó el primer antecedente que imbricó el campo de la salud mental con el campo de los derechos humanos, a partir del advenimiento de la democracia. No obstante, los puntos de intersección entre las organizaciones de derechos humanos y la propuesta de reforma de salud mental, tuvo un desarrollo paulatino, y articulado a las necesidades que se iban gestando en ambos campos.

Así lo relata Oscar Meilan, miembro de APDH y de la Comisión de Familiares de Detenidos y Desaparecidos en Río Negro.

“No es que no hubiera un contacto institucional entre lo que era la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos y aquellos compañeros que asumieron la implementación del programa de desmanicomialización en Río Negro. Pero al principio no había un plan. Nos íbamos encontrando y acompañando desde experiencias individuales, hasta que con el tiempo logramos un mayor acercamiento institucional (...) Yo también tengo un hermano desaparecido (...) pude llegar a Graciela Natella, unos compañeros me dijeron que ella iba a entender, venía del hospital Evita de Lanús. Y así fue” (Entrevista realizada a Oscar Meilan por la autora, el día 15 de marzo del año 2023).

Como puede observarse no existían estrategias de articulación planificadas; existían intercambios, enlaces a partir de necesidades propias de cada campo. Al respecto Natella, una de las impulsoras del proyecto de desmanicomialización, señala algo similar:

“La lucha de los organismos estaba muy centrada en la restitución, en la aparición con vida, por lo menos lo que yo viví, pero contábamos con ellos; por ejemplo, cuando fue el primer pliego de Salud Mental, la APDH apoyó en general, como compañeros de ruta, porque obviamente la desmanicomialización es un proceso ético y libertario. Es imposible que el colectivo de derechos humanos no coincidiera, pero de todas maneras creo que su atención y práctica concreta estaba dedicada a esto que vivíamos. A partir de esta perspectiva de derechos, fuimos teniendo encuentros con los organismos de la provincia para hacer cursos y demás, cada vez de modo más fluido en un momento en donde esas

organizaciones podrían poner energía y articular con otros intereses” (Entrevista realizada a Natella por la autora, el día 22 de julio del año 2022, Buenos Aires).

A partir del acompañamiento a testigos que se realiza en la provincia se empiezan a establecer lazos que posibilitan nuevas articulaciones, las cuales van a favorecer el despliegue de la reforma en salud mental. Tal como señalan Cohen y Natella (2013) las ideas y prácticas que sustentaron la desmanicomialización fueron cuestionadas y controversiales durante muchos años, se hicieron escuchar en ámbitos académicos como de divulgación general. Para algunos fue una producción pintoresca, para otros idealistas, siempre marginal precedente de la alejada mítica Patagónica. Es claro que cuando comenzó a hablarse de desmanicomialización la mística, la utopía y la militancia no se consideraban valores intrínsecos del trabajo en salud mental”. (p.16) Es de destacar que cuando se inició la reforma no existían leyes internacionales que pudieran avalar los cambios, no se contaban con legislaciones fundamentales como la Declaración de Caracas, tampoco los Principios para la Protección de los Enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental de las Naciones Unidas, ni la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad. (Ibíd. p. 92).

En ese sentido el aporte de Norberto Liwski como sobreviviente de la dictadura cívico militar y fundador de CODESEDH, y el abordaje del equipo psicosocial de esta comisión en la provincia, va arraigando una renovada atención en salud mental, no solo en la asistencia a víctimas del terrorismo de Estado, también a otras víctimas de la violencia institucional. Así, el programa de salud mental contó con el apoyo de actores estratégicos del campo de derechos humanos, en momentos de confrontaciones con actores locales que se oponían a la reforma⁴⁴. Así lo expresa Norberto Liwsky:

“Fuimos partícipes activos en la etapa de conceptualización, e incluso en la etapa de redacción de la propia ley de desanicomialización. En ese momento yo me desempeñaba como médico pediatra de Abuelas de Plaza de Mayo. La innovación en Río Negro, tenía el requerimiento de hacer adecuaciones a realidades muy complejas, no escritas por

⁴⁴ Cohen y Natella (2013) señalan que la reforma contó con el acompañamiento de Norberto Liwski en particular, destacando además el apoyo de las organizaciones de derechos humanos capitalinas y provinciales, de modo especial del Dr. Jouliá abogado, miembro de la APDH provincial y asesor de Abuelas de Plaza de Mayo, y el acompañamiento de la Iglesia Católica local, en la figura de Monseñor Hesayne, Obispo de Viedma e integrante de la APDH provincial.

anterioridad, tal vez las cosas se podían tomar de algunos autores que podían haber testimoniado experiencias de asistencia durante y después de la Segunda Guerra. Pero en general no era la geografía la fuente principal que podíamos recurrir y allí asoma la Creatividad del campo de Derechos Humanos, cuando conecta con las diferentes disciplinas científicas humanistas. Y conecta de un modo creativo, es decir, no reproduce lo aprendido, sino que recrea lo conocido, reconstruye y crea nuevas estrategias. (Entrevista a Liwsky realizada por la autora. Buenos Aires 3 de abril de 2024, vía Zoom).

El proyecto de desmanicomialización y el acompañamiento a víctimas/testigos fueron construyendo un vínculo que les permitió impulsar un proceso de renovación de los conocimientos del campo psi y recrear nuevas experiencias. Tal como señalan Kordon y Edelman (1986), la raíz política de lo traumático en la post dictadura cívico militar, se cristalizó en novedosas producciones que recuperaban concepciones que enriquecían el campo de la salud mental, deconstruyendo nociones terapéuticas tradicionales.

Si bien, como se fue señalando, no existían acuerdos institucionales pactados con anterioridad entre el movimiento de derechos humanos de Río Negro y quienes llevaron a cabo la iniciativa de la desmanicomialización en la transición; las organizaciones de derechos humanos y los equipos de Salud Mental circulaban por espacios comunes, tenían trayectorias y espacios políticos similares y compartidos, con una clara posición afín que los situaba del lado de las víctimas. La memoria histórica fue produciendo una imbricación entre el campo de la salud mental nutrido de prácticas renovadas con el movimiento de derechos humanos, que paulatinamente fue ampliando sus espacios de lucha, ubicando el problema de la violación a los derechos fundamentales de las personas con padecimiento psíquico.

Capítulo 3

MANICOMIO EN ARGENTINA Y DESMANICOMIALIZACIÓN EN RIO NEGRO

Este capítulo se encuentra vinculado con las experiencias que se fueron dando en el campo de la Salud Mental en Argentina a partir del advenimiento de la democracia en 1983 y que posibilitaron la disputa en el nuevo escenario el establecimiento de un nuevo modelo de atención integrado a las producciones teóricas y clínicas de la transición.

Como se señaló en capítulos anteriores, el contexto en el que se desarrolló la reforma rionegrina coexistió con un amplio movimiento de derechos humanos que interpeló las luchas por las estructuras y prácticas autoritarias. Desde ese marco contribuyeron a consensuar el desarrollo de un modelo de atención que privilegiaba los derechos humanos en el escenario provincial. Sobre las particularidades de ese proceso da cuenta este capítulo.

3-1 Democracia y reconstrucción del campo de la salud mental en Argentina

Raúl Alfonsín, desde el Ministerio de Salud a cargo de Aldo Neri, se caracterizó por ubicar a la salud mental como una de las prioridades del sector. Fue nombrado director de Salud Mental el médico Vicente Galli, un psiquiatra con formación psicoanalítica que había participado en la experiencia del Hospital Evita de Lanús junto a Mauricio Goldemberg.

“Yo me comencé a formar, al poco tiempo de recibirme de médico, en Lanús desde 1962, donde había nacido la primera experiencia en el país de un Hospital General con “Servicio Psicopatología y Neurología” que tenía internación. Creado y dirigido por el Dr. Mauricio Goldenberg. (...) Hacia mediados de los ‘60 se organizaron también Servicios Comunitario (...) en las antípodas de este pensamiento están los hospitales psiquiátricos monovalentes que en su funcionamiento extremo son genocidas. Es la asistencia asilar centrada en la segregación, en la medicación y en el chaleco químico; son maneras de anulación de las existencias personales” (Entrevista a Vicente Galli, 17/10/2019. Revista Salud Mental y Comunidad. Universidad Nacional de Lanús).

Vicente Galli, además de su experiencia lanusina, se hallaba fuertemente conectado a los protagonistas del movimiento italiano que participaron en la experiencia de Trieste, liderada por Franco Basaglia. Durante su gestión sensibilizó a las autoridades provinciales para ofrecer

mayores recursos y aumentar la jerarquía institucional de las áreas de Salud Mental. En este sentido impulsó la creación de las Residencias Interdisciplinarias de Salud Mental (RISaM) e intentó comunicar una visión que recogiera cabalmente la herencia de Mauricio Goldenberg, a la vez que denunció las distintas modalidades de opresión condensada en el manicomio, situación que había sido legitimada por la dictadura cívico militar (Cohen y Natella, 2013).

A partir del advenimiento de la democracia, si bien empezaban a cuestionarse modelos autoritarios en la modalidad de atención en salud mental, perduraban sus efectos en las instituciones, situación que implicaba nuevas prácticas y conceptualizaciones que hicieran posible entender y dar cuenta de las diferencias entre el tiempo del terrorismo de Estado y el tiempo de la democracia (Galli 2006: p.155).

A partir de entonces, hubo varias experiencias en Argentina y en el Cono Sur que pusieron en tensión la lógica manicomial, como modo hegemónico de conceptualizar y atender a los padecimientos mentales.

Respecto de las RISaM se introducía un enfoque interdisciplinario que permitía pensar la desinstitucionalización y como correlato, la perspectiva de salud mental comunitaria; herramientas claves en la transformación del sistema de salud mental en Argentina. A partir de esta iniciativa, se buscaba la capacitación del residente en equipos interdisciplinarios, entendiendo el ámbito de la salud mental como un campo complejo que requería de distintos saberes. Así, se integraron equipos conformados por distintas disciplinas, entre ellas enfermeros, trabajadores sociales, terapistas ocupacionales, médicos y psicólogos (Chiarvetti, 2008; Vainer, 2003).

Es importante señalar que, en esa época, los únicos efectores propios de la Dirección conducida por Galli, eran los Hospitales Psiquiátricos Borda, Moyano y Tobar García y las Colonias Montes de Oca y Diamante. Sólo en seis provincias había organizaciones específicas de Salud Mental dentro de los Ministerios de Salud provinciales. Galli reconoce que “la vidriera para una Dirección Nacional que tiene como únicos efectores a los manicomios, son los manicomios y, por más transformaciones que se hicieron en los grandes psiquiátricos, éstos siguieron padeciendo los problemas manicomiales, así se mejoraran muchas o pocas cosas”⁴⁵ (Fernández Moujan, 1991 citada por Chiarvetti 2008: p.176).

⁴⁵ Fernández Mouján, P. (1991). Balance de gestión. Entrevista con Vicente Galli. Semanario Debates. Psicología y Psicoanálisis. I, 4 -5 recuperado Chiarvetti (2008) “La reforma en salud mental en argentina: una asignatura pendiente”

Fue entonces que se comenzó a pensar en organizar una RISaM propia, dependiente de la DNSM. Para ello se pensaban utilizar las vacantes de residentes de los manicomios, para que promovieran la transformación deseada. El proyecto se trabajó durante el año 1985 y la primera cohorte adjudicó en 1986 (Vainer, 2003).

Diana Jerez⁴⁶ recupera su experiencia en las Residencias en Hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, antes de su llegada a Río Negro.

“En primer año, estuvimos de los tres hospitales monovalentes juntos en el Hospital Rivadavia, luego seguimos en el Hospital Tobar García, donde yo trabajé en la dictadura cívico militar. Me interesaba el tema de la desmanicomialización. Fue un trabajo pionero, hubo articulación. Pero después quedó a cargo de los jefes de servicio, y la experiencia no fue la misma. Solo duró unos años y después la cortaron. El mayor desafío era enfrentarse a lo que pasaba dentro de los hospitales donde muchos de los profesionales eran los mismos que habían estado en la dictadura cívico militar. Había mucha resistencia, había que enfrentarse con el adentro, porque era meterle la residencia multidisciplinaria que cuestionaba el hospital monovalente ¿no?” En las residencias había trabajadores sociales, enfermeros, psicólogos, médicos y terapeutas ocupacionales, era una lucha al interior de los hospitales, pero a los que estábamos nos fortalecía en nuestras convicciones. Se daban discusiones entre nosotros respecto a cómo trabajar con las personas internadas, en mi caso con el psicoanálisis Lacaniano... me decían de la funcionalidad del sistema...yo les retrucaba: ser funcional al sistema. ¿Algo más funcional que el Psicoanálisis Lacaniano durante la época de la dictadura?” (Entrevista realizada a Diana Jerez por la autora el día 13 de noviembre del año 2023, Buenos Aires).

A propósito de la funcionalidad del psicoanálisis durante la dictadura cívico militar es interesante recuperar el análisis de Plotkin (2003) quien destaca ciertos sucesos que influyeron

⁴⁶ Diana Jerez, Médica Psiquiatra UBA. Oriunda de la Provincia de Córdoba. En el año 1978 se traslada a la Provincia de Buenos Aires en razón que su pareja y su hermano pasan a la clandestinidad, estando actualmente desaparecidos. Fue una de las primeras Jefas de Residentes en el Hospital Tobar García, y formadora del Hospital Braulio Moyano y José T. Borda de la Ciudad de Buenos Aires. emigra a Río Negro en 1988, convocada por Emiliano Galende, para formar parte del proceso de desmanicomialización, donde residió hasta 2020, una vez jubilada vuelve a Buenos Aires. Se desempeñó como Jefa de Salud Mental, en el Hospital de Viedma, y participó de la APDH de Río Negro Entrevista personal realizada el 20/09/2023 en CABA.

sobre el repliegue de algunos psicoanalistas hacia el ámbito de lo individual y privado, la desaparición o el obligado exilio de numerosos psicólogos y psicoanalistas, la intervención de la carrera de Psicología y los casos de psicoanalistas aliados a los regímenes represores destacando los múltiples posibles usos del psicoanálisis. En ese marco, se pregunta:

“¿Qué nos enseña la experiencia del Proceso acerca de la práctica del psicoanálisis en una atmósfera de represión política? Desde los tiempos de Freud se ha dicho en innumerables oportunidades que es necesario un contexto que garantice cierta libertad política y social para el ejercicio del psicoanálisis. A fines de los '70 y principios de los '80 los militares argentinos usaron algunos aspectos del sistema psicoanalítico para legitimar sus prácticas al tiempo que suprimían otras partes de él”. (Plotkin, 2003 p. 337)

Carpintero y Vainer (2018) en relación con lo anterior, señalan que, a partir del retorno de la democracia, la influencia de Eduardo Pavlovsky⁴⁷ a partir de la publicación “Lo grupal”⁴⁸ puso en tensión la posición de neutralidad del psicoanálisis, renovando la clínica desde una posición meramente individual y discursiva hacia una modalidad asociativa que integraba nuevas prácticas vinculadas a lo lúdico y lo creativo. La publicación contó con la participación de psicoanalistas destacados que estuvieron exiliados durante la dictadura cívico militar como Gregorio Baremlitt, Armando Bauleo, entre otros. En ese marco se abogaba por retomar el diálogo de esta disciplina desde una perspectiva crítica y comprometida, tal como se había desarrollado en los años 60 y comienzos de los 70.

Estas innovaciones, sumadas a la formación de equipos interdisciplinarios en el ámbito de la salud mental, a través de las residencias de salud mental a partir de 1983, permitieron el

⁴⁷ Eduardo Pavlovsky estuvo exiliado tres meses en Río de Janeiro y tres años en Madrid durante la última dictadura cívico militar. Fue un terapeuta de grupo, escritor, dramaturgo. Como médico, realizó su trabajo como psicoterapeuta grupal y asumió desde sus comienzos una posición crítica intelectual que tuvo como objeto los excesos profesionales de aquellos que trabajaban con pacientes. No solo en relación con el “poder psiquiátrico”, sino también en relación a la posición del psicoanálisis, al que muchas veces denunció por mantener una posición neutra y de abstención frente a hechos sociales trascendentes. (Recuperado <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/espectaculos/2-40200-2016-10-05.html>)

⁴⁸ La publicación *Lo Grupal* se editó en diez volúmenes entre 1983 y 1993 en la Argentina. La iniciativa fue impulsada por Eduardo Pavlovsky en su vuelta del exilio y dirigida por Pavlovsky y Juan Carlos De Brasi. Entre los autores de mayor participación en estos volúmenes se encuentran también Gregorio Baremlitt, Armando Bauleo y Marcelo Percia. Con participaciones más esporádicas se incluyen artículos de Osvaldo Saidón, Ana María Fernández, David Szyniak, Luis Herrera, Ana María del Cueto, Marie Langer, Ángel Fiasché, Hernán Kesselman, Luis Frydlewsky y Alejandro Scherzer, entre otros (Cardaci, 2017)

desarrollo de otras experiencias que pusieran en tensión la lógica manicomial en la atención de los padecimientos mentales.

En ese contexto, en 1984, se desarrolla el *Plan Piloto de Salud Mental (La Boca-Barracas)*, una estrategia pionera en la atención de las crisis por cuestiones de salud mental, que integraba la perspectiva de atención primaria de la salud, involucrando a los centros de salud y hospitales cercanos, de modo tal de evitar la temprana institucionalización. Este sistema era sostenido por equipos interdisciplinarios con base territorial, que desarrollaban estrategias de capacitación, prevención y cuidado involucrando a la comunidad en sus distintos niveles de organización.

“Empezamos a trabajar primero en la sociedad de fomento de La Boca en Iriarte, porque el plan piloto funcionó del 85 al 88 aprox. Nosotros seguimos como equipo de crisis hasta el 95. Trabajamos ahí en la cooperativa La Boca y después nos trasladamos al Club deportivo Barracas y finalmente lo trasladamos al centro. Al principio la consigna era atender gente de La Boca y Barracas, esto se fue extendiendo y teníamos pacientes de distintos lugares. Hicimos un trabajo comunitario desinstitucionalizado, donde trabajamos situaciones de crisis en un sentido amplio, evitando internaciones. En diez años, solo tuvimos que internar a una sola persona a pedido de él, porque estaba grave. Esto es lo que permite todo el tema de trabajar en la comunidad, implica no solamente un trabajo interdisciplinario si no intersectorial. Lamentablemente esta experiencia se agotó por falta de presupuesto adecuado y la decisión política para continuarlo” (Enrique Carpintero, responsable del proyecto. Entrevista realizada por la autora el día 6 de noviembre del año 2022, vía Zoom).

El desarrollo de esta experiencia comunitaria llevada a cabo por un equipo interdisciplinario, conducida por un psicoanalista, denota las distintas posiciones conceptuales e ideológicas que, en la década del 80, van consolidando innovaciones en el campo de la salud mental que evitaban la temprana institucionalización.

Graciela Natella incluye a las experiencias pioneras a partir de la democracia, como las RISaM y el Plan piloto La Boca-Barracas, la cuestión de la atención a víctimas y familiares de la represión, situación que le permite establecer analogías y conexiones entre estas situaciones y las

personas que se encontraban abandonadas en los hospitales psiquiátricos. Estas cuestiones permitían una nueva forma de concebir las prácticas clínicas, individuales y grupales, a partir de la revisión de los modelos heredados de décadas anteriores que fueron silenciados y reprimidos por la última dictadura cívico militar.

“Si, en principio ese gran salto, ese cambio de mirada fue en BS AS, yo pude hacer una conexión muy directa entre la desaparición de las personas que pasaba en la época de la dictadura, pude conectarme con la lucha de muchos familiares a los cuales atendí primero en Buenos Aires y después en Río Negro. Eso me ayudó a pensar en la desaparición de personas que eran NN, muchas de ellas en los hospitales psiquiátricos y que ni sabían los parientes donde estaban. Eran personas literalmente desaparecidas y se naturalizaba que su vida terminará más allá de las edades. Porque había gente que desde muy joven estaba en los hospitales psiquiátricos. Los residentes a la tarde-noche hacíamos el trabajo sucio, subíamos a la ambulancia con las personas a derivar a los manicomios a personas que se los había tratado con técnicas y teorías muy novedosas o muy de avanzada con psicoanálisis y después se los derivada y desaparecían”. (Entrevista realizada a Graciela Natella por la autora el día 20 de noviembre del año 2022, en Buenos Aires).

A través de las palabras de Natella se puede observar que la llegada de la democracia en los '80 y los reclamos y las luchas históricas de los organismos de derechos humanos, permitían advertir los efectos de la represión estatal y a la vez problematizar la vulneración de derechos de otras poblaciones en clave de violación a los derechos humanos.

Como se fue describiendo, algunas experiencias de desmanicomialización que se intentaron en los '80 provenían de figuras del campo psi y de la salud mental que vivieron la represión de la dictadura cívico militar y que se vincularon con la comprensión de los efectos traumáticos que dejó la desaparición y la violencia en toda la sociedad. Esto nos permite preguntarnos si el tránsito hacia otras problemáticas de los padecimientos mentales pudo estar favorecido por estos puentes que se tejieron entre Salud Mental y derechos humanos.

3-2 Salud Mental y Derechos Humanos

En relación con lo anterior, es necesario subrayar que durante la dictadura cívico militar existió un importante éxodo de trabajadores de la salud mental que, desde el exilio, continuaron con los proyectos terapéuticos que se vieron interrumpidos por la represión. Estas producciones son importantes para esta investigación ya que muchos exiliados transmitieron sus apreciaciones sobre las experiencias terapéuticas, en donde lo social y lo político se presentaban como variables explicativas de los daños psíquicos causados por las dictaduras cívico militares, dimensiones fundamentales para reconstruir el campo de la salud mental en la Argentina, permitiendo nuevas transformaciones.

Tal como describe Lastra (2021: p.205) se formó el Colectivo Latinoamericano de Trabajo Psicosocial en Bélgica que atendió a refugiados latinoamericanos que arribaban al exilio afectados por la represión estatal. En México también se creó el Movimiento de Trabajadores de la Salud Mental que estuvo encabezado por Marie Langer, Ignacio Maldonado y otros psicoanalistas argentinos y latinoamericanos que llevaron adelante un proyecto de asistencia psicológica dirigido no solo a los adultos, sino sobre todo a los niños y a las niñas que iban llegando al exilio. Estas producciones fueron transitando por el continente hasta llegar al Cono Sur en distintos formatos: cassettes, artículos de revistas académicas, etc.

Los trabajadores de la salud mental en el Cono Sur impulsaron la creación de dispositivos de atención psicológica para víctimas de violaciones a los derechos humanos sufridas durante las dictaduras. Por ejemplo, en Uruguay fue creado el Servicio de Rehabilitación Social (SERSOC); en Chile se creó un área de salud mental para los afectados por la dictadura de Pinochet, en la Fundación de Ayuda Social de las Iglesias Cristianas (FASIC).

Es importante destacar que FASIC creó el Programa Médico Psiquiátrico (PMP) que primero se ocupó de la recuperación y tratamiento del daño psíquico producido por las experiencias de detención, desaparición o muerte de algún familiar, y luego comenzó a asistir a los chilenos que partían al exilio. En ese escenario el equipo continuó su formación a través del contacto con los retornados y con otros profesionales que estaban trabajando en el exilio sobre los daños de la represión política en Chile y en el Cono Sur.

Esto le permitió producir conceptualizaciones que nutrieron el campo de la salud mental, y a la vez postulaban una revisión de esquemas teóricos e instrumentos, que se tornaban insuficientes para registrar los padecimientos de las personas por el hecho represivo. Una

transformación importante del PMP consistió en que se dejó de identificar a los casos por las psicopatologías que mostraban para pasar a registrarlos por las situaciones represivas sufridas. Es decir que, en lugar de usar la categoría psicopatológica como criterio de clasificación, se utilizaba la categoría legal que representaba esa experiencia represiva (desterrado, relegado, familiar de ejecutado, etc.).

Este antecedente es estratégico para pensar las clasificaciones e identificaciones del sufrimiento psíquico, ubicándolo en su contexto de producción, e integrando como nodo fundamental el origen sociopolítico del padecimiento mental, cuyo origen se encontraba en la violación de los derechos humanos desde una situación histórica particular.⁴⁹

Tal como señala Cantuñir Nahuel (2021, p.187) la labor de los equipos psicosociales de FASIC permitió analizar las características que asumía la violencia vivida, la cual se presentaba en afecciones vinculadas a la neurosis reactivas (síntoma derivado de la fuerza de la represión y las ideas reprimidas) y el alcoholismo, que requirieron ensayar estrategias terapéuticas reparatorias, una de ellas fue el “Programa de Prevención en Alcoholismo⁵⁰” desarrollado años después.

Como se viene desarrollando, los profesionales latinoamericanos impulsaron la creación de dispositivos de atención psicológica para víctimas de violaciones de los derechos humanos sufridas durante las dictaduras. El caso de FASIC es relevante para esta investigación considerando el enfoque integral y preventivo que fueron desarrollando, como método de intervención que incluía talleres grupales, terapia ocupacional para presos y retornados, presentaban una atención renovada en problemáticas complejas, que se fundaba en una noción sobre salud/enfermedad vinculada a una práctica social reparadora de las personas afectadas por la dictadura cívico militar.

⁴⁹ Ibíd. pág. 209

⁵⁰ El programa de prevención desarrollado consistía en situar la problemática del alcoholismo, como un hecho social, que además de abordar la problemática específica desde una mirada sanitaria, que contemplaba cuestiones vinculadas a la subjetividad, además sumaba el componente preventivo, vinculando las redes familiares y el compromiso social como factores determinantes en la resolución del problema. Este programa entre otros que desarrolló FASIC se situaba en el desarrollo de acciones que enfrentaban las desigualdades inherentes al modelo de desarrollo económico para asumir la promoción y defensa de los Derechos Humanos de los sectores discriminados, vulnerables y pauperizados, entendiendo que el tema de Derechos Humanos no es sólo un problema de los regímenes autoritarios, sino también un tema permanente en las nuevas democracias y modelos de desarrollo. Los Derechos Humanos se universalizan y se transforman en una meta programática, que incluye los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales Archivo FASIC (Valparaíso-Chile, junio de 1991) CL ADFASIC FASIC-02-03-05-000121

En esa dirección terapéutica, en Argentina se produjo una experiencia similar vinculada a los Grupos Institucionales de Alcoholismo⁵¹, cuyo antecedente se remonta al año 1984, en la provincia de Río Negro, conducida por Jorge Pellegrini, mencionado en capítulos anteriores.

“En esa necesidad de seguir investigando y trabajando con los afectados y negados, se produce mi encuentro con las ideas y prácticas de la Dra. Diana Kordon y su equipo, quienes, ya en épocas de la dictadura cívico militar, a partir de su tarea profesional solidaria con los familiares de detenidos-desaparecidos, comenzaron a desarrollar un trabajo clínico grupal original y potente, que se fundaba en una noción sobre salud/enfermedad vinculada a una práctica social reparadora de las víctimas y del tejido social. Del mismo modo el concepto de transmisión trans-generacional del trauma nos amplió el conocimiento clínico del proceso de alcoholización en hijos, padres, familiares ascendientes o descendientes. En efecto, en los ´80 había comenzado a estudiar sistemáticamente la obra de Enrique Pichón Riviére que me resultó esclarecedora para interpretar nuestra realidad sanitaria, proporcionando un instrumento para su abordaje: los grupos operativos; no sólo como instrumentación técnica sino por la concepción del sujeto que ellos implican. También la noción de relación intersubjetiva, que me pareció un verdadero salto de calidad respecto de la idea de relaciones de objeto, y todo lo que ello conlleva como ruptura epistemológica. Por eso en la primera publicación, de 1988 los GIA aparecen definidos “como grupos centrados en la tarea de la recuperación”. (Entrevista a Jorge Pellegrini, por Juan Carlos Stagnaro, Revista Vertex año 2019).

Se puede observar que, a partir de la década del’80, se da una nueva narrativa en el abordaje de los padecimientos mentales, arraigada a concepciones que recuperaban la dimensión social y política del daño causado por la dictadura cívico militar y que, a la vez, iban enriqueciendo el marco interpretativo de los padecimientos mentales en diálogo con el campo de los derechos humanos.

⁵¹ Los grupos institucionales de alcoholismo (GIA) abordan la matriz social del proceso de alcoholización no sólo porque programan su actividad preventiva hacia la sociedad, sino también porque hacen una lectura del camino social del enfermar en el seno del trabajo grupal y en cada uno. Son grupos donde se habla en primera persona singular, pues en recuperar la verdadera historia está quizás la mayor contribución a comprender la historia de todos. (Pellegrini 1992,17)

Tal como señala Pellegrini, el encuentro con las ideas y prácticas de Diana Kordon y Lucila Edelman, fundadoras del equipo psicosocial de la Asociación Madres de Plaza de Mayo, le permitió incorporar el concepto de transmisión transgeneracional⁵² para el abordaje de los padecimientos mentales vinculados al proceso de alcoholización.

Pellegrini (1992) entendía que el impacto de la recuperación de las personas afectadas integraba a sus ascendencias y descendencias familiares. Estas cuestiones le permitían abonar el cuestionamiento al mito de la incurabilidad del alcoholismo; e inaugurar la tarea de la formación de grupos terapéuticos en el hospital público con el propósito de evitar la institucionalización.

Como continuidad de esta experiencia, Pellegrini impulsó, posteriormente, un proceso de transformación en el Hospital Psiquiátrico de San Luis y una Red Nacional GIA, que fue logrando un desarrollo sostenido en las provincias de Jujuy, Córdoba, Entre Ríos, Mendoza, San Luis, Neuquén, Río Negro, Buenos Aires, Chubut y Santa Cruz.

Tal como se ha señalado, el abordaje de las consecuencias psicológicas del terrorismo de Estado por parte de los equipos de salud mental en las organizaciones de derechos humanos instituyó una nueva configuración en el trabajo clínico y conceptual, que fue condición de posibilidad para transitar otras problemáticas que hacen a los padecimientos mentales, entre ellas la violación de los derechos humanos en las personas internadas en las instituciones monovalentes.

En este sentido, la provincia de Río Negro se vio enriquecida por los trabajadores de la salud mental que participaron de algunas de esas experiencias en Buenos Aires, y que, al compás de la política nacional, implicaban iniciativas renovadas en el campo de la salud mental provincial.

“La política nacional impulsó movimientos en las provincias a tal punto que de la mano de Vicente Galli se hicieron cursos como para situar justamente una política pública de

⁵² La elaboración de los duelos y de la situación traumática está siempre bajo la influencia alienante de los diferentes discursos sociales acerca de la misma. Durante el período dictatorial esta fuerza alienante tenía una potencia dada por la situación de terror y la constitución de un campo paranoide. En el caso de los desaparecidos, se agrega como factor desestructurante la ausencia del cuerpo, que impide la realización de los ritos funerarios, presentes en todas las culturas. Esta particularidad potenció las inducciones psicológicas oficiales, dificultando aún más el trabajo de duelo, dándole un carácter sumamente penoso y trágico. Podemos decir que la afectación fue multigeneracional (varias generaciones fueron afectadas simultáneamente), intergeneracional (se tradujo en conflictos entre generaciones) y transgeneracional (sus efectos reaparecen de diversos modos en las generaciones siguientes) EDELMAN, Lucila; KORDON, Diana. 2002). Investigación sobre transmisión transgeneracional del trauma. Presentado en las jornadas «Clínica psicoanalítica ante las catástrofes sociales». Buenos Aires. Recuperado <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-nacional-de-la-plata/psicologia/kordon-impacto-psiquico-y-transmision-inter-y-transgeneracional/83170529>

salud mental que fuera más allá de la concentración que hasta ahí había sido en el hospital psiquiátrico como eje fundamental, se empezó a hablar en el país del tema de la desmanicomialización. En principio yo había tenido una oferta de continuidad en Lanús y bueno, me voy a Río Negro porque de alguna manera allá había un campo y un territorio para poder desarrollar estas ideas” (Entrevista a Graciela Natella, realizada por la autora el día 20 de noviembre del año 2022, Buenos Aires).

Fue entonces que se comenzó a implementar el Informe Final sobre la Asesoría en Salud Mental realizado por la OPS/OMS en la persona del Dr. Mauricio Goldenberg, llamado “Lineamientos para un Plan Nacional de Salud Mental” (Goldenberg, 1984)⁵³, que la Dirección Nacional de Salud Mental bajo la conducción del Dr. Vicente Galli (1986), había comenzado a ejecutar; y en el que se destaca la importancia de la formación de los recursos humanos que estarían en condiciones de dar respuesta a los desafíos y problemáticas emergentes. En ese marco se llevó adelante, la creación de las Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental (RISaM) en distintos lugares del país. Aún existían varios hospitales que dependían directamente de nación, entre ellos, los tres manicomios de la Capital Federal. Las vacantes de residencias para

⁵³ Goldemberg Mauricio: Lineamientos Generales para el Plan Nacional de Salud Mental.

Biblioteca Facultad de Psicología UBA. Servicios de Referencia. Signatura J.07

Objetivos de los Lineamientos Generales para el Plan Nacional de Salud Mental (1984)

- La actualización del concepto de Salud Mental a través de experiencias demostrativas de acciones integrales

- La integración de programas y acciones en Salud Mental con el resto de las políticas de salud, educación, justicia, etc. para coordinar, complementar y potencializar esfuerzos; • coordinación de los tres subsectores: público, privado y de obras sociales;

- La realización de investigaciones epidemiológicas;

La prevención primaria, buscando la acción sobre los factores generadores de perturbación;

- en el ámbito de la asistencia se busca evitar la cronificación derivada de la atención demorada, mediante un abanico de acciones a partir de la acción primaria: tratamientos ambulatorios, internaciones parciales, internaciones breves, apertura de unidades de internación en hospitales generales, establecimiento de centros de SM y tratamiento programado de los internados con plazos determinados;

- Tanto en la investigación como en la práctica, se propende al enfoque integrativo en lo referente a disciplinas, grupos sociales e in situaciones: en este marco se asigna al médico y al psicólogo el papel de "coordinador de acciones y catalizador de proyectos";

- Los cambios propuestos en la SM requiere una capacitación cortante de los agentes involucrados, proponiéndole a tales fines la creación de una Escuela de agentes de SM y un centro de capacitación y acreditación profesional;

- El reconocimiento de características y necesidades particulares de cada región supone, dentro de los lineamientos generales para todo el país, elaborar conjuntamente con las provincias un plan que asegure la participación de los encargados jurisdiccionales;

- Se propone la constitución de un Consejo Federal de SM, "una de cuyas tareas será promover una ley de SM que integre la diversa y dispersa legislación actual";

manicomio se transformaron en lugares para la RISaM, cuya primera camada empezó en 1986. Entre las estrategias generales que planteaba Galli para el Programa de Salud mental, incluía: la integración de las políticas en Salud Mental con las políticas generales de salud ;la integración intersectorial; la ampliación de la cobertura, incluyendo acciones de promoción y prevención, de manera que la misma fuera equitativa para toda la población; la participación de usuarios y prestadores en la definición de necesidades, estrategias y asignaciones de recursos; el desplazamiento del eje centrado en el modelo Hospital-Enfermedad hacia el modelo Comunidad-Salud y el incremento de presupuestos para ello y nunca para incrementar prácticas y sistemas custodiales, segregacionistas y/o exclusivamente asistencialistas; la transformación de los grandes Hospitales Psiquiátricos y desaliento de los institutos privados que funcionaran similarmente; el desarrollo conceptual y práctico de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) en Salud Mental. (Chiarvetti 2008,176)

En ese sentido, Suárez Aguirre (1993) señala que el programa de la Dirección Nacional de Salud Mental a partir de 1984 implicó un compromiso con la democratización del régimen político y de las instituciones del Estado. Para ello, se propuso una planificación de acciones que contemplaran la promoción, la prevención, la asistencia y la rehabilitación en salud mental, sistematizadas en los Lineamientos Generales para el Plan Nacional de Salud Mental.

Tal como relata Pellegrini (2023) en entrevista:

“Ese era el momento que vivíamos, además el ministro de salud era el Dr. Aldo Neri. Lo había nombrado el Dr. Alfonsín y Aldo Neri era de la misma provincia que yo y había sido médico rural y tenía un libro de medicina social digamos con el cual estudiábamos. Es decir que era, como te puedo decir, era el sueño del pibe. Después designan a Vicente Galli el cual envía a los servicios de salud mental, a los agentes de salud mental los que se llamaron los lineamientos básicos y ¿Quién había hecho esos lineamientos básicos? Mauricio Goldemberg, con lo cual te imaginas que para mí era, bueno. Valió la pena pasar por lo que pasamos, aunque Gondenberg nunca volvió” (Entrevista realizada a Pellegrini por la autora el día 15 de abril de 2023. Vía Zoom)

Los lineamientos de salud mental conllevaban a la integración de otras especialidades y a un cambio de roles en aquellas profesiones que hasta entonces habían desarrollado un rol

hegemónico en la atención de la salud mental. También, comprometía a distintas instituciones, y áreas de gobierno a fomentar estrategias de intervención comunitaria.

3-3 La salud mental rionegrina como política de derechos humanos

En Río Negro la política del gobernador Osvaldo Álvarez Guerrero se orientó a articular y apoyar los principales objetivos del gobierno nacional, con el que compartía una concepción política común, a la vez que priorizaba la democratización del sistema sanitario desde una perspectiva vinculada a la accesibilidad y a la atención primaria.⁵⁴

Ese escenario provincial abrió espacios de debate y participación ciudadana, permitiendo que diferentes sectores de la sociedad pudieran expresarse y contribuir activamente en la construcción de un nuevo orden político (Mereb, 2019).

En estas circunstancias, se reabría la posibilidad del abordaje de las problemáticas de salud mental desde una definición del problema multidimensional, a partir de los saberes acumulados de los trabajadores de la salud mental que habían resistido prácticas institucionales autoritarias en la dictadura cívico militar en la provincia, y otros que habían participado de prácticas renovadas en la década del 80 en Buenos Aires.

En ese sentido se pueden observar ciertos hitos que permiten realizar un recorrido histórico de esos procesos:

⁵⁴ “Transformaremos los hospitales de la provincia para que se acabe definitivamente la marginación y la desigualdad en el acceso a la salud. Daremos prioridad a las áreas que más necesitan de los recursos provinciales, como la postergada línea sur, en la que el hospital, único efector de la salud, se convierte en árbitro de la vida o de la muerte de los ciudadanos. Promoveremos una autonomía hospitalaria con verdadera inserción de toda la comunidad en su gestión. El hospital público debe dejar de ser una isla en cada población, para atender sus necesidades de salud en forma amplia y efectiva. Se cumplirán horarios prolongados de atención, fortaleceremos y enfatizaremos el contenido humanístico de los servicios. El gobierno provincial ejercerá plenamente su papel en la conducción del sistema, no solamente por acción directa a través de los hospitales y centros de salud sino mediante el desenvolvimiento de la obra social provincial, los esfuerzos serán coordinados con el resto de las obras sociales que actúan en la provincia y también con el sector privado para el pleno cumplimiento de su trascendente papel social. El esfuerzo que demandará este accionar nos permitirá arribar a la implementación de un seguro de enfermedad, accesible e igualitario para toda la población de la provincia que se integrará armónicamente al seguro nacional de salud, objetivo final del gobierno radical. Democratizaremos la salud, pero garantizaremos una amplia participación de todos los sectores en la implementación de la propuesta”. Mensaje del Gobernador de la Provincia de Río Negro, en el Acto de Toma de Posesión del cargo. 11/12/1983)

Ya desde 1982⁵⁵, se iniciaron los cuestionamientos al modelo asilar de atención. Se llevaron a cabo asambleas y se redactaron propuestas que buscaban cambiar el paradigma de atención.

En 1983 se creó la Coordinación Provincial de Salud Mental, lo cual implicó la implementación de los proyectos propuestos por los profesionales. Esto marcó un primer paso concreto hacia la transformación del modelo de atención.⁵⁶

En 1984, se planteó la necesidad de descentralizar a los profesionales de la salud mental y se comenzaron a abrir Servicios de Salud Mental Comunitaria en cada hospital público de la provincia. Además, se revisaron las características de las prestaciones institucionales, cuestionando las jerarquías construidas y los roles profesionales establecidos. Se promovieron actividades de vida diaria, asambleas, huertas y salidas recreativas, con el objetivo de brindar una atención más integral y centrada en la comunidad.

En 1985, se establecieron los lineamientos generales para el nuevo Programa Provincial de Salud Mental Comunitaria. Con la llegada de Hugo Cohen a Río Negro y su designación como Jefe del Departamento de Salud Mental recién creado, se inició una reforma profunda del sistema de atención psiquiátrica. Así lo relata Schiappa Pietra:

“El reencuentro con la democracia en Río Negro nos dio el poder de decir lo que pensábamos hacer lo que queríamos, fue posible pensar una transformación, la identidad desmanicomializadora se gestó en ese momento, nos pusimos en movimiento (...) El Dr. Hugo Cohen fue la figura que puso en la agenda política de la provincia esta transformación (Entrevista realizada a Schiappa Pietra por la autora el día 29 de junio del año 2023).

⁵⁵ Material proporcionado por Archivo Provincial de la Memoria Secretaría de Derechos Humanos - Provincia de Río Negro. Recuperado <https://rionegro.gov.ar/?contID=49450>

⁵⁶ No obstante, es importante destacar el Dr. Cornaglia, que había estado a cargo de la coordinación provincial del área de salud mental, había intentado la humanización del hospital psiquiátrico, realizando encuentros con profesionales de algunas localidades de la provincia, las cuales no contaban con personal especializado. Tras la renuncia de Cornaglia, Cohen, priorizó desarrollar y fortalecer las capacidades del ámbito local para que este fuera habilitado a intervenir en primera instancia, asumiendo la tarea de salud mental con recursos propios, pero contando con la asesoría permanente de los equipos de salud mental. Hasta ese momento la cultura sanitaria de las localidades de la provincia consistía en esperar a los “especialistas” provenientes de centros hospitalarios de mayor complejidad. Esta estrategia asistencial no alcanzaba para satisfacer la demanda. Esta situación desencadenó en la creación en 1985 de equipos móviles de intervención en crisis, los cuales además de intervenir en las urgencias desarrollaban intercambios con los actores de cada localidad, y brindaban instrumentos para socializar los conocimientos vinculados a la atención en salud mental. Es así que se integraban recursos no profesionales, que no poseían una formación académica y profesional o técnica surgiendo como agentes sanitarios. (Cohen y Natella 2013,48)

En 1986, se decretó la obligación de realizar internaciones por salud mental en las salas de los Hospitales Generales, en lugar de los hospitales psiquiátricos. Además, se organizó un equipo de externación y proceso de reinserción comunitaria para los pacientes internados en el hospital de Allen. Este equipo cubría un radio de 500 km y fue una experiencia pionera en la desinstitucionalización y la promoción de la salud en consonancia con las organizaciones locales. En ese marco es necesario retomar a Chiarvetti (2008) quien señala que Galli, al no poder generar transformaciones en los grandes hospitales psiquiátricos en Buenos Aires, desarrolló una intensa actividad con las provincias—sobre todo las gobernadas por el radicalismo—, logrando que al finalizar su gestión casi todas las provincias del país tuvieran la organización de una conducción de Salud Mental diferenciada al interior del área de Salud, y que este campo fuera reconocido como una problemática importante para las políticas provinciales. Por otra parte, muchas provincias⁵⁷ crearon en sus propios hospitales sistemas alternativos a los vigentes, como es el caso de Río Negro (Chiarvetti, 2008, p. 176).

Natella expresa que, si bien Galli propiciaba las transformaciones, era fundamental que los trabajadores de salud mental en las provincias desarrollaran las destrezas técnico-políticas que acompañaran la decisión institucional-estatal de llevar adelante las mismas.

“Galli era un psicoanalista, tenía claro el sentido de las transformaciones, y estaba consustanciado con la experiencia de Italia. Pero es muy difícil que las personas que no han tenido experiencias directas de internación en hospital general y con cierres de manicomio puedan liderar una reforma; no solamente es la destreza técnica, es lo actitudinal, la vivencia directa. En la época de la dictadura cívico militar las becas para hospital general eran fundamentalmente para psiquiatras. Galli era psicoanalista, y esta disciplina tuvo distintos matices en la dictadura cívico militar y en la democracia, él acompañó y el ministro de salud de Río Negro también, pero fuimos nosotros los que dijimos si no hay una decisión de cerrar el hospital psiquiátrico acá no cambia nada” (Entrevista realizada Natella por la autora 1 de agosto del 2024, Buenos Aires).

⁵⁷ La provincia de Santa Fé, en Colonia de Oliveros, redujo las internaciones de las 1250 camas existentes en el año 1984 a las casi 400 camas. La experiencia de transformación institucional desarrollada en el hospital monovalente de la Provincia de San Luis, que mediante la apertura del Hospital y el trabajo con la comunidad circundante, convierte al hospital monovalente concebido como cronicario en un hospital polivalente, especializado en la atención de patologías agudas y con un promedio de internación que apenas supera los 7 días (Pellegrini, J. 2005).

La entrevistada ha mencionado que la experiencia “lanusina” le permitió valorar la intervención en salud mental desde un enfoque interdisciplinario y comunitario heredado desde las distintas perspectivas que en las décadas del ‘50 y ‘60 se había producido; no obstante, su formación como residente durante la dictadura cívico militar sostenía un criterio predominantemente clínico, basado en la selección de pacientes. Desde esa perspectiva quienes no reunían condiciones para recibir una psicoterapia desde el enfoque clínico tradicional, eran derivados a instituciones monovalentes. Estas situaciones signaron en ella y en Hugo Cohen, también residente de Lanús, interrogantes respecto al destino de muchos de los usuarios que no se ajustaban a la oferta hospitalaria. “En ese contexto, la única certidumbre de algunos de los jóvenes en formación era la necesidad de hacer algo que terminara con un circuito cuya estación final fuera el manicomio”. (Cohen y Natella, 2013: p. 111).

Continuando con Natella, ella enfatiza:

“Los desaparecidos eran también estos, veíamos que la única manera de que pudieran realmente incluirse en la comunidad, en la sociedad, era con la desaparición del manicomio, porque en tanto el manicomio existía, el manicomio se llenaba. Pero, la democracia sí la permitió, la transformación de Río Negro. Porque un proceso ético y libertario si no tiene ese contexto, no sobrevive (...) Muchos compañeros, yo misma reciclamos nuestras militancias políticas o sociales en la militancia por la desmanicomialización como una lucha social”. (Entrevista realizada a Natella por la autora el día 30 de mayo del año 2023, Buenos Aires).

Es necesario destacar que el proceso de reforma de salud mental se realizó en momentos donde la CONADEP reunía información estratégica sobre los métodos y técnicas represivas. Además, como señala Jelin, ello también se desarrolló en el marco de producción y reconocimiento de la verdad, y como tal, de una condena simbólica de la dictadura militar, era un tiempo que daba cuenta del significado que se le daba a la noción de memoria, la idea que la experiencia vivida no debía repetirse; en ese marco se comenzó a identificar la verdad, con la recolección de toda la información sobre la represión de la dictadura cívico militar “recordar para no repetir fue surgiendo como mensaje y como imperativo cultural(...) el propio título del

informe de la CONADEP, Nunca Más, repetido también en otros informes en la región (Brasil, Uruguay, Guatemala, entre otros), proporciona una clave del clima cultural de la región, así como del sentido que se estaba dando a los actos de recordar (Jelin 2003, p. 15)

Luego, el juicio a los ex comandantes de las juntas militares fue un momento de impacto nacional e internacional de la lucha por los derechos humanos en Argentina, ya que los hechos de la represión política que para muchos habían sido interpretados de acuerdo con un paradigma de “guerra” eran juzgados de acuerdo con el paradigma de las violaciones a los derechos humanos, la ley reinstala la condición humana de la víctima. De esta manera el Estado de derecho tiene el efecto de inhibir o borrar las perspectivas políticas y morales. En ese marco Roberto Liwsky sobreviviente de la dictadura cívico militar, y presidente de CODESEDH señalaba “el juicio eliminó los testimonios fantasmas en la sociedad, y puso a las víctimas como seres humanos, las igualó al resto de los seres humanos” (Entrevista CEDES 1/10/1990).

En ese sentido el postulado imperativo de Natella, respecto a sumar al campo de la salud mental una posición más radical, con el cierre del manicomio, instancia que había quedado inconclusa en el Hospital Evita de Lanús, se inscribe en un marco discursivo que asocia a la nueva democracia con los Derechos Humanos y, por lo tanto, a las prácticas de encierro y represión, con el autoritarismo y con el pasado.

Estas cuestiones pueden observarse en el criterio que los precursores de la reforma establecían a la hora de conformar un equipo que promoviera transformaciones desde una perspectiva vinculada a los derechos humanos con enfoque interdisciplinario y comunitario.

“Buscábamos un perfil, no partidario, pero sí ideológico y en términos de lo que eran los derechos, la ética, eso era la base de nuestro proceso. Por un lado, teníamos una red de gente de Buenos Aires que eran colegas, gente que habíamos hecho la residencia, que habían sostenido la internación en hospital general durante la dictadura cívico militar. Hasta que logramos incorporar las residencias con enfoque interdisciplinario. Luego se incorporaron, operadores, voluntarios, desde una perspectiva de salud mental comunitaria. Se capacitó mucha gente desde esta lógica. Nuestra mística tenía que ver con esa militancia, que se recicló, se concentró en la desmanicomialización. (Entrevista Natella realizada por la autora el 1 de agosto del año 2024. Buenos Aires).

En ese marco Diana Jerez, relata su decisión de radicarse en Río Negro para formar parte del equipo que se estaba conformando.

“Me voy a Río Negro porque Emiliano Galende, con el cual me formé, cuando era residente me lo ofreció en 1988. Cuando fui Jefa de Residentes sabíamos que había que sacar a los militares, que seguían estando desde los Jefes de Servicio, que se resistían a los cambios. Durante la dictadura cívico militar las políticas manicomiales dentro de las instituciones nunca fueron cuestionadas. En el 85 participé del proyecto La Boca-Barracas, por iniciativa propia, una experiencia barrial de atención en crisis que lideraba Enrique Carpintero, que buscaba evitar las internaciones, eran muy cercanos con la comunidad, pero me gustaba más trabajar desde adentro de las instituciones. Terminé la especialidad y me fui en 1988. Tuve la entrevista con Hugo Cohen, que era Director de Salud Mental en Río Negro, yo a Hugo lo conocía de cuando estaba dando las residencias, y entre las cosas que él me cuenta, hay algo que me pareció maravilloso y tenía que ver con la posibilidad de un proyecto de ley. Y fue entonces cuando decidí quedarme en Río Negro, y militar la idea de una ley de salud mental para la provincia, ese fue un momento maravilloso, porque contamos con el respaldo de las organizaciones de derechos humanos, de los usuarios y de los familiares” (Entrevista realizada por la autora. Buenos Aires 13 de noviembre del año 2023)

A partir de los relatos de los trabajadores de salud mental en la provincia, se puede destacar la incorporación de una dimensión histórica y política en torno al desafío que implicaba la implementación de un nuevo programa de salud mental. En ese sentido las trayectorias personales y profesionales favorecieron la implementación de estrategias transformadoras que se fueron dando paulatinamente. Algunos de ellos llegaron a Río Negro recuperando experiencias innovadoras en Buenos Aires, otros venían desarrollando en la provincia iniciativas que interpelaban el modelo asilar/manicomial. Así se fue conformando un equipo de referentes en cada una de las zonas sanitarias de la provincia que promovía debates y producía concepciones y prácticas vinculadas a un nuevo modelo de atención. El cierre del manicomio era un camino cada vez más posible. “Se llegó a la conclusión que el manicomio no era reformable, ya que no

lograba abordar la complejidad de las necesidades de las personas con padecimientos mentales; no aseguraba el respeto por los derechos humanos” (Cohen y Natella, 2013: p. 61).

3-4 Legados de la reforma de salud mental como práctica de derechos humanos

La idea directriz que sostenía la reforma rionegrina tenía que ver con la consideración de que las personas que eran internadas por motivos de salud mental, debían ser atendidas en su medio habitual, más allá de la severidad del cuadro clínico y de la red social con la que contaran. Estas cuestiones generaron una estrategia teórico-metodológica que contempló dimensiones sanitarias, territoriales, epistemológicas, y jurídico-políticas. Algunos de sus rasgos serán desarrollados a continuación.

a) Salud mental como clínica básica del sistema de salud rionegrino

En 1984, se planteaba la necesidad de descentralizar a los profesionales de la salud mental para luego abrir Servicios de Salud Mental Comunitaria en cada hospital público de la provincia. En ese marco, el área de salud mental se sumaría como clínica básica a las cuatro especialidades que existían en el sistema de salud provincial. Esta innovación, posibilitaba la idea de una clínica ampliada que permitió la integración de la salud mental como dimensión inherente a las prácticas de la salud en general. Tal como señala Stolkiner “la persistencia del campo de la Salud Mental se justifica por la particularidad jurídica de sus dispositivos que habilitan para denegar derechos en nombre de la “enfermedad”, y bajo el supuesto de “peligrosidad”, que se desplaza de los síntomas al sujeto, transformando lo que serían momentos del proceso que requieren cuidados particulares en una característica “intrínseca” de la persona” (2012: p.23).

La estrategia implementada no implicaba una negación de las especificidades, no obstante, la incorporación de la salud mental dentro del hospital general fue un primer paso para la incorporación de las personas con padecimiento mental en procesos de trabajo que pudiesen permitir la interdisciplina, la horizontalidad y el cuidado por fuera de saberes hegemónicos y excluyentes.

b) Desarrollo de un modelo de salud mental comunitaria

Fueron ejes prioritarios de esta estrategia, la intervención en crisis y su correlato operativo y la inclusión social que contemplaba dispositivos intermedios, promoción de acceso a la vivienda y al empleo, gestionadas por los equipos de salud mental de cada localidad provincial, los cuales fueron posteriormente consignados en la Ley 2440 titulada “Tratamiento y rehabilitación de las personas con sufrimiento mental” y que fue promulgada en 1992.⁵⁸

Tal como señala Elvira (2021: p. 25), “a partir de la reforma de salud mental en la provincia, precisamente en 1986, se promulgó por decreto ministerial la apertura de camas para internación en salud mental en todos los hospitales generales de la provincia” Esta decisión política permitió el desarrollo de un modelo de salud comunitaria que posibilitó la inclusión de recursos humanos no convencionales hasta esa época en la atención de la salud mental: operadores comunitarios, agentes sanitarios, incorporando a usuarios y familiares, los y las cuales se unieron a prácticas vinculadas a desarrollar y fortalecer la red de apoyo, como asambleas comunitarias, intervenciones domiciliarias e internación en domicilios. Se incentivó la creación de asociaciones de familiares, desarrollo de cooperativas de trabajo y todo tipo de emprendimiento laboral productivo con perspectiva de autonomía.

Así, el enfoque comunitario en la provincia se materializó integrado al sistema general de salud, utilizando prioritariamente las estrategias de atención primaria, y otorgándole centralidad a las condiciones de vida de las personas, como determinante en el proceso de salud-enfermedad-cuidado, desarrollado como categoría de salud en Argentina posteriormente.

c) Nuevas categorías de nominación en el campo de la salud mental

Los cambios a nivel de las prácticas de atención requerían el diseño de nuevas categorías de nominación para las personas con padecimiento mental. Tal como señala Shiappa Pietra (2023) los equipos ubicados en las distintas localidades de la provincia debían garantizar el

⁵⁸ La Ley 2440: tratamiento rehabilitación de las personas con sufrimiento mental promulgada en 1991, establece en sus artículos 6 y 7 “La promoción laboral y el trabajo de las personas alcanzadas por la presente Ley constituyen un derecho y un recurso terapéutico, por ende, la Provincia garantizar la implementación de los medios adecuados para el acceso al trabajo, como uno de los factores esenciales tendientes a la recuperación de las personas con sufrimiento mental. La autoridad de aplicación procurará de modo permanente y concreto la recuperación de los vínculos sociales de las personas con sufrimiento mental. Asegurar el acceso - cuando no pudiera procurárselo por sí mismo - a la vivienda, educación y capacitación laboral, beneficios previsionales, salud, medicamentos y todo otro elemento necesario a este fin, como modo de garantizar la promoción humana y condiciones de vida dignas a personas con sufrimiento mental”.

seguimiento de las personas que requerían atención por salud mental tras haber sido hospitalizadas, a través de visitas domiciliarias que garantizaran la continuidad de los tratamientos. Se enfatizaba en el abandono de la categoría de cronicidad para referirse a ciertos padecimientos mentales considerados severos, lo cual implicaba tiempos prolongados de internación. En ese sentido, rescató el liderazgo de Hugo Cohen en las nuevas definiciones que requería el campo de la salud mental en la provincia, y la responsabilidad que debía asumir el equipo. “Cohen dijo hasta cansarse que la definición de crónico deriva exclusivamente de nuestra imposibilidad técnica para atender a las personas con sufrimiento mental, de nuestras limitaciones profesionales, no de algo esencial presente en las personas así calificadas como crónicas, o de padecimientos severos” (Entrevista realizada a Shiappa Pietra por la autora, el día 22 de junio del año 2023, vía zoom).

Respecto a la categoría usuarios, inusual en Argentina en ese período, Claudia Baffo Psicóloga del sistema de salud mental Rionegrino e investigadora en la Universidad Nacional del Comahue, sostiene:

“Hace más de veinte años que trabajo en salud mental en la provincia, acá se usa mucho la palabra usuario/a de salud mental, en el primer momento de la reforma la idea era dejar de nombrarlos como pacientes, como “locos” y empezar a nombrarlos como usuarios, esta cuestión tuvo la intención de rescatar su carácter de ciudadanos, de persona, y discutir con el modelo médico hegemónico en todo el proceso de atención (Entrevista a Baffo realizada por la autora el 12 de junio del año 2023).

Schiappa Pietra y Natella (2023) en entrevistas coinciden que la palabra usuario/a fue tomada de la psiquiatría democrática italiana y fue la más utilizada por los y las profesionales del campo de la salud mental.

No obstante, durante la reforma, el término utilizado para referirse a lo que tradicionalmente se denominaba enfermedad mental fue reemplazado por el término “sufrimiento mental” (Cohen y Natella 2013: p.166). Dicha denominación fue adoptada en la Ley 2440 de “Tratamiento y Rehabilitación de las Personas con Sufrimiento Mental” (Art.1) ya mencionada.

En este sentido, Cohen y Natella (1993) advierten que estas nominaciones (usuarios y sufrimiento mental), determinaban la condición de las personas que requerían atención en salud

mental como sujetos de derecho, contemplando las diversas dimensiones de sus trayectorias vitales a la hora de definir objetivos de intervención; esta perspectiva es fundamental para el campo de la salud mental con enfoque comunitario.

d) Sustitución del Hospital Psiquiátrico de Allen en Hospital General

En 1988, el hospital psiquiátrico de Allen se cerró como tal y se convirtió en hospital general. Las antiguas salas de psiquiatría, de electroshocks y de contención de pacientes “furiosos” fueron habilitadas como salas de partos, sala de radiología y quirófano (Cohen y Natella, 2013: p.47). Luego, en septiembre de 1991, se promulgó la Ley 2440 o “Ley de Promoción Sanitaria y Social para las Personas que Padecen Sufrimiento Mental”. Esta legislación prohíbe la existencia de manicomios o instituciones similares, tanto públicas como privadas, y establece la internación como último recurso. Tal como señala Natella: “Río Negro dio un paso trascendental y decidió poner fin a las actividades del primer hospital psiquiátrico de Argentina ubicado en Allen, que solía albergar entre 70 y 80 internados” (Entrevista realizada a Natella por la autora, el día 20 de septiembre del año 2022, Buenos Aires).

La estrategia de reforma e implementación de la ley⁵⁹, como mencionamos a lo largo de la investigación, requirió de un equipo en cada una de las zonas sanitarias de la provincia que promovía debates, en un momento donde en el resto del país no se habían dado reformas que incluyeran el cierre del manicomio. Por lo tanto, tal como señala Schiappa Pietra, los equipos de salud mental eran el principal garante de la transferencia de las ideas y las prácticas que sustentaban un sistema sin manicomios, por lo cual resultaba fundamental el desarrollo de los liderazgos.

Jerez (2023) señala:

“durante el cierre del manicomio y el diseño de la ley, como equipo estábamos convencidos que teníamos gran responsabilidad, debíamos demostrar que la internación en el manicomio era innecesaria, muchas veces poniendo nuestras matrículas a disposición, y respondiendo por las consecuencias. Hubo pocos casos emblemáticos, uno

⁵⁹ Es de considerar que el proyecto de ley de Río Negro antecedió la Declaración de Caracas ni la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, la cual se produjo en 2006. Existían sólo la Ley 180 de Italia y el artículo 20 de la Ley general de la Sanidad de España en el año 1986. Legislaciones fundamentales para la reglamentación de una ley inherente a la desmanicomialización. (Cohen y Natella 2013, p.92)

de ellos de un joven que mató a sus padres, y que los opositores a la ley ponían como ejemplo para no acompañar (...) eso nos llevó a campañas, capacitaciones, sensibilizaciones, convencer a otras especialidades...” (Entrevista personal realizada a Jerez por la autora el día 30 de octubre del año 2023, Buenos Aires).

A partir de los relatos de los entrevistados se puede observar, que en la provincia existieron grupos opositores a la implementación del programa de salud mental que venían trabajando en la provincia en la transición. Algunos profesionales negaban que el Hospital Psiquiátrico de Allen fuera un manicomio, otros que si bien reconocían la importancia de los cambios diferían en la metodología. Existió un debate en la provincia entre quienes planteaban que la desmanicomialización fue un movimiento desde abajo que logró legalizarse con la sanción de la Ley 2440 en 1991 y otros que subrayaban que, en su origen, el movimiento tuvo la participación de unos pocos y que la reforma fue impuesta verticalmente sin una construcción colectiva desde las bases.

Respecto al Hospital Allen como institución monovalente antes de la reforma, Baffo (2012) señala que antes del inicio del proceso de desmanicomialización las internaciones por motivos de salud mental se realizaban exclusivamente en el servicio de psiquiatría del hospital de la localidad de Allen. Si bien se trataba de un hospital general, funcionaba de hecho como hospital psiquiátrico, puesto que cumplía con las particularidades que definen a una institución total.⁶⁰

Estas controversias propias de las prácticas y condicionantes de una reforma en salud mental, se vinculaban más a cuestiones metodológicas e instrumentales que a la perspectiva conceptual e ideológica de la desmanicomialización, ya que quienes fueron actores críticos construyeron modalidades de atención en salud mental como los grupos GIA, o el proceso de transformación en la Provincia de San Luis, por fuera de la lógica manicomial, o trabajaron en proyectos de capacitación en salud mental desde una perspectiva que integraba transformaciones en el abordaje de los padecimientos mentales, en la Universidad del Comahue⁶¹.

⁶⁰ Recupero aquí la idea de Institución total de Erving Goffman (2021: pp.21 y 22).

⁶¹ Se hace referencia al Dr. Vera, quien desarrolló trabajos de Post-Grado en la Universidad del Comahue desde una perspectiva de salud mental comunitaria (Entrevista realizada por la autora 12 de abril del 2023. Vía ZOOM) y al Dr. Pellegrini, quien fue precursor de los grupos GIA y del proyecto de transformación en San Luis en 1993 (Entrevista realizada por la autora 15 de abril de 2023 vía ZOOM)

Como puede observarse, el proyecto de reforma de salud mental en Río Negro y su correlato desmanicomializador, conservaba ideas, conceptos, controversias, propias del desarrollo del campo de la salud mental en Argentina antes y durante la última dictadura cívico militar. Los trabajadores de la Salud Mental en Río Negro fueron incorporando esas producciones y experiencias de sus antecesores y produciendo cambios innovadores en la provincia a partir del advenimiento de la democracia. En esas incorporaciones pusieron en juego no sólo concepciones teóricas y metodológicas, sino también la idea de construir lo político, como aquello que puede cambiar las condiciones de vida de las personas institucionalizadas por padecimientos mentales.

Ese proceso de renovación conceptual y de compromiso con los derechos humanos, se fue definiendo en la década de los ´80 como un tiempo de proyección de la narrativa humanitaria, donde la provincia venía desarrollando distintas iniciativas desde las organizaciones de derechos humanos que habían sido reprimidas durante la dictadura cívico militar, las cuales comenzaron a reivindicar sus derechos y demandas. En ese sentido, la memoria colectiva le asignaba nuevos sentidos al proceso de reforma de salud mental, denunciando la connivencia del manicomio con la refundación democrática.

“El manicomio no respeta los derechos humanos, la desmanicomialización es sustitución, es descentralización, pero no solo de espacio físico, es descentralización de poder, de saber, es dar visibilidad a la situación de cada persona internada, darle entidad, ya no ser un NN”. (Entrevista realizada por la autora a Graciela Natella. Buenos Aires el 30 de mayo 2023)

En ese marco la desmanicomialización fue sinónimo de *Nunca Más Manicomios ni prácticas equivalentes* (Cohen y Natella, 2013: p.18).

Capítulo 4

CONCLUSIONES

En esta tesis se abordó un objeto de estudio específico del campo de la salud mental en Argentina: el proceso de desmanicomialización llevado a cabo en la provincia de Río Negro en el momento de retorno al sistema democrático en 1983 y su vinculación con el desarrollo del movimiento de derechos humanos en el país.

El tema de esta investigación, situado en el campo de los estudios de la historia reciente, contempló aquellos procesos históricos cuyos efectos atraviesan el presente y los modos en que la memoria social contribuyó a pensar procesos de transformación en las cuestiones vinculadas a la salud mental en el país. En ese sentido, se buscó identificar las incidencias e implicancias de la época conocida como “transición democrática” en el programa de salud mental implementando en Río Negro, focalizando en la trayectoria de los actores y las ideas del campo de la salud mental que intervinieron en ese proceso.

Durante el camino recorrido, la pregunta general que guio este proyecto se ocupó de indagar en la relación establecida entre el proceso de desmanicomialización llevado a cabo en Río Negro y el auge y consolidación del paradigma de los derechos humanos durante la transición a la democracia en Argentina. Además, se preguntó por las experiencias y prácticas de los actores de la salud mental en Río Negro en ese proceso entre 1983 y 1991. Estos interrogantes fueron hilando otras preguntas vinculadas al desarrollo de las organizaciones de derechos humanos en la provincia, las cuales permitieron observar cruces y distancias entre ambos campos —puntos de intersección, tensiones y consensos— que condujeron a la problematización del modelo manicomial como forma hegemónica en la atención del sufrimiento psíquico.

En este sentido, las acciones desarrolladas para tratar las violaciones a los derechos humanos cometidas por la dictadura cívico militar generaron una nueva configuración entre las prácticas, las organizaciones de derechos humanos y el campo de la salud mental. Este proceso no estuvo exento de tensiones y conflictos a nivel nacional y a nivel local. La recuperación de la experiencia rionegrina da cuenta de esos puntos de encuentro donde la cuestión de los derechos humanos adquirió una expresión singular, entendida como la lucha por la inclusión de nuevos sujetos de derecho, así como de nuevos derechos para los sujetos con padecimiento mental.

En ese marco, el primer capítulo se propuso analizar las transformaciones de las políticas de salud mental y las lógicas manicomiales en Argentina. Se realizó una breve historización de las políticas que signaron la atención en materia de salud mental y sostuvieron el encierro como práctica socialmente utilizada.

Tal como señala Foucault (1998), a fines del siglo XVIII, se crearon instituciones que tenían el objetivo de marcar una diferencia entre el tipo de sujeto que albergaban, surgiendo de esta forma establecimientos específicos para pobres y “locos”, entre otros. A partir de este momento, se comenzó a desarrollar el encierro como dispositivo, sitio en el cual adquirió gran importancia el poder psiquiátrico, poder que será sustento de la denominada institucionalización de la locura.

Desde otra perspectiva más vinculada al campo sociológico, Goffman (2006) refiere que el diagnóstico psiquiátrico imprime un “estigma social” que no se condice en términos de enfermedad, sino en un conjunto de valores negativos para el sujeto que lo porta. Esta perspectiva es fundamental en las representaciones sociales que signan lo normal y lo patológico, y la idea de peligrosidad en aquellas personas atravesadas por el estigma del diagnóstico psiquiátrico. De esta forma, a los síntomas intrínsecos a cada padecimiento, se suman aquellos que resultan de la institucionalización, lo que puede generar un sufrimiento adicional que, con frecuencia, es percibido por las personas internadas como de mayor impacto negativo que la propia enfermedad que los aqueja.

En los años posteriores a la II Guerra Mundial, se puede ubicar la aparición de movimientos de reforma psiquiátrica a nivel global. Estos nuevos procesos influyeron en la conformación de las instituciones psiquiátricas, en las modalidades terapéuticas y en la lectura que las propias sociedades hacen del tema. Argentina no fue ajena a estos procesos, creándose en 1957 las primeras residencias de salud mental, las salas de internación en Hospitales Generales, los Hospitales de Día y las Comunidades Terapéuticas. A la vez, se difundieron tratamientos que muestran la producción de nuevos espacios terapéuticos, entre los cuales el psicoanálisis adquirió una gran importancia, además del desarrollo de tratamientos grupales y de la psicología social de la mano de Pichon Riviere.

Durante el capítulo, se focalizó en dos acontecimientos de ese proceso que resultaron fundamentales para analizar la desmanicomialización: la experiencia del servicio de psicoterapia del Hospital Evita Lanús y la reconfiguración de conceptos y prácticas de la corriente

psicoanalítica que, a partir de ciertos hechos políticos como el Cordobazo, se proponían repensar el psicoanálisis y sus institucionalidades, cuestionando la hegemonía de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA).

Ambas experiencias, con sus singularidades, permitieron visibilizar y potenciar construcciones alternativas en el campo de la salud mental, así como replicarlas desde la experiencia interdisciplinaria.

Es de destacar que la experiencia del Hospital Evita de Lanús es reconocida como constituyente de la creación del campo de la salud mental en Argentina (Carpintero y Vainer, 2018). En consonancia, Visacovsky (2000) señala que el servicio conservaba un pluralismo que permitía la instalación de una concepción interdisciplinaria que afectaba, por un lado, a la vieja psiquiatría y, por otro, al psicoanálisis ortodoxo. Era la primera vez que el psicoanálisis llegaba al hospital público desde un carácter masivo, situación que expresaba una ruptura con la psiquiatría asilar

Tal como argumentaba Goldenberg, el acercamiento del hospital a la comunidad, a través del departamento de psiquiatría social, signó una ruptura con las modalidades individuales y privadas que prevalecían en la atención a los padecimientos mentales⁶².

La irrupción de la última dictadura cívico-militar tuvo efectos perdurables en la sociedad y, también, en el campo de salud mental. En el Hospital Evita de Lanús, las desapariciones, exilios y asesinatos, como así también el silenciamiento de los proyectos mencionados, permitieron consolidar un modelo de retorno a la lógica asilar-manicomial, sostenido por las prácticas represivas y autoritarias propias del nuevo gobierno.

No obstante, la dictadura cívico militar no pudo detener el proceso de renovación del campo psi que se había puesto en marcha en los '50 y '60. En el caso de la experiencia lanusina, como propuesta moderna y progresista a la psiquiatría tradicional, se constituyó en un espacio emblemático que permite advertir los modos por los cuales la memoria colectiva constituye enlaces con la historia reciente. Tal como lo ha desarrollado Visacovsky en su investigación, “el Lanús ha ofrecido la posibilidad de conocer aspectos cruciales de la historia contemporánea argentina, en especial de los modos en que la sociedad ha salido de una época signada por la violencia, el terror y la muerte” (2002: p. 329). En ese sentido, es preciso señalar que los

⁶² “Relato de mi más querida experiencia docente-asistencial”, en Primeras Jornadas-Encuentro del Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús, Trabajos pre-publicados, 1992

testimonios recogidos por esta investigación señalan a esta experiencia como pionera en la disputa por un nuevo modo de atención, que recuperan además los legados del psicoanálisis como disciplina que interpelaba la idea de “neutralidad” y permitía un mayor acercamiento a las problemáticas sociales de las personas con padecimiento mental. Estas ideas van a estar presentes en el diseño del programa de salud mental en la provincia de Río Negro en 1985.

En ese marco, Lastra (2021) demostró que, en la constitución de la atención psicosocial en la posdictadura, existió una recuperación del proceso de conformación de los equipos de salud mental que actuaron bajo la órbita de los organismos de derechos humanos y que, a partir de la década del 80, fueron entablando y constituyendo un saber específico entre distintos actores sociales, de las iglesias, las organizaciones de derechos humanos y los exiliados. Así entendemos que la elaboración de experiencias requiere de un contexto de escucha políticamente sensible a esas realidades. El surgimiento de un nuevo campo semántico de saberes sobre lo traumático se cristalizó en novedosas producciones que recuperaban concepciones que lo enriquecían, posibilitando la elaboración del duelo, deconstruyendo nociones terapéuticas tradicionales e incorporando estrategias grupales que permitían la disminución de la culpa, el develamiento de los pactos de silencio, la utilización de referencias teóricas diversas en dialogo con las ciencias sociales y el distanciamiento de la noción de neutralidad en la escucha terapéutica (Kordon y Edelman, 1986).

Este capítulo permitió establecer que la dictadura cívico militar desde sus estrategias represivas, materializadas en la persecución política y en el asedio a todo tipo de iniciativas emancipadoras, tuvo un impacto importante en el campo psi, pero no logró eliminar la circulación y el crecimiento de las producciones conceptuales que se venían dando en el campo de la salud mental. Las elaboraciones desarrolladas desde el exilio y las invenciones que requerían la intervención de los trabajadores de la salud mental en las organizaciones de derechos humanos fueron fundamentales en el sostenimiento del campo de la salud mental en Argentina. La puesta en marcha de la desmanicomialización post dictadura debió mucho a la narrativa humanitaria que permeó las prácticas asistenciales implementadas desde las organizaciones de derechos humanos en Argentina y en el exilio, en tanto favoreció un clima de época en el cual desde el campo psi se pudo rehabilitar socialmente una perspectiva centrada en las personas con padecimiento mental como sujeto de derechos universales.

En el segundo capítulo, la tesis transitó por las experiencias y los posicionamientos individuales y colectivos de las organizaciones de derechos humanos en la provincia de Río Negro, en particular, los vínculos y las trayectorias que estos actores sostuvieron entre los años '60 y '80, así como el trabajo de asistencia a las víctimas del terrorismo de Estado.

En este sentido, se buscó focalizar en los matices y las particularidades que tuvo el proyecto represivo en Río Negro, como así también el proceso de conformación del movimiento de derechos humanos en la provincia, sus vinculaciones con las organizaciones capitalinas, y las relaciones e intersecciones con el campo de la salud mental en la provincia y en el país.

Es importante recordar, que desde los organismos de derechos humanos en Argentina hubo una especial sensibilidad que les permitió vislumbrar el valor y la necesidad del acompañamiento; más aún, la importancia de un tipo de acompañamiento donde se constituyera un espacio de resguardo al sujeto, a su singular necesidad en el contexto de un proceso común de búsqueda de justicia y reparación (Calmels, 2023).

La provincia de Río Negro desarrolló un acercamiento a las víctimas y los familiares desde una perspectiva eclesial, sumando estrategias novedosas, como visitas domiciliarias y trabajo grupal, tal como se han desarrollado en los testimonios de quienes las conformaban, además de transitar alianzas, debates y distintas posturas con las organizaciones capitalinas. Este acompañamiento se resignificó en el contexto de las declaraciones de las víctimas como testigos en los juicios por delitos de lesa humanidad en todo el país y es allí donde las organizaciones de derechos humanos en la provincia empezaron a vincularse con el Comité para la Defensa de la Salud la Ética y los Derechos Humanos (CODESEDH) institución que venía trabajando desde Buenos Aires hacia las provincias, y en el caso de Río Negro brindó asistencia psicosocial, a las personas que debían testimoniar en los juicios en 1985.

En este sentido, los procesos de acompañamiento terapéutico en la provincia contaron con equipos psicosociales provenientes de CODESEDH, quienes, junto a las organizaciones de derechos humanos, buscaban que el testimonio no ocupara el lugar de una pieza más en el discurso, materializada por la prueba judicial, sino una oportunidad para el testigo de poner en palabras y dar su singular testimonio con la integralidad de la vida de cada uno, con sus dolores, sus traumas, su memoria atravesada por el dolor.

El acompañamiento psicológico de quienes debían testimoniar en los juicios por los crímenes de la dictadura cívico militar se estableció en un dispositivo de salud y de derechos

humanos en la Argentina y en la provincia, antes de que dicha instancia se constituyera en una política de Estado, como sucedió en el año 2003.⁶³

Estas experiencias de acompañamiento psicológico desde los aportes de CODESEDH en Río Negro lograron producir intermediaciones y conexiones entre dicha institución y los trabajadores de la salud mental que venían desarrollado el proceso de reforma. Además, dicha institución junto a las organizaciones de derechos humanos, fundamentalmente en la figura de monseñor Hesayne en Río Negro, se constituyeron en actores claves a la hora de establecer los consensos necesarios que requería una reforma en salud mental pionera en el país.

El tercer capítulo recorrió las experiencias que se fueron dando en el campo de la salud mental en Argentina y otras en el Cono Sur a partir del advenimiento de la democracia en 1983 y que posibilitaron la disputa, en el nuevo escenario, del establecimiento de un nuevo modelo de atención integrado a las producciones teóricas y clínicas de la transición. Desde allí, el programa de salud mental implementado en la provincia de Río Negro instituía el proceso de desmanicomialización como pionero en la historia de la salud mental en Argentina.

Las voces de los trabajadores de la salud mental implicados en el proceso de desmanicomialización que fueron entrevistados permitieron reconstruir y conocer la narrativa en la que recuperan esas experiencias del campo de la salud mental en Argentina que los habían antecedido. Si bien fue frecuente escuchar lo heroico e innovador del proceso de transformación en la provincia y su vinculación con el “advenimiento de la democracia”, el relato de las propias trayectorias en la dictadura y posdictadura, sus posicionamientos e innovaciones dan cuenta de un recorrido común, que debe mucho a la narrativa humanitaria que se fue consolidando, aun con los matices de la propias experiencias y selecciones del pasado.

En ese marco, la memoria colectiva le asignó nuevos sentidos al proceso de reforma de salud mental que recuperaba experiencias reformistas, a la vez que producía innovaciones en el campo de la salud mental provincial y que se anclaba en el nuevo marco narrativo que se conformó a partir del pacto del Nunca Más y que funcionó como núcleo de refundación

⁶³ Estos dispositivos, que surgieron desde la propia Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, primero desde un programa y, luego, desde la creación del Centro Ulloa (2003 a la actualidad), y desde allí en la creación de decenas de equipos que en cada provincia asumieron y asumen ese trabajo. Es por eso que podemos hablar de una política pública transversal y regionalizada que dejó equipos de gran valor para abordar también el acompañamiento ante otras violaciones a los Derechos Humanos en democracia, como son los hechos de violencia institucional. (Salud Mental y Pandemia dispositivos de asistencia, acompañamiento y cuidado en la Provincia de Buenos Aires. Compiladores Holc Sebastián, Julieta Médicci y Julieta Calmels. Editorial Universidad de Mar del Plata). Recuperado <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/141014> Editorial Universidad de Mar del Plata.

democrática (Franco 2022; Crenzel, 2008). Tal como lo conceptualizan Cohen y Natella en su crónica de la experiencia rionegrina, la desmanicomialización fue sinónimo de *Nunca Más Manicomios ni prácticas equivalentes* (Cohen y Natella, 2013: p.18).

En Argentina, tal como se señaló en este trabajo, la violencia perpetrada por las prácticas represivas de la dictadura cívico-militar en el campo de la salud mental hizo retroceder los procesos de reforma que se venían dando desde décadas anteriores. No obstante, como se ha demostrado, no logró su desaparición. En ese sentido, el espacio de confluencia entre un modelo de atención comunitaria interdisciplinaria que contemplara las condiciones de vida de las personas internadas se anudó a la lucha de las organizaciones de derechos humanos en la búsqueda de justicia, apelando a la memoria histórica de ambos procesos. En ese marco, la reforma en el campo de la salud mental no era posible sin el cierre del manicomio, el cual inhibía el desarrollo de una estrategia comunitaria que implicaba la accesibilidad y la integración de las personas internadas a sus grupos de proximidad, y una distribución de recursos humanos y materiales en relación con eso.

El cambio de estrategia posibilitó en Río Negro constituir el problema de la salud mental como un tema político y de derechos humanos, ya que la manicomialización revelaba la suspensión temporal de la condición de sujetos de derecho a las personas internadas. En ese sentido, el cambio en la modalidad de atención que se proponía a partir de 1985 no era posible con la coexistencia del hospital psiquiátrico como ámbito de vulneración de derechos. La desmanicomialización implicaba, entonces, la transformación de la cultura manicomial basada en una lógica autoritaria hacia una cultura de inclusión que garantizara los derechos humanos de las personas con padecimiento mental. En palabras de Natella: “El manicomio no respeta los derechos humanos”.⁶⁴

Esta tesis ha demostrado que las vinculaciones entre salud mental y derechos humanos tienen una dimensión histórica y política que ocupan un lugar importante en las políticas de desmanicomialización del presente. El cruce de ambas esferas abrevó en procesos iniciados antes de la última dictadura cívico-militar, en virtud de los cuales el campo de la salud mental en Argentina sostuvo una preocupación vinculada a la institución asilar-manicomial, a la que caracterizó como sistema de vulneración de derechos en las internaciones por motivos de salud mental. Así, algunos psicólogos, psicoanalistas, psiquiatras y trabajadores de la salud -ya en

⁶⁴ Entrevista realizada por la autora. Buenos Aires 30/5/2023.

aquel entonces - objetaban la práctica médica centrada en las patologías individuales vinculadas a la hegemonía psiquiátrica en el tratamiento de los padecimientos mentales, señalando las tensiones entre prácticas objetivantes y segregativas a prácticas subjetivantes y restitutivas de derechos.⁶⁵

Pero la dictadura cívico-militar volvió a establecer la lógica asilar manicomial, en tanto institución total (Goffman, 2012,19) que produce consecuencias negativas en la vida de las personas que en ella habitan. La subjetividad, la autonomía y la vida psíquica en esas condiciones se ven afectadas por un espacio dentro del cual las personas son ubicadas en prácticas objetivantes, homogeneizadas, aisladas de la sociedad, de sus vínculos, y privadas de toda decisión respecto de su vida cotidiana.

En ese marco, muchos de los trabajadores de la salud mental que habían realizado cambios innovadores en las décadas previas interpelando ese modelo fueron silenciados, cesanteados, exiliados y desaparecidos; pese a lo cual, sectores de nuestra sociedad, especialmente los organismos de derechos humanos dieron impulso a la búsqueda de instancias de justicia y también de reparación para las víctimas. Esto se tradujo en experiencias variadas, para las que los psicólogos y otros trabajadores de la salud mental crearon dispositivos y técnicas, y adoptaron un enfoque acorde al trabajo con esta población. Muchas de esas producciones fueron realizadas por los equipos psicosociales de las organizaciones de derechos humanos en Argentina durante la transición a la democracia, mientras que otras se desarrollaron desde el exilio, dando continuidad y a la vez renovando saberes que se venían produciendo en Argentina antes de la dictadura cívico-militar.

La provincia de Río Negro no fue ajena a estos procesos, destacándose por la incorporación de equipos psicosociales de acompañamiento a las víctimas de la represión en los momentos en que estos debían testimoniar como querellantes en los juicios que signaron el cambio de régimen. Por ello, la desmanicomialización se inserta en un marco discursivo que asocia a la nueva democracia con los derechos humanos y a las prácticas de encierro y opresión con el autoritarismo y con el pasado.

Desde esa perspectiva, se puede entender la inscripción del postulado imperativo del equipo que desarrollaba la reforma de salud mental durante la transición respecto a sumar una

⁶⁵ Se propone, una práctica integral que incorpora la dimensión subjetiva, histórica y social tanto en el abordaje de poblaciones como de sujetos singulares. Práctica que se desplaza de la ontología de la enfermedad del sujeto, hacia una clínica ampliada que requiere de nuevos modos de gestión del trabajo en salud (Stolkiner 2012).

posición más radical en este campo, que se materializó con el cierre del manicomio, un logro que contrasta con el proceso que había quedado inconcluso en el Hospital Evita de Lanús. No se trataba solamente de echar a andar nuevas definiciones y prácticas para comprender y atender la enfermedad mental. Se trataba de un cambio en la definición misma del objeto: la salud mental enraizada en la narrativa humanitaria, lo que la imbricaba al campo de los derechos humanos. En ese sentido, las personas internadas en el hospital psiquiátrico eran los desaparecidos de la democracia, perspectiva que permite adscribir el desarrollo del proceso de desmanicomialización como política de derechos humanos.⁶⁶

Como se ha dicho, los cambios implementados por los trabajadores de la salud mental en la provincia de Río Negro a partir de la década del '80 estuvieron enlazados en un entramado de saberes, prácticas y dispositivos que fueron constituyentes en la construcción de un campo de la salud mental en Argentina a fines de los '50 y '60. Estos aportes fueron incorporados en el Programa de Salud Mental en la provincia, contando además con el desarrollo de una política nacional que propició la reforma.

A pesar de ser pionera, la desmanicomialización rionegrina fue valorada en el campo de la salud mental en Argentina en el momento que las organizaciones de derechos humanos instituyeron una nueva configuración de sus prácticas (Raffin, 2006: p.208), involucrando a otros sectores de la sociedad, entre ellas de las personas con sufrimiento psíquico.⁶⁷

⁶⁶ Esta tesis desarrolla la intersección entre el campo de la salud mental con el campo de los derechos humanos, contemplando las particularidades de la historia reciente Argentina en esa conformación. Es de considerar que el discurso de los Derechos Humanos, que generalmente se asocia a los padecimientos mentales, se los vincula a la Declaración Universal de los Derechos Humanos en la posguerra (1949). Stolkiner va a problematizar estas definiciones, considerando que carece de una perspectiva situada para el análisis de la realidad Latinoamericana. En el contexto de un mundo bipolar donde antagonizaban dos modelos de organización societal, los derechos humanos se convirtieron en uno de los recursos discursivos del bloque capitalista occidental en su accionar político y militar. De sus dos polos posibles -el uno con eje central en los derechos civiles y políticos individuales y el otro en los derechos colectivos y sociales- se sostuvo como discurso fundamental el primero. En ese marco, en la misma raíz de la conceptualización de Derechos Humanos subyacen concepciones distintas y potencialmente contradictorias. Una de ellas se construye sobre una concepción "universal" abstracta de lo humano. En su origen ligada al de los Estados modernos, esta conceptualización de derechos generó, por su propia necesidad, las "excepciones". Formaba parte de las ideas de aquellos que constituyeron el mundo moderno y conllevaba la posibilidad de la exclusión de algunas "formas humanas", a pesar del discurso de la universalidad. Quedaron así exceptuados los "distintos" que no respondían al modelo de occidental los "locos", privados de la razón necesaria para el ejercicio de la libertad, junto con las mujeres, los niños, los pueblos colonizados, los asistidos por la lógica filantrópica y los diversos en general (Stolkiner y Ardila 2012).

⁶⁷ La publicación del informe "La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos" del CELS devela las condiciones de vida de los sujetos internados en grandes instituciones monovalentes de Argentina. Este informe, además de sistematizar la violencia institucional hacia las personas con padecimiento psíquico en los hospitales psiquiátricos argentinos, permite la instalación de la problemática en la agenda del Estado, movilizándolo a

Hasta entonces, la reforma rionegrina, si bien fue reconocida, no había logrado extenderse para alcanzar una política nacional.⁶⁸ Al ser una experiencia primeriza, la falta de desarrollo de políticas alternativas al manicomio desde los diferentes ámbitos gubernamentales, particularmente el ámbito nacional, obstaculizó el desarrollo de una posición que pudiera ser debatida, confrontada o enriquecida con otras experiencias de desinstitucionalización.

En ese marco, las tensiones y los choques ideológicos o interpretativos que subyacen en el discurso y la práctica de los diferentes actores analizados en esta tesis han conducido a la conclusión de que las situaciones de mayor conflictividad estuvieron vinculadas a los modos de conducir la reforma, los liderazgos y las cuestiones metodológicas en su implementación. Por el contrario, los fundamentos que promovieron la creación de un sistema de salud mental con enfoque de derechos, sostenido desde un enfoque interdisciplinario y comunitario, no fueron cuestionados.

Recuperando a Jensen (2010), podríamos preguntarnos si la jerarquización de la historia local y regional, en este caso, de una experiencia pionera en una joven provincia en la década del ‘80, hubiera podido signar interrogantes a escala nacional que hubiesen acelerado procesos que se dieron en Buenos Aires dos décadas después. Este análisis nos permite complejizar la reflexión sobre los modos a través de los cuales ciertas demandas llegan a ser socialmente reconocidas y legitimadas, siendo necesario, además, apelar a la influencia que entablan las víctimas con diferentes tipos de profesionales, técnicos, especialistas socialmente reconocidos como expertos (abogados, psicólogos, cientistas sociales, antropólogos forenses, médicos, biólogos, etc.) en virtud de sus conocimientos específicos y sus áreas de influencia (Zenobi, 2023).

La situación comenzó a cambiar con el nuevo siglo. Tal como señala Victoria Martínez⁶⁹, en el momento que se empezó a redactar la Ley Nacional de Salud Mental en el país, cuyo desarrollo empezaba a delinearse en 2007 de la mano de la publicación del informe del CELS y de la militancia de las organizaciones de derechos humanos, se dio un “revisionismo histórico”

diversos actores, entre ellos las organizaciones sociales y de derechos humanos, en el diseño e implementación de la Ley de Salud Mental y Adicciones a nivel nacional (26657) (Faraone y Barcala 2021).

⁶⁸Es de destacar, asimismo, que, en el momento de su implementación, el programa rionegrino no contaba con el aval normativo que tiene en la actualidad. Se hace referencia a los tratados internacionales: la Declaración de Caracas (OPS/OMS, 1990); el Informe Mundial de la Salud (OMS, 2001); la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006); también a la Ley Nacional 26657 (2010) y el nuevo Código Civil (2014).

⁶⁹ Entrevista realizada por la autora. Buenos Aires. 27/9/2024.

que permitió recuperar la experiencia rionegrina, entre otras experiencias, integrándola a los postulados de la Ley 26657.⁷⁰

Un aporte sustancial de la reforma rionegrina fue dar cuenta de los procesos que anteceden el cierre del manicomio y resultan fundamentales para garantizar los derechos de las personas internadas: la apertura de internación en hospitales generales, la creación de casas de medio camino y cooperativas de trabajo, la capacitación a promotores de salud, la red de usuarios y familiares, y los recursos necesarios para integrar la red de servicios comunitarios.

También es importante considerar los modos por los cuales los pioneros de la desmanicomialización lograron construir posiciones de poder dentro del campo de la salud mental que les permitió integrar la estrategia provincial a la nacional. Dicha modalidad estuvo caracterizada por la conformación de consensos con organismos internacionales, organizaciones sociales, autoridades políticas y, fundamentalmente, a la incorporación de usuarios y familiares como parte de un sistema que disputaba un modelo de cuidado integral a las problemáticas de sufrimiento psíquico en Argentina.

En ese marco, esta tesis recuperó el proceso histórico de la construcción del campo de la salud mental en Argentina actual, configurado a partir del encuentro, por un lado, entre los saberes psi contruidos antes y durante la dictadura cívico militar por los trabajadores de la salud mental y, por el otro, el movimiento de derechos humanos con su narrativa humanitaria, incorporando además la experiencia local rionegrina de desmanicomialización, cuyo proyecto de transformación alcanzó escala nacional en la medida que se fueron ampliando espacios de lucha de las organizaciones de derechos humanos y de los usuarios de la salud mental a partir del retorno a la democracia en 1983 hasta entrados los años 2000.

A partir de estas contribuciones, se considera importante impulsar una política de investigación en salud mental que incorpore la existencia de unidades académicas enlazadas a las prácticas sociales locales, posibilitando, tal como señala Stolkiner (2019: p.121) una reconceptualización de la praxis del campo de la salud mental que problematice el debate sobre el objeto en ámbitos más amplios.

⁷⁰ Es importante mencionar que Río Negro fue la primera ley de la región y de las Américas que menciona la sustitución y cierre del manicomio. Ley 2440. La visibilización de ese proceso se da en 1994 donde se realiza en Viedma un Congreso que anuncia la primera ley en el país “De Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental”, dando un marco legal al programa de salud mental rionegrino (2440) Asisten personalidades de Brasil, Chile y el resto del país. Este encuentro otorga reconocimiento a la reforma, y permite que quienes a llevaron a cabo empiecen un camino de difusión en el país y en la región. (Entrevista realizada a Cohen y Natella 1/8/2024)

En línea con esta vacancia, se advierte la necesidad de incorporar a los programas de estudio vigentes en las universidades nacionales el enfoque comunitario como parte de una formación integral e integrada a las necesidades de las personas con padecimiento mental. Se sostiene la necesidad de una nueva formación académica que tienda a la democratización epistémica, incorporando instrumentos conceptuales y operativos desde las trayectorias de las organizaciones sociales, de derechos humanos y red de usuarios. Dicha revalorización asumiría directamente la dimensión política que subyace a la conformación del campo de la salud mental en Argentina, que en sus procesos históricos situó los padecimientos mentales en el campo de los derechos humanos.

Desde el punto de vista de las políticas públicas, la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en 2010 implicó un avance fundamental respecto al reconocimiento de los derechos de las personas con padecimiento mental. No obstante, su implementación ha mostrado déficits respecto al funcionamiento efectivo de dispositivos que puedan reconvertir las viejas prácticas, los circuitos administrativos y la recepción apropiada de la persona con padecimiento mental en los hospitales generales. Esto se da, en algunos casos, por no contar con capacitación y, en otros, por no poseer la infraestructura adecuada. La situación que se presenta interpela a las políticas públicas del Estado en la necesidad de reconvertir los recursos invertidos en la internación manicomial hacia servicios ambulatorios locales y estrategias alternativas, que involucren partidas destinadas a la salud mental.

En este contexto, resultará interesante, para futuras investigaciones, indagar en los procesos que ha iniciado la provincia de Buenos Aires desde el año 2021 a través del programa “Buenos Aires libre de manicomios”, implementado por la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias del Ministerio de Salud de la provincia. El programa se propone la sustitución de los hospitales psiquiátricos, a través del fortalecimiento de la atención en hospitales generales y la creación de dispositivos de base comunitaria y territorial que hagan posible la continuidad de cuidados de la persona con padecimiento mental. En ese sentido, el Ministerio de Salud se propone jerarquizar el campo de la salud mental, otorgándole un carácter intersectorial, interministerial y participativo de acuerdo con el marco normativo vigente.

El programa rionegrino adquiere mayor relevancia en tanto guarda analogías con la experiencia bonaerense actual respecto a las modalidades de intervención y, fundamentalmente, a la recuperación de las políticas de memoria que producen nuevas configuraciones y sentidos a las

prácticas de salud mental. Tal como señala Calmels, “el abandono de las personas internadas en los cuatro manicomios de la provincia generó que no tengan DNI, que en muchos casos no conozcamos sus nombres, ni su país de origen, avanzar hacia una provincia libre de manicomios es una deuda histórica”.⁷¹

En un mundo globalizado, donde las lógicas neoliberales y el ascenso de los discursos de odio interpelan a la Argentina y a la región, se torna fundamental continuar los estudios sobre la memoria como práctica colectiva de rememoración, intervención política y construcción de una narrativa multifactorial que posibilite que el campo de la salud mental, acechado por corporaciones farmacológicas y políticas negacionistas de los derechos humanos, sostenga la experiencia de desmanicomialización como un legado de la historia reciente en Argentina.

⁷¹ Recuperado <https://www.pagina12.com.ar/556231-desmanicomializar-para-recuperar-derechos>

ENTREVISTAS

Entrevistas propias realizadas para esta investigación:

Baffo, el día 12 de junio del año 2023, vía Zoom.

Carpintero, el día 6 de septiembre del año 2022, vía Zoom.

Cattaneo, el día 2 de julio del año 2023, vía Zoom.

Jerez, el día 13 de noviembre del año 2023, Buenos Aires.

Jerez, el día 30 de octubre del año 2023, Buenos Aires.

Liwsy, el día 4 de abril de 2024, en Buenos Aires.

Martínez, el día 1 de octubre del año 2024, en Buenos Aires.

Martinez, el día 27 de septiembre del año 2024, Buenos Aires.

Meilan, el día 14 de marzo del año 2023, vía Zoom.

Meilan, el día 28 de agosto de 2023, Vía Zoom.

Natella, el día 20 de noviembre del año 2022, en Buenos Aires

Natella, el día 20 de septiembre del año 2022, vía Zoom.

Natella, el día 22 de julio del año 2022, Buenos Aires.

Pellegrini, el día 15 de abril de 2023. Vía Zoom.

Pellegrini, el día 15 de abril del año 2023, vía Zoom.

Schiappa Pietra, el día 26 de agosto del año 2023 Vía Zoom.

Schiappa Pietra, el día 29 de junio del año 2023, Vía Zoom.

Vera, el día 12 de abril del año 2022, vía Zoom.

Entrevistas consultadas

Labrune, N. (2022). Entrevista realizada por Eugenia Cattaneo s/f. Viedma, Casa de la Memoria “Bachi Chironi” Archivo Provincial de la Memoria Río Negro. Recuperado: https://drive.google.com/file/d/1dpkrOP0k750JzhVAMIqBlQyo_rPkxklp/view?usp=sharing.

Maders, G. (2018) Entrevista realizada por Eugenia Cattaneo y Torres Molina Viedma, Casa de la Memoria “Bachi Chironi”. Recuperado https://drive.google.com/file/d/16wB61PJ6WgLrxioG0ULU2Dv0Dh3U2jXf/view?usp=drive_web.

Pellegrini, Juan. (2019). Entrevista realizada por Carlos Satagno. Revista Vertex P. 308-315.

Galli, V. (2019). Revista Salud Mental y Comunidad. N° 7.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aboy, C. (2004). *Parque Norte o la doble ruptura alfonsinista*. Buenos Aires, Edhasa.
En: Novaro, Marcos; Palermo, Vicente. *La historia reciente*. Argentina en democracia.

Águila, G. (2014). *La Universidad Nacional de Rosario en dictadura (1976-1983): depuración, “normalización” y reestructuración institucional*. En PolHis, año 7, núm. 14, julio-diciembre de 2014, pp. 145–178.

Alberdi, J. (2003). *Reformas y contrarreformas, políticas de salud mental en la Argentina*. Universidad Nacional de Rosario. UNR Editorial.

Alonso, L. (2011). *Luchas en plazas vacías de sueños*. Movimiento de Derechos Humanos, orden local y acción antisistémica en Santa Fe. Rosario. Prohistoria Ediciones.

Alonso, L. (2014). *Vaivenes y tensiones en la institucionalización de las memorias sobre el Terror de Estado. El caso de Santa Fe, Argentina, entre 1983 y la actualidad*. En: Cuadernos De Historia. Serie Economía Y Sociedad, (12), 35–70.

Amarante, P. (2006). *Locos por la Vida. La trayectoria de la Reforma Psiquiátrica en Brasil*. Ciudad autónoma de Buenos Aires. Ed. Madres de Plaza de Mayo.

Amarante, P. (2019). *Súper el manicomio: salud mental y atención psicosocial*. 2ª Ed ampliada. -Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Topia Editorial.

Azconegui, M. (2012). *De madres de desaparecidos a Madres de Plaza de mayo 1976-1983. El 'arcón' de la Historia Reciente en la Norpatagonia argentina*. Orietta Favaro y Graciela Iuorno (eds.). *Articulaciones de poder, actores y espacios de conflicto, 1983-2003*, Buenos Aires, Biblos, 2012.

Azconegui, M. (2019). *Revisitando los “azos”: nuevas miradas sobre un objeto de estudio clásico*. Revista de Historia, N° 20, pp. 54-59 Departamento de Historia, Facultad de Humanidades, Universidad Nacional del Comahue. ISSN-e 2591-3190 <http://revela.uncoma.edu.ar/htdoc/revele/index.php/historia/index>.

Azconegui, M. (2021). *La resistencia neuquina frente a la escalada represiva y el terrorismo de Estado*. Noemí Labruno y la lucha por los derechos humanos compilación de Juan Pablo Bohoslavsky; editado por Juan Pablo Bohoslavsky. (p. 35-40) Neuquén: EDUCO - Editorial Universitaria del Comahue.

Baffo, C. (2012). *Desmanicomialización en Río Negro: logros, obstáculos y nuevos desafíos. La perspectiva de los trabajadores a 25 años de la reforma en salud mental “Desmanicomialización en Río Negro: logros, obstáculos y Mental”*. Tesis de Maestría en Epidemiología, gestión y políticas de salud. Buenos Aires, Universidad Nacional de Lanús.

Balmaceda R. (2011). *Patrimonio cultural de la salud, identidad y calidad de vida. La resignificación activa del valor identitaria del ‘Hospital Común Regional de Allen’, Río Negro, Patagonia norte, como patrimonio cultural de la salud*. Calidad de vida – Universidad de Flores Año III, Número 6.

Bandieri, S. (2021). *Microhistoria, Microanálisis, Historia Regional, Historia Local. Similitudes, diferencias y desafíos teóricos y metodológicos: Aportes desde la Patagonia*. En Anuario del Instituto de Historia Argentina, mayo-octubre 2021, vol. 21, núm. 1, e133.

Baremblyt, G. (1988). *Saber, poder quehacer y deseo*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.

Basaglia, F. (2013). *La Condena de ser Loco y Pobre. Alternativas al manicomio*. 2ª ed.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Topia Editorial.

Belvis, M. (1990). *Salud mental: en busca de una ley. El eje de la polémica en torno a la nueva normativa se centra en la existencia o no de institutos manicomiales*. Diario El Regional. Artículo publicado el 3 de agosto.

Bohoslavsky, J. (2021). *Lo individual y lo colectivo*. Noemí Labrune y la lucha por los derechos humanos compilación de Juan Pablo Bohoslavsky; Neuquén: EDUCO - Editorial Universitaria del Comahue.

Bourdieu, P. (2002). *Campo del Poder y Campo Intelectual*. Itinerario de un Concepto. Buenos Aires. Editorial Montessor Jungla Simbólica.

Broide, A. (2016). La Brancaleone. *Teoría y prácticas Desmanicomializadoras*. (p. 89-101) Río Negro. Kuruf Editorial.

Calmels, J. y Sanfelippo, L. (2019). *Trabajos de subjetivación en torno a la última dictadura. Herramientas conceptuales para el pensamiento y la acción*. Teseo. Buenos Aires.

Calmels, J. (2023). *Anudaos la práctica: equipo de acompañamiento y experiencia en territorio bonaerense*. Subsecretaría de Derechos Humanos de la Provincia de Buenos Aires.

Compilación de Eliana Morrone; Marina Vega; director editorial Pablo Rosler. 1ª ed.-La Plata: MEVEJU.

Holc S., Médicc J. y Calmels. J. (2022) *Salud Mental y Pandemia dispositivos de asistencia, acompañamiento y cuidado en la Provincia de Buenos Aires*. Editorial Universidad de Mar del Plata. Recuperado <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/141014> Editorial Universidad de Mar del Plata.

Canelo, B. (2008). *Dirigentes de migrantes andinos, empleados y funcionarios públicos ante el Estado”. Una mirada desde abajo para comprender procesos políticos locales. Ciudad de Buenos Aires, Argentina*. En: Cuadernos de Antropología Social N° 27, pp. 175–182, 2008 FFyL – UBA – ISSN: 0327-3776.

Cantuñir N. (2021). *La antesala del destierro. La Fundación de Ayuda Social de las Iglesias Cristianas ante la “experiencia traumática” del exilio chileno*. En Lastra Soledad (comp.) *Exilios y salud mental en la historia reciente*. (pp107-200) Buenos Aires, Ediciones UNGS. Universidad Nacional de General Sarmiento.

Carpintero, E y Vainer A. (2004). *Las Huellas de la Memoria I: Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los 60 y 70*. Editorial Topia. p 85-121.

Carpintero, E. y Vainer, A. (2018). *Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los 60 y 70*. Tomos I y II, Editorial Topia, 2ª ed. Bs. As.

Castel R. (1980). *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. Madrid: Ed. de La Piqueta.

CELS. (2007). *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental en Argentina*. Disponible en: http://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri_cels.pdf CELS Y Mental Disability Rights International.

CELS. (2021). *Salud Mental: la historia del trabajo del CELS Buenos Aires*. Editorial: CELS. Recuperado. <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2021/01/salud-mental-historia-del-equipo.pdf>.

Chama, M. (2016). *Compromiso político y labor profesional, estudios sobre psicólogos y abogados en los primeros setenta*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Libro digital, PDF: Archivo Digital: descarga y online ISBN 978-950-34-1306-7.

Chiarvetti, S. (2008). *La reforma en salud mental en argentina: una asignatura pendiente. Sobre el artículo: hacia la construcción de una política en salud mental*. Secretaría de Ciencia y Técnica. Universidad ISALUD. Buenos Aires. Revista Argentina de Clínica Psicológica XVII p.p. 173-182 © Fundación AIGLE. [cienciared.com.ar/ra/doc.php? n=1532](http://cienciared.com.ar/ra/doc.php?n=1532).

Cohen, H. y Natella, G. (2013). *La desmanicomialización: crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Buenos Aires, Lugar Editorial.

Cornaglia, C. (2011). *Construcción y destrucción de la salud pública en la Histórico (1957-1994)*. en Carlos La Serna y José A. Gomiz (Compiladores).

Crenzel, E. (2008). *Historia política del Nunca Más*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Di Nella Y. (2012). *Inclusión Mental: Políticas públicas con enfoque de derechos*. Ciudad de Buenos Aires. Editorial Koyatun.

Elvira, M. (2021). *Desmanicomialización con participación comunitaria. La experiencia del centro cultura camino abierto*. 1ª ed.-Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Topia Editorial.

Falcone, R. (2011). *Genealogía de la locura: Discursos y prácticas de la alienación mental en el positivismo argentino (1880-1930)*. Buenos Aires: Letra Viva Editorial.

Faraone, S. y Barcala A. (2020). *A diez años de la sanción de la ley de salud mental Coordinadas para una cartografía posible*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo.

Feld C. y Franco M. (2015). *Democracia Hora Cero. Actores políticas y debates en los inicios de la pos dictadura*. Ciudad de Buenos Aires Fondo de Cultura Económica.

Fernández M. (1992). *Homenaje al Dr. Mauricio Goldenberg*. Primeras Jornadas Encuentro del Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús: 35 años. Sede Colegio Nacional Buenos Aires (28, 29, y 30 de agosto de 1992) Biblioteca del Hospital Evita de Lanús. Recuperado:

https://drive.google.com/file/d/19rmB_MaPElEwBOwt_Uu_3sjbpcl97bq8/view?usp=sharing

Foucault M. (1996). *La voluntad de saber*. México: Siglo XXI.

Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de Cultura Económica Colombia.

Foucault, M. (2016). *La sociedad punitiva: Curso en el College de France (1972-1973)*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Franco P. (2016). *Historia de la Salud Mental en Río Negro*. En Schiappa Pietra et.al., La Brancaleone. Teoría y prácticas Desmanicomializadoras. (p. 21-46) Río Negro. Kuruf Editorial.

Franco, M. y Levín, F. (comp.) (2007). *Historia reciente. Perspectivas y desafíos para un campo en construcción*. Buenos Aires: Paidós.

Franco, M. y Lvovich, D. (2017). *Historia Reciente: apuntes sobre un campo de investigación en expansión*. En: *Boletín del Instituto de Historia Argentina y americana "Dr. Emilio Ravignani"*. Tercera serie, núm. 47, segundo semestre de 2017, págs. 190–217.

Franco, M. (2018). *El final del silencio: dictadura, sociedad y derechos humanos en la transición*. Buenos Aires: FCE.

Franco, M. (2023). *La transición de 1983, 40 años después: un dilema intergeneracional*. Conferencia de apertura de XIX Jornadas Nacionales y VIII Internacionales de Enseñanza de la Historia. A 40 años de democracia en Argentina: enseñar historia en tiempos de polarización y apatía, septiembre de 2023, Buenos Aires, Argentina.

Galende, E. (1994). *Psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*. 3° ed. Buenos Aires Editorial Paidós.

Galende, E y Kraut A. (2006). *El sufrimiento mental: El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires. Lugar Editorial.

Galende, E. (2020). *A diez años de la Sanción de la Ley Nacional de Salud Mental*. Coordenadas para una cartografía posible. (Prologo) En Faraone y Barcala (p.13-19). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Teseo.

Galli, V. (2006). *Trabajo clínico, terrorismo de Estado y futuro de los psicoanalistas. En Puget, et al Violencia de Estado y psicoanálisis*. (p. 145-158) Buenos Aires. Lumen.

Galli, V. (2019). *Salud mental y derechos humanos en los servicios territoriales y en Juicios de Lesa Humanidad*. Revista Salud mental y comunidad. Año 6, N°7 | Comité Editorial Centro de Salud Mental Comunitaria ISSN 2250-5768.

Geertz, C. (1993). *Descripción densa: Hacia una teoría interpretativa de la cultura*. (Cap. 1) Barcelona: Gedisa.

Gerlero, S. y Augsburg, C. (2012). *La Salud Mental en Argentina, tensiones y desafíos*. 1ª ed.-Rosario: Laborde Libros Editor.

Gilman, C. (2003). *Entre la pluma y el fusil*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Siglo XXI Editores.

Goffman, E (2006) *Estigma. La identidad deteriorada* “Buenos Aires-Madrid. Amorrortu Editores.

Goffman, E. (2012). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. - 2ºed., Buenos Aires, Amorrortu.

Goldenberg, M. (1984). *Lineamientos Generales para el Plan Nacional de Salud Mental*. Está disponible en la biblioteca de la Facultad de Psicología UBA. Servicios de Referencia. Signatura J.07.

Goldenberg, M. (1992). *Relato de mi más querida experiencia docente-asistencial*. Primeras Jornadas Encuentro del Servicio de Psicopatología del Policlínico Lanús. 35 años. (p.16) Recuperado Archivo Histórico del HIGA Lanús. Recuperado https://drive.google.com/file/d/19rmB_MaPElEwBOwt_Uu_3sjbpcl97bq8/view?usp=sharing

Gorini, U. (2015). *La rebelión de las madres: Historia de las Madres de Plaza de Mayo*. Tomo I Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Biblioteca Nacional.

Grimson, R. (1983). *La Cura y la Locura*. Buenos Aires. Ediciones Búsqueda.

Guber, R. (2012). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Revista de Antropología Social, vol. 21, 2012, pp. 304-306 Universidad Complutense de Madrid.

Jelin, E. (2000). *Memorias en conflicto*. En: Revista Puentes, Año 1, N°1 Recuperado.https://www.comisionporlamemoria.org/archivos/jovenesymemoria/bibliografia_web/memorias.html.

Jelin, E. (2002). *Los trabajos de la memoria*. Madrid: Siglo XXI.

Jelin, E. (2003). *Los derechos humanos y la memoria de la violencia política y la represión: la construcción de un campo nuevo en las ciencias sociales*. Buenos Aires. IDES, Instituto de Desarrollo Económico y Social. Cuadernos del IDES no. 2. ISSN 1668-1053.

Jelin, E. (2015). *Certezas, incertidumbres y búsquedas: El movimiento de derechos humanos en la transición*. en Feld y Franco, Democracia Hora Cero. Actores políticas y debates en los inicios de la pos dictadura. (Cap.5) Ciudad de Buenos Aires Fondo de Cultura Económica.

Jelin, E. (2017). *La lucha por el pasado. Cómo construimos la memoria social*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Jensen, S. (2010). *Diálogos entre la Historia Local y la Historia Reciente en Argentina. Bahía Blanca durante la última dictadura militar*. XIV Encuentro de Latinoamericanistas Españoles: congreso internacional, Santiago de Compostela, España. Pp.1426-1447.

Kaufman, S. (1998). *Sobre violencia social, trauma y memoria*. Trabajo presentado al seminario Memoria colectiva y represión, Montevideo, En revista Temas de Psicoanálisis. Núm. 11 –<https://www.scribd.com/document/170973344/Kaufman-Violencia-Trauma-y-Memoria>.

Kohl, A. (2006). *Higienismo argentino. Historia de una Utopía. La salud en el imaginario de una época*. Buenos Aires. Editorial Dunken.

Kordon, D. (1984). *Efectos de la represión, la dimensión del psíquico*. Asamblea Permanente por los Derechos Humanos. Archivo Provincial de la Memoria

Kordon, D. (1986). (coord.) Lucila I. Edelman y Equipo de Asistencia Psicológica de Madres de Plaza de Mayo. *Efectos psicológicos de la represión política*. Buenos Aires. Biblioteca. Memoria Abierta. 323.49 E27.

. 2920 428398. Secretaría de Derechos Humanos – Misiones Salesianas 20-Viedma. Río Negro.

Kordon, D. y Edelman L. (2023). *Superar el trauma en colectivo*. En Hernando Almudena, Trauma, herencia, palabra y acción colectiva. (p. 103-130) Madrid. Traficantes de Sueños Editorial.

Lastra, M. (2019). *Dejar de ser síntoma con el silencio: la inscripción del exilio-retorno en el campo de la salud mental en la posdictadura argentina (1983-1986)*. Instituto de Altos Estudios Sociales, Universidad Nacional de San Martín / Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas — Buenos Aires, Argentina. Recuperado <http://www.scielo.br/pdf/tem/v25n2/1980-542X-tem-25-02-496.pdf>.

Lastra, S. (Comp.). (2021). *Exilios y salud mental en la historia reciente*. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.

Lastra, S. (2023). *Salud mental y derechos humanos: La territorialización de un nuevo saber sobre el terrorismo de Estado y sus efectos*. Centre de Recherches sur les Mondes Américains. Recuperado <https://journals.openedition.org/nuevomundo/92420>.

Liwaki, N. (1990). entrevista Revista CEDES. En Jelin, E *¿Víctimas, familiares o ciudadano/as? Las luchas por la legitimidad de la palabra*. CONICET-IDES. Recuperado https://historiapolitica.com/datos/biblioteca/campoddhh_jelin.pdf.

Magaldi, F. (2021). *El exilio de Gregorio Baremlitt entre Buenos Aires y Río de Janeiro: salud mental y política durante las últimas dictaduras cívico-militares argentina y brasileña*. En S. Lastra (Comp.). *Exilios y salud mental en la Historia reciente (67-94)*, Los Polvorines: UNGS.

Manzano, V. y Sempol, D. (2020). *Volver a los ochenta*. *Contemporánea*. 10(1), 11–18. Recuperado a partir de <https://ojs.fhce.edu.uy/index.php/cont/article/view/636>.

Martínez V. (comp.) (1987). *Movimiento Solidario de salud mental. Terrorismo de Estado. Efectos Psicológicos en los niños*. Editorial Punto Crítico.

Mereb, A. (2018). *El movimiento de derechos humanos y la construcción de las memorias de la represión en clave local. La resistencia “jipuche”*. en *El Bolsón de la posdictadura argentina*. En Nuevo Mundo Mundos Nuevos. ISSN-e 1626-0252.

Mereb, A. (2022). *La memoria del terrorismo de Estado ante la avanzada neoliberal a escala local: la experiencia de la Comarca Andina del paralelo 42°*. *Patagonia argentina*. En Argumentos. Revista de crítica social, núm. 26, octubre de 2022, pp. 299–328.

Mereb, M. (2023). *¿Paraíso mágico y natural?: Historia y memorias de la represión política en El Bolsón (1974-2012)*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación; Posadas: Universidad Nacional de Misiones; Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento. (Entre los libros de la buena memoria; 36). Recuperado de <https://libros.fahce.unlp.edu.ar/index.php/libros/catalog/book/229>.

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación Argentina, *Cuadernillo orientativo dirigido a profesionales de la salud mental*. Colección: Derechos Humanos para Todos. Recuperado http://www.jus.gob.ar/media/1129094/10-dhpt-consecuencias_salud_mental.pdf.

Miñarro, A. (2023). *El hilo infinito del genocidio español*. En Hernando Almudena, Trauma, herencia, palabra y acción colectiva. (p. 131-159) Madrid. Traficantes de Sueños Editorial.

Murekian, N. (1993). *Percepción social de la salud mental: una encuesta social en ciudad de Viedma, provincia de Río Negro, Argentina (1992)- Primeros avances*. VII Seminario transcultural de Psiquiatría Cultura y situación psicosocial en América Latina, Universidad de Hamburgo, Alemania, septiembre 1993 (copia en ACPSM).

Murekian, N. (2006). *Salud mental y representaciones sociales: estructuras, procesos y contextos. De la desmanicomialización y sus impactos representacionales en población adulta y en grupos de expertos. Ciudad de Viedma y Ciudad de Buenos Aires.* Tesis, Facultad de Psicología, UBA, en <http://biblioteca.psi.uba.ar/cgi-bin/koha/opac-retrieve-file.pl?id=634394a58528d350c6a853311790e479>.

Nun, J. y Portantiero, J. (1987). *Ensayos sobre la transición democrática en la Argentina.* Cap. II. Buenos Aires. Punto Sur Editores.

Nunca más. (2017). *Informe sobre a Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas.* 10 a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Eudeba.

Pellegrini, J. (1992). *Alcoholismo, identidad y grupo.* Buenos Aires: Ediciones Cinco.

Pellegrini, J. (2005). *Cuando el manicomio ya no está.* San Luís. Ed. Fundación Gerónima.

Pellegrini, J. (2019). *Historia y fundamentos de los Grupos Institucionales de Alcoholismo.* (GIA) VERTEX Rev. Argentina de Psiquiatría. 2019, Vol. XXX: 308-315.

Plotkin, M. (2003). *Freud en las Pampas.* Buenos Aires, Sudamericana.

Puget, J y Kaes R. (2006). *Violencia de Estado y psicoanálisis.* (comp.) Buenos Aires. Lumen.

Raffin, M. (2006). *La experiencia del horror: subjetividad y derechos humanos en las dictaduras del Cono Sur.* Buenos Aires: Editores del Puerto.

Rotelli, F. (2014). *Vivir sin Manicomios, la experiencia de Trieste.* Buenos Aires Topia Editorial.

Rousseaux, F. (2019). *El debate sobre las víctimas en el marco de las políticas públicas de reparación integral.* En Julieta Calmels et, al; *Trabajos de Subjetivación e torno a la última dictadura. Herramientas conceptuales para el pensamiento y la acción* compilado por Julieta Calmels; Luis Sanfelippo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo.

Rovere, M. (2012). *Atención Primaria de la Salud en Debate* ISSN: 0103-1104. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341762003>.

Sanfelippo, L. (2022). *La asistencia psicológica a las víctimas del terrorismo de Estado en Argentina en los tempranos '80.* Revista de Historia de la Psicología, 43(3) DOI: <https://doi.org/10.5093/rhp2022a11>.

Scatizza, P. (2016). *Un Comahue violento: dictadura, represión y juicios en la Norpatagonia Argentina*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Prometeo Libros.

Schiappa Pietra, J. (2003). *La leyenda continúa. Temas y narraciones en salud mental*. Modalidad rionegrina. Viedma: PubliFadecs.

Schiappa Pietra et.al. (2016). La Brancaleone. *Teoría y prácticas Desmanicomializadoras*. (p. 89-101) Río Negro. Kuruf Editorial.

Sigal, S. (2006). *La plaza de mayo. Una crónica*. (Cap.VI) Buenos Aires, Siglo XXI.

Siguel, D. (2021). *El trabajo de Noemí con las víctimas y los familiares. En Noemí Labrune y la lucha por los derechos humanos De lo individual a lo colectivo*. (p. 51-54) Editorial EDUCO Universidad Nacional del Comahue.

Stolkiner, A. y Ardila Gómez, S. (2012). *Conceptualizando la salud mental en las practicas: consideraciones desde el pensamiento de la memoria social/salud colectiva Latinoamericana*. Vertex- Revista Argentina de Psiquiatría. Editorial: Polemos ISSN: 0327-6139.

Stolkiner, A. (2019). *Las dimensiones políticas de la investigación en el campo de la salud mental y sus prácticas*. En Trimboli Alberto (et al) *El fin del manicomio: construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos*. (p. 129-144) Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.

Suarez Aguirre, I. (1993). *Transformaciones del Estado en el tránsito del autoritarismo a la democracia: Políticas públicas de salud mental en el período 1984/1988*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Económicas. Escuela de Estudios de Posgrado.

Tenti Fanfani, E. (1989). *Estado y pobreza: estrategias típicas de intervención/1*. Centro Editor de América Latina. Biblioteca Política Argentina N° 255. Buenos Aires.

Terán, O. (2013). *Nuestros años sesentas: la formación de la nueva izquierda intelectual argentina*. Buenos Aires. Siglo XXI. Cap. III y VIII.

Traverso, E. (2007). *Historia y Memoria: En Marina Franco y Florencia Levin: Notas sobre un debate*. En *Historia Reciente Perspectivas y desafíos para un campo en construcción*. (Pp.67-97) Buenos Aires-Barcelona. Paidós.

Ulloa, F. (2000). *Mi experiencia con la institución psicoanalítica*. Acheronta. Revista de psicoanálisis y cultura. N° 11: PsicoMundo-La red Psi en Internet. ISSN 0329-9147 Recuperado <https://www.acheronta.org>.

Vainer, A. (1999). *El cuento de la buena interdisciplina*. Topia Editorial: Colección Psicoanálisis, Sociedad y Cultura. <https://www.Topia.com.ar>.

Vainer A. (2003). *Memorias para el futuro*. N° 31 pp.67/68. Revista *Clepios*. Buenos Aires.

Vainer, A (2009) *A la izquierda de Freud* ISBN: 9789871185283 Buenos Aires. Colecciones: Psicoanálisis, Sociedad y Cultura

Vainer, A. (2014). *Prácticas comunitarias en Salud Mental. Entre la reforma psiquiátrica y la desmanicomialización*. Revista Topia. Un sitio de psicoanálisis sociedad y Cultura. Recuperado <https://www.topia.com.ar/articulos/pr%C3%A1cticas-comunitarias-salud-mental-reforma-psiqui%C3%A1trica-y-desmanicomializaci%C3%B3n>.

Vezzetti, H. (1983). *Situación actual del Psicoanálisis*. Revista Punto de Vista. Año 6 N° 19. Disponible en <https://ahira.com.ar/wp-content/uploads/2018/06/pdv19.pdf>.

Vezzetti, H. (2006). *El desmanicomializador de Lanús*. Diario Página Doce. Memoria de Mauricio Gondenberg. Recuperado <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-73629-2006-10-01.html>.

Vezzetti, H. (2012). *Pasado y presente: Guerra, dictadura y sociedad n la Argentina*. Buenos Aires. Siglo XXI Editores.

Visacovsky, S. (2002). *El Lanús, memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*. Alianza Editorial S.A., Madrid/Buenos Aires.

Wikinski, M. (2016). *El trabajo del testigo*. Buenos Aires, La Cebra.

Wikinski, M. (2023). *El Trauma y la construcción del testimonio*. En Hernando Almudena, Trauma, herencia, palabra y acción colectiva. (p. 31-58) Madrid. Traficantes de Sueños Editorial.

Zenobi, D. (2023). *Víctimas: debates sobre una condición contemporánea*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo. ISBN 978-987-723-372-8.

FUENTES

Archivos:

Archivo Histórico del Club Terapéutico Amanecer del Servicio de Salud Mental. HIGA “Evita” Lanús Período 1966/67-2024.

Archivo Histórico del Servicio de Salud Mental del HIGA Evita Lanús. Proyecto a cargo de Yesica Gutiérrez. Terapista Ocupacional. Coordinadora del Club terapéutico Amanecer desde 2007.

Archivo Provincial de la Memoria Río Negro. Secretaría de Derechos Humanos Misiones Salesianas 20. Provincia de Río Negro, Viedma (2920 428398).

Carta de lectores: Reflexiones ideológicas. Firmada por María Inés Gaviola. Publicada el 22 de junio; *Seminario de salud mental.* Nota del 22 de junio; *Carta de lectores: Salud Mental.* Firmado por Cristina Pécora. Publicada el 6 de julio; *Asistencia a enfermos mentales procesados.* Nota del 19 de noviembre; *Protección a enfermos mentales procesados.* Artículo del 25 de noviembre; *Chau, manicomio.* Artículo del 29 de noviembre.

Notas y cartas de lectores publicadas en 1988 por el periódico regional Río Negro *Murió por el intenso frío.* Nota del 11 de junio; *Piden soluciones para el hospital de Allen.* Nota del 14 de junio; *Seminario sobre salud mental.* Nota del 14 de junio; *Carta de lectores: Reflexiones.* Firmada por Gastón Poirier Lalanne. Publicada el 17 de junio.

Diarios y revistas:

Diario El Regional (1990). *Desterrar la palabra loco.* Nota publicada el 3 de agosto.

Diario El Regional. (1990). *Desamparo para quienes necesitan internación.* Nota publicada el 3 de agosto.

Ohen, H. y Toscani, H. (1991). *Gacetilla de prensa para la difusión de la presentación del trabajo de desmanicomialización desarrollado en la Provincia de Río Negro.* Consejo de Salud Pública. Prov. de Río Negro, de julio.

Revista Desbordar y Revista No Hay Derecho. (1991). *Folleto de invitación y difusión para el Debate: La desmanicomialización en Río Negro.* Auspiciado por el Área de Estudios e Investigación en Ciencia.