

Habitar lo comunitario: vivencias desde de una política pública de cuidados

The community's dwelling: experiences from a care's public policy

María Verónica Blanco

Autor referente: mblanco@psico.edu.uy

Universidad de la República

Historia editorial

Recibido: 14/05/2015

Aceptado: 04/08/2015

RESUMEN

Este trabajo presenta resultados de una investigación sobre los habitares que se construyen en un residencial que articula el sector salud con el sector social en una incipiente política pública de cuidados. En estos espacios conviven transitoriamente sujetos en situación de vulnerabilidad, junto a cooperativas de trabajadores y a equipos técnicos. Nos interesamos por la vivencia de los residentes, a partir de

los vínculos que se construyen es esta experiencia y los sentidos otorgados a los mismos. Reflexionaremos sobre aportes y tensiones que algunas nociones clave en Psicología Social Comunitaria genera en este escenario de política pública intersectorial, en especial a lo que refiere al agenciamiento político de los sujetos: su poder autónomo y transformador de las condiciones de existencia.

Palabras clave: Habitar colectivo; Inclusión social; Dispositivo residencial

ABSTRACT

This paper presents results of an investigation about the dwelling are constructed in a residential which articulates the health sector and the social sector, at an incipient care's public policy. In these spaces coexisting temporarily: subjects in a vulnerability situation, along a cooperatives workers and a "technical team". We are interested by residents experience on

this center, the constructed relationships and the meaning given to them. Will reflect about the contributions and tensions of main notions of Community Social Psychology in this scenario, of a intersectorial public policy, especially the policy agency of subjects: autonomy and transformative power from the conditions of existence.

Keywords: Collective dwelling; Social inclusion; residential *dispositif*

Introducción

Presentamos resultados de una investigación sobre los habitares que se construyen en un Centro Residencial de Cuidados para adultos, con objetivos de inclusión social, a partir de la voz de sus residentes. Nos introducimos en un Centro de Recuperación que surge de la coordinación de políticas de salud pública con políticas sociales y que brinda cuidados en salud a población adulta que se considera en situación de vulnerabilidad, por lo que se conjugan objetivos de cuidados con objetivos de inclusión social. Realizamos un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo, aproximándonos al habitar y su vinculación con los procesos de inclusión social en estos espacios residenciales. Mediante observación participante y entrevistas en profundidad a algunos residentes nos interesamos por los sentidos vinculados al habitar en este Centro de Recuperación.

En este artículo presentamos una de las líneas de discusión que se desprende de los resultados de la investigación: la que refiere al dispositivo residencial. Nuestro objetivo es exponer los aportes de la Psicología Social Comunitaria a esta discusión. Comenzamos detallando las características del Centro donde realizamos el estudio y señalando algunos aspectos metodológicos, como forma de situarnos en el campo y nuestra posición para abordarlo. A continuación enunciamos aportes conceptuales claves, como ejes para el análisis, en el problema de investigación: las producciones de la Psicología Social Comunitaria vinculadas a las Políticas Públicas y de la Salud Comunitaria sobre las políticas en salud, así como también los sentidos asociados a la noción de exclusión que operan en las políticas sociales. En nuestro medio, las políticas de cuidados constituyen un nuevo espacio intersectorial, por lo que desarrollamos un análisis de algunas de sus particularidades, en especial las que operan en el dispositivo del Centro. Finalmente, las últimas dos secciones discuten los resultados en la *dimensión comunitaria* del habitar, aludiendo al dispositivo residencial

y a los procesos colectivos, concluyendo en la propuesta de un habitar comunitario como potencia transformadora de vivencias de aislamiento y sufrimiento.

Notas contextuales y metodológicas

El Centro donde se realizó el estudio surge de un convenio interinstitucional entre el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) para brindar cuidados en salud a personas en situación de vulnerabilidad que requieren de un proceso de recuperación. En este Centro residen temporalmente alrededor de 50 personas que transitan por situaciones que constituyen vulnerabilidades asociadas a situaciones económicas, relacionales y políticas, que entran en crisis ante afecciones orgánicas que generan una discapacidad transitoria o permanente. El dispositivo no prevé una estadía promedio, procura una recuperación total o parcial de la afección orgánica que desencadenó el ingreso, por ello, el egreso se efectúa una vez se alcance cierto nivel de autonomía. El perfil se define por personas adultas, de ambos sexos, que se encuentran en *situación de vulnerabilidad social*, con indicación médica de reposo o cuidados en salud. No contamos con datos estadísticos de la población atendida en este Centro pues no se ha sistematizado la información y solo existen registros parciales, sin embargo, al momento de nuestra investigación, encontramos adultos que ingresan al Centro tras haber sufrido una intervención quirúrgica importante (como ser por una fractura de cadera o por un aneurisma), que viven solos y que no cuentan con recursos (económicos o relacionales) para desarrollar las actividades de la vida diaria, por lo que no pueden volver a su domicilio hasta que recuperen cierto nivel de autonomía. También encontramos personas en situación de calle que cursan un proceso infeccioso, lo que requiere la permanencia en un entorno cuidado, con fácil acceso a tratamiento medicamentoso y curaciones; y adultos mayores que instalan una

situación de dependencia y que requieren apoyo para desarrollarse en la vida cotidiana.

Este Centro de Recuperación cuenta con un predio de grandes dimensiones, se compone de una extensa construcción con elementos que permiten la movilidad a sus residentes como rampas y barandas. Cuenta con un amplio comedor, un gran hall vidriado de recepción, dos salas de estar y una biblioteca rodeados por un verde jardín. Las salas de estar tienen sillones, tres grandes televisores con señal por cable, y una sala cuenta además con aparatos –caminadores- y una barra para realizar ejercicio físico. El edificio tiene un amplio jardín central, rodeado en forma de U por alas con habitaciones a ambos lados y salas de estar al centro, con ventanales al jardín. Las habitaciones son pequeñas y muchas cuentan con baño privado, todas tienen ventanas y algunas tienen balcón. En ellas se alojan entre una y tres personas por habitación.

Se estima que trabajan en el Centro casi un centenar de personas muchas de ellas organizadas en forma de cooperativas. Encontramos cooperativas de Acompañantes, de Limpieza y Jardinería, de Lavandería, de Mantenimiento y de Cocina, el Equipo Técnico que se compone de un par de médicas, varias enfermeras, dos psicólogas y tres trabajadoras sociales, es contratado por una Organización de la Sociedad Civil, el servicio de portería y vigilancia lo brinda una empresa privada.

La Casa se organiza en tres turnos: mañana, tarde y noche; cada turno con personal de todas las áreas, salvo en la noche en que sólo permanece el servicio de acompañante y portería-vigilancia. Los fines de semana merma la actividad del equipo técnico permaneciendo solo una guardia.

La muestra para nuestro estudio se constituyó en diez residentes de este Centro de Recuperación que voluntariamente se interesaron en participar en una entrevista en profundidad. Los entrevistados ingresaron al Centro con variadas situaciones de salud (procesos infecciosos en cuatro de ellos, fracturas en tres de los entrevistados,

recuperación post operación neurológica, instalación de enfermedades del sistema inmunológico y neurológico respectivamente en los otros entrevistados), tienen entre 34 y 64 años, tres mujeres y siete hombres, y han residido en el Centro entre tres meses y un año. Se realizaron entrevistas y observaciones en un periodo de diez meses consecutivos. En las entrevistas, la pauta general refería a cuatro grandes líneas sobre: las *causas del ingreso al centro*, el *cómo es vivir allí*, los *vínculos establecidos y su percepción acerca de éstos*, y las *perspectivas a futuro*. Para las observaciones se atendió la utilización de *los espacios*, *los agrupamientos* y *las interrelaciones* en general.

Una vez procesado el material surgido en las observaciones y en las entrevistas, se convocó a los entrevistados y a otros residentes interesados, a una instancia de reflexión grupal sobre los resultados preliminares. Esta instancia, a modo de triangulación, aportó a la validez ecológica del estudio y fue sustancial a la hora de cotejar categorías primarias de investigación y profundizar en alguna de ellas, así como la emergencia de nuevas categorías.

Los resultados, en base a las prácticas discursivas (Spink, 2010a), contienen tres dimensiones: la dimensión social e histórica, la dimensión que refiere al dispositivo y lo que éste habilita, y la dimensión del acontecimiento desde las relaciones cotidianas. En este artículo pondremos el foco en la dimensión del dispositivo, la que se encuentra estrechamente ligada a las otras dimensiones pero hace foco en la construcción política del espacio habitado, aquella que surge de la política pública, tanto en el diseño como en su implementación. De los resultados surge también que la experiencia del habitar colectivo, asociada a una intervención social en un momento de crisis, implica un impacto relevante para las personas que re-significa algunos aspectos de su trayectoria vital a la vez que se genera nuevos procesos de subjetivación.

EJES DE ANÁLISIS

Las políticas públicas y la psicología social comunitaria

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

Alfaro y Zambrano (2009) plantean:

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

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

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

Montero (2004) también plantea el aporte de la PSC en la diferenciación de dos modelos políticos: uno de corte paternalista, donde las políticas del Estado se definen *de arriba hacia abajo*, determinando el Estado las prioridades y necesidades de

implementación de determinadas políticas para las comunidades; y otro participativo, donde son las comunidades las que definen sus prioridades, necesidades y formas de acción. La PSC se define, pues, por el rol activo de la comunidad, la participación de ésta como agente activo, con “voz, voto y veto” (Montero, 2004, p. 31). Esta característica fundamental marca la diferencia de políticas e intervenciones puramente asistencialistas con las comunitarias.

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

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

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

La noción de exclusión en las políticas sociales

Reconocemos que el concepto de exclusión social exige una profunda problematización, sobre todo por su amplia utilización en las políticas públicas, lo que impacta fuertemente en los imaginarios. No pretendemos conceptualizar la noción, sino atender su presencia en las políticas públicas. Entendemos que su uso indiscriminado no ha contribuido a generar soluciones a los problemas que representa, sino que muchas veces ha enmascarado situaciones de inclusión marginal, simulando un “afuera” pasivo e inoperante, como condición individual y no como proceso político, económico y relacional (Franco Leal, 2008). Por otra parte, sitúa el problema en los “sujetos excluidos” promoviendo intervenciones sobre éstos para generar inclusión,

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

El modelo neoliberal ha dejado huellas en las políticas sociales, donde éstas se han focalizado en los sectores pobres y han debilitado el acceso de los sectores medios a los servicios públicos. De esta forma desde las últimas décadas del siglo XX, han adquirido relevancia las prestaciones privadas en lo que antes eran servicios públicos universales como la educación, la salud y la seguridad social, lo que ha conducido a la mercantilización de los mismos.

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

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

El pensar en los sujetos de la política implica considerar las nominaciones, el lugar simbólico que lo constituye socialmente (Rodríguez, Rossi, Pierri, Rodríguez, Castro, & Da Silva, 2012; Sandominsky, 2010). En este sentido, las condiciones que habilitan la participación de un sujeto dependen de su inserción semiótica y material en un contexto portador de sentidos y prácticas que lo determinan en algunos niveles, entonces, la participación resulta paradójica ya que, al identificar a los sujetos como "excluidos", se los coloca en un lugar de ajenidad para intervenir en acciones políticas. Plaza (2012) plantea sobre este punto lo que denomina *signos de época* donde se refieren a la *pérdida de confianza en lo público*, la *vulnerabilidad política asociada a una subjetividad debilitada*, así como a *condiciones precarias de existencia* asociadas a procesos de *desafiliación social* que obturan la acción política.

Los principales modelos en políticas de inclusión social se sustentan en una perspectiva burocrática -donde se brinda un servicio social- o en un modelo profesionalista –basada en la relación del técnico profesional con el usuario- (Bonet i Marti, 2006). Estas políticas tienden a relegar la acción comunitaria, no considerando la red social y la dimensión relacional asociada a la exclusión. Basándose en un modelo tradicional, focalizan la intervención en la inserción laboral como única vía de superación de la situación de exclusión. La estrategia es individual o reducida al ámbito familiar lo que no genera transformaciones en un nivel relacional más amplio.

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

Este aspecto se ha evidenciado en la investigación que llevamos adelante, donde el abordaje técnico es percibido por los residentes del Centro con un alto grado de burocratización en un modelo de atención protocolizado.

En este sentido es necesario revisar el carácter restrictivo o transformador de la política social (Rodríguez, 2007) en las estrategias de intervención que se plantea, donde muchas veces el foco se centra en la satisfacción de necesidades con políticas compensatorias y estigmatizantes que reproducen las relaciones de poder y ofician de control social. De allí la importancia de la reflexión sobre la estrategia y la importancia de los efectores de las políticas implementadas, valorando el tipo de vínculo que se genere. En este sentido la PSC aporta elementos para pensar sobre el asistencialismo en las políticas públicas, la incorporación de las redes sociales y comunitarias, el papel de la participación ciudadana en las mismas y del Estado en la construcción de ciudadanía. Pensamos a las políticas sociales como una construcción social donde se

negocian enfoques, teorías y modelos, lo que conduce a reflexionar sobre los contextos y formas de diseño e implementación además de sus implicancias conceptuales (Alfaro, 2012).

Las políticas de cuidados en la trama intersectorial

A mediados del año 2007, en Uruguay comenzó a implementarse un Programa de Casas Asistidas, una política pública a cargo de la Dirección Nacional de Asistencia Crítica e Inclusión Social del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) en coordinación con la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). El diseño articula políticas de salud pública con políticas de inclusión social. En este programa se abrieron inicialmente tres Casas Asistidas, dos de ellas alojan entre 8 y 12 personas con trastornos mentales severos egresadas del Hospital Psiquiátrico Vilardebó. La otra Casa Asistida, que comenzó a funcionar a mediados del año 2008, consiste en un Centro de grandes dimensiones –con capacidad para 50 personas aproximadamente-, que surge de un convenio entre varias organizaciones sociales y estatales, con la misión de alojar transitoriamente a personas con alta hospitalaria de los servicios públicos de salud, que al momento de ésta necesitan un período de recuperación o cuidados especiales por un tiempo acotado y no cuentan con soporte familiar y social para la adecuada rehabilitación.

En un principio se pensó que el Centro ofició como un espacio sustituto de los hogares de las personas, por lo que se incluyó dentro del Programa de Casas Asistidas. A partir de diversas reestructuras institucionales, en el año 2011 el Programa de Casas Asistidas se ubica dentro del Área Salud del Programa de Atención a Personas en Situación de Calle (PASC) y la Casa Asistida de mayores dimensiones pasó a denominarse Centro de Recuperación, focalizando en esto sus objetivos y discriminándose de las otras dos Casas Asistidas que implican una estadía más prolongada, asociadas a la elaboración de estrategias de inclusión de personas con

trastornos mentales severos, que implican la reconstrucción de vínculos familiares y la inserción laboral, así como el sostén de estas estrategias para concretar otras soluciones habitacionales.

La Psicología Social Comunitaria y el paradigma de la Salud Comunitaria proponen elementos sustantivos para pensar las políticas públicas que atañen a los procesos sociales y de la salud. La integralidad en estas políticas parece un desafío pues el pensarlas desde *sectores* determina *a priori* una lógica fragmentada que separa aquello que se nos presenta unido. En este sentido, el Centro de Recuperación tal como se ha estructurado es un claro ejemplo de la sectorización de las políticas públicas que interviene desde el sector salud (ASSE) y desde el sector social (MIDES) intentando trabajar coordinadamente. Puede resultar difícil pensar en la gestión de la salud positiva (Saforcada et al., 2010) desde un Centro de Recuperación, pues lo que signa este tipo de centro es la pérdida de la salud en algún sentido. Superar una visión individual y fragmentada que minimiza los factores sociales (De Lellis, 2010) se hace sumamente necesario a la hora de pensar e intervenir en procesos de recuperación integral. En este sentido, hemos analizado cómo el modelo médico tradicional es dominante, con una lógica fragmentada desde el propio diseño de la política, lo que hace prácticamente inevitable que esto se reproduzca en las propias prácticas del Centro, como ser las referencias por áreas de actuación (salud – social).

Esta delimitación, que tiene una dimensión política y que también es operacional, obtura una visión integral del problema en cuestión, lo que emerge claramente en las situaciones aquí abordadas. Por su parte, los sectores portan modelos epistemológicos bien diferentes, que implican metodologías y técnicas que se superponen a destiempo, muchas veces invalidando unas a otras, por lo que los procesos de intervención no siempre son congruentes. Una participante en la instancia grupal expresaba esta contradicción:

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

P1 – Grupal

Los procesos biológicos implican determinados tiempos y los sociales otros. Al obviar estas diferencias se reproduce cierta hegemonía de las ciencias biomédicas sobre las ciencias sociales, propias de las nociones paradigmáticas de la segunda mitad del SXX, donde las ciencias humanas y sociales se las considera “inmaduras” o “blandas” en relación a las ciencias básicas o “duras”, al no encajar en la lógica positivista dominante. Actualmente, las ciencias humanas y sociales, lejos de “paradigmatizarse” –o sea: adoptar métodos de las ciencias duras-, se han desarrollado sustancialmente, generando mecanismos acordes a los fenómenos que estudia en la producción de conocimiento científico. Estos aspectos se conjugan operando en todos los niveles de acción de una política pública intersectorial.

Habitar lo comunitario en un dispositivo residencial

Como sujeto social, la subjetividad no es individual, es una producción colectiva, surge del entramado relacional y su contexto social e histórico, es un pliegue del afuera que conforma un adentro (Deleuze, 1989). Nuestra subjetividad producto y productora de nuestro habitar, en su devenir cotidiano, muchas veces vuelve invisible la preponderancia de su lazo social. En un mundo atomizado, donde las personas suelen pensarse como individuos aislados y no como integrantes de redes de interacciones (Najmanovich, 2002), los lazos vitales del habitar aparecen debilitados, sin poder de acción, sin capacidad de afectar, sin posibilidad de generar vínculo. Paradójicamente, deja al sujeto en un lugar pasivo, donde ya no habita sino simplemente ocupa el espacio (Lewkowicz, Cantarelli, & Grupo Doce, 2003).

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

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

Al estudiar el habitar en este Centro residencial, pensamos en un habitar que es siempre colectivo y que incluye lo político como acción que incide directamente en el potencial creativo y transformador.

Habitar lo comunitario -que integra la dimensión política- se torna necesario para generar procesos creativos, en la posibilidad de una acción transformadora donde los sentidos se materializan en las construcciones de los espacios colectivos, construcciones materiales y virtuales, para cargarlos de sentidos compartidos, hacer historia, crear lazos. De esta forma valoramos la participación, la desnaturalización y la reflexión crítica como herramientas intersubjetivas capaces de generar estas

transformaciones, habilitando una adaptación activa, un movimiento vital hacia el habitar (Álvarez Pedrosian & Blanco Latierro, 2013). En este sentido, el dispositivo se ha constituido en un factor clave en los habitares que se construyen en el Centro Residencial.

La noción de dispositivo introducida por Foucault (1976) fue desarrollada por varios pensadores y muy utilizada en ciencias sociales. Nosotros nos aproximamos a los desarrollos que al respecto hacen Deleuze (1990) y Agamben (2011) para problematizar esta noción y utilizarla como herramienta conceptual en el estudio de los habitares que se construyen en el Centro residencial que nos convoca.

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

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

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

Para pensar el dispositivo referente a la organización del Centro tomamos además los aportes de Agamben (2011) en alusión a una forma de gobierno, considerando las cuestiones administrativas que el dispositivo implica. El énfasis está puesto en lo que produce, más que en lo que es. En este sentido, Agamben va a referirse a una actualidad en lo que producen los dispositivos como procesos de desubjetivación. Aludiendo a dispositivos en la era capitalista, post-industrial donde la producción refiere a sujetos pasivos, en una especie de hiper-adaptación que no deja lugar a un sujeto "real".

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

En el estudio de los habitares que se construyen en este Centro residencial notamos que la disposición del Centro organiza y controla varios aspectos de la vida diaria de sus residentes, de forma similar a lo que Goffman (2001) llamó Institución Total. En este sentido, como establecimiento social donde se reside y se trabaja permanentemente, donde algunos residentes están encerrados o se debe solicitar permiso especial para salir, y donde hay rutinas diarias administradas formalmente, el Centro adopta características propias de una Institución Total generando fuertes procesos subjetivantes, en la llamada *carrera moral* (Goffman, 2001).

En este sentido, podemos identificar líneas de sedimentación basadas en un modelo organizacional tradicional, inspirado en la lógica hospitalaria —el uso de uniformes diferenciados por tareas, la organización en turnos, una estructura de poder piramidal—, lo que contempla también un diálogo sostenido con otras clásicas organizaciones

estatales. Por otra parte, lo actual del dispositivo se apoya en el sector social, desde la atención a personas en situación de calle, al incluir la dimensión de la salud dentro del llamado Sistema de Refugios, en una política de inclusión social. También, hallamos diversas líneas de fuga, ya que el Centro acoge todo tipo de situaciones que requieren contención habitacional y de cuidados, más allá del sistema público de salud, de las condiciones económicas y de otros criterios que a priori se puedan establecer. A modo de una gran malla de protección social, las excepcionalidades son incluidas en este dispositivo en permanente transformación, que ha sabido adaptarse –no sin dificultades- a diversas necesidades y emergencias sociales (por ejemplo el Centro ha acogido excepcionalmente a familias cuya vivienda fue incendiada o desplazadas por inundaciones y situaciones de violencia de género).

También la micropolítica (Guattari, & Rolnik, 2006) que se despliega en el habitar colectivo contiene en potencia procesos creativos. Desde composiciones múltiples las personas se encuentran, se conocen y se conquista la confianza, se generan espacios de intimidad donde es posible crear. Estos pequeños espacios cotidianos contienen en potencia territorios existenciales que conectan con nuevas formas de relacionamiento, antes no experimentadas y que dan lugar a procesos inclusivos desde la superación de miradas estigmatizantes.

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

Si sólo operan las líneas de sedimentación del dispositivo, en este caso encontraremos un habitar institucionalizado, similar a la cárcel o al hospital, como una Institución Total. En el discurso de los entrevistados hallamos también un sentido –en apariencia novedoso- asociado a *la Casa del Gran Hermano*, que contiene las mismas lógicas propias de la sociedad de control, desde la figura de panóptico, actualizada en la sociedad del espectáculo, desde el entretenimiento como único espacio para *lo común*, donde el protagonismo se adopta desde la competencia que sólo busca la permanencia ante la amenaza de la exclusión.

“(....) hay mucha gente que no... que no sé qué piensa de la vida, (...), que están, no sé, en la casa de Gran Hermano, ¿entendés? el equipo técnico el confesionario, las cámaras que tenés por el pasillo, por todos lados (risas) escucháme, cuando te dan el alta dicen <estás nominado> ...” Entrevista J

CONCLUSIONES

Lo comunitario en la construcción de habitares colectivos

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

conjunto, por lo que amerita ser desnaturalizado y problematizado, como vía privilegiada para su transformación. Estos son aportes sustanciales de la Psicología Social Comunitaria en el abordaje de los procesos psicosociales (Montero, 2004). De esta forma, las figuras del *loco*, el hombre *de la calle*, el *discapacitado* o *los viejitos* – que han sido los más discriminados en las entrevistas- ameritan un tratamiento colectivo, de reflexión e intercambio acerca de los sentidos implícitos en estas categorías, que rompa con modelos estereotipados y estigmatizados.

“ ...no es nada malo, acá uno viene a recuperarse, así venga de refugio o de una casa, yo pienso que eso es una etiqueta que no se debería, porque por ejemplo sacarle la etiqueta, una de las cosas que a mí me molesta por el lado de la discriminación, que (...) digan <el diabético> o sea <hay que llevarle la comida para el diabético>, yo estoy esperando y ya me canso porque el diabético tiene nombre y apellido, ya me cansó (...) quieras o no, atrás de eso hay una discriminación, inconscientemente lo es... ojo también me refería a la discriminación por el tema del refugio.” Participante - Instancia Grupal

La dimensión política de la exclusión y los aportes que la PSC destacan los procesos participativos, señalan la importancia de los residentes en la toma de decisiones relativos a su habitar en el Centro. El habitar comunitario, que alude al empoderamiento de las dinámicas cotidianas, se encuentra silenciado, pues la participación en instancias de toma de decisión en la vida cotidiana de los residentes es escasa o depende exclusivamente de las singularidades. El único espacio colectivo promovido desde la organización y de referencia para los entrevistados, alude únicamente a la recreación, en sintonía con lógicas dominantes que nos remiten a la sociedad del espectáculo. Sin embargo, la reflexión colectiva y la problematización de las condiciones de existencia, que inicialmente parece desafectado, cuando se propone como actividad encuentra una actitud crítica y propositiva, con buen nivel de participación, lo que indica interés y capacidad de acción. Este es un aspecto a

fortalecer como parte de los procesos inclusivos. En este sentido, la reflexión sobre los procedimientos y la gestión en el Centro se integran en esta micropolítica cotidiana.

El dispositivo ha adoptado una forma flexible, mostrando capacidad de adaptación a las dinámicas sociales. Esto expresa una fortaleza, si bien se ha tensionado la calidad en la atención por el creciente número de residentes en relación al personal que se mantiene estable. También la personalización en el vínculo entre operadores y usuarios (Rodríguez et al., 2012) ha habilitado, en algunos casos, la asunción de estrategias acordes a cada situación tendientes a la inclusión y la singularización de los procesos.

Si proyectamos líneas de fuga, el habitar en el Centro puede pensarse como una micro urbanidad, cuyos lazos de vecindad exigen espacios de encuentro donde co-gestionar el espacio compartido; asimismo podemos pensar en un habitar colectivo asociado a un gran proyecto común –de soporte material y afectivo- al estilo de una cooperativa asociada desde el compañerismo, la solidaridad y la co-responsabilidad. Las prácticas discursivas sobre los vínculos generados en el Centro refieren principalmente al ser *compañeros*, lo que también remite a diversos espacios de socialización como el espacio educativo y el laboral. A su vez, el modelo cooperativo de trabajo, que está presente en la mayor parte de los trabajadores del Centro, contiene un modelo de relación social desde lo colectivo que fortalece éstos procesos también en los residentes. Sin duda, estos trazos requieren flexibilizar estructuras organizacionales tradicionales, sobre todo si consideramos el potencial transformador que esta experiencia contiene.

Al pensar los procesos inclusivos desde los factores relacionales, las condicionantes históricas juegan un papel fundamental, operando tanto en la interpretación que los sujetos hacen de los *otros como diferentes*, como en una modalidad vincular para con ellos. A nivel social, las improntas culturales que acompañaron las políticas dictatoriales -en materia de gobierno- y neoliberales -en materia económica-, se

encuentran operando en las relaciones sociales actuales, como formas aprendidas y naturalizadas, por ello también incuestionadas. Es por esto que valoramos el abordaje de estos aspectos explícitamente, como tarea colectiva, de reflexión y problematización necesaria para generar procesos inclusivos. La instancia de trabajo grupal en el proceso de esta investigación, ha confirmado esta afirmación, pues lo grupal como dispositivo y como acontecimiento, generó interés, participación y empoderamiento. Muchos de los participantes no sólo agradecieron la instancia, sino que apelaron y valoraron la necesidad de estos espacios para promover el conocimiento mutuo, la participación de aquellos que no lo hacen espontáneamente, la reflexión crítica sobre las formas de habitar y la negociación de sentidos como acción política en el habitar colectivo.

Desde las propuestas del Centro, el llamado “espacio de recreación”, es el único que actualmente se reconoce como espacio colectivo de integración. Si bien este espacio aporta al habitar colectivo y es valorado por los residentes, también refuerza simbólicamente los sentidos asociados a la “sociedad del espectáculo”, que promulga al entretenimiento como único espacio posible para el encuentro. Esto opera de forma incuestionada, promoviendo un lugar pasivo –el de espectador- y limitando otras posibilidades de encuentro.

En los resultados encontramos la dimensión política minimizada, lo que debilita los procesos inclusivos. Esta dimensión es necesario abordarla en colectivo junto a otros actores del Centro, especialmente con quienes ejercen la función de gobierno (técnicos y acompañantes), pues se encuentra en potencia en sus habitantes en un dispositivo que la constriñe. De igual forma, los espacios de encuentro con todos los habitantes (residentes y trabajadores) se tornan necesarios en la generación de procesos colectivos, de inclusión y reconocimiento del Otro. Entendemos que estas actividades propuestas necesitan sostenerse sobre una organización acorde, que aborde “lo social” integralmente y de forma específica, lo que requiere de un equipo de

trabajo diferenciado de aquel que realiza las gestiones cotidianas, asociadas generalmente a procesos burocráticos y de control – represión.

A su vez, generar procesos de fortalecimiento de la capacidad de reflexión crítica exige dialogar con un modelo médico que es hegemónico y que presenta serias dificultades en la comunicación, donde el lugar del *paciente* coloca a los sujetos en una posición pasiva y sumisa, lo que tensiona el fortalecimiento de la autonomía. Por su parte, en el estudio encontramos que la apropiación del saber médico facilita la llamada “adhesión al tratamiento”, por lo que los espacios de *comunicación y aprendizaje* desde dispositivos grupales (Pichón-Rivière, 1985), pueden ser vías regias para el logro de los objetivos del Centro. La comunicación y el aprendizaje, también como instancias creativas, constituyen elementos centrales en el abordaje de los fenómenos vinculares. La reflexión crítica y la problematización, constituyen instrumentos para la intervención social en la construcción de ciudadanía. La generación de espacios de capacitación - problematización para los trabajadores en los Centros de salud, que aborden integralmente a los sujetos, incluyendo los procesos psicológicos y sociales, constituye una vía privilegiada para generar procesos inclusivos en las particularidades de este sector (De Lellis, 2010; Morales Calatayud, 1997; Rodríguez, 2007; Saforcada et al., 2010).

Ante la pregunta por los procesos inclusivos, estos se encuentran potencialmente en el habitar colectivo, principalmente desde las relaciones establecidas y desde el acceso a derechos como son la salud, los cuidados u otros que se vehiculizan desde el Centro. Para habitar lo comunitario, pensamos que la dimensión política amerita ser fortalecida, pues los niveles de participación en el Centro son limitados, lo que debilita la autonomía de los sujetos, más aún considerando que ésta muchas veces se encuentra afectada por la afección orgánica involucrada en el ingreso. En este sentido, las relaciones que en el Centro se establecen son potencialmente inclusivas, pues desde el vínculo se generan nuevos habitares sobre la base del conocimiento mutuo,

el diálogo y el apoyo emocional, si bien algunos habitantes se adaptan excesivamente al dispositivo, asumiendo algunos aspectos estigmatizantes, enfatizando el control y la individuación de los procesos. En estos casos es cuando emerge el *otro* como amenaza, como distracción de los objetivos individuales, y se deposita el saber y el poder exclusivamente en la autoridad, ya sean las acompañantes, los técnicos o el Estado. Esta tensión también constituye el habitar en el Centro. Por su parte, quienes tienen experiencia en instituciones del Estado, u otros, cuyo devenir histórico ha aportado herramientas de acción social y política, movilizan, interpelan y generan procesos novedosos, reflexionan sobre el habitar colectivo y generan propuestas concretas. Estas voces ameritan espacios de acción, lo que redundaría en el fortalecimiento de los procesos colectivos e inclusivos de todos los residentes.

La dimensión de lo colectivo siempre está presente, en tanto el habitar con otros emerge espontáneamente, principalmente en los encuentros cotidianos, aunque tensionado por una tendencia homogeneizante. Nuevamente la dimensión política incide desde el pensarse *con* otros o *entre* otros, y es un aspecto que se configura en relación a la dimensión histórica – singular, pues es escasamente abordada desde el Centro, donde aparece únicamente desde cuestiones reglamentarias. La dimensión de lo colectivo se vivifica desde los procesos compartidos, tanto a nivel histórico como económico y político. Se potencia desde los espacios de encuentros, los que no siempre son posibles. Habitar lo comunitario requiere fortalecer estos aspectos, la participación, el conocimiento mutuo, la reflexión crítica sobre las condiciones del habitar colectivo.

Finalmente, un aspecto importante de los sentidos que se construyen desde el habitar en este Centro, tiene que ver con la vida, especialmente con las materialidades asociadas a esta. Así, la recuperación de un cuerpo sano y de la autonomía personal, y el *tener un lugar*, son los principales sentidos presentes en este habitar. La dimensión de lo comunitario introduce el potencial transformador de esta experiencia,

desde el fortalecimiento de los procesos participativos, nos referimos a un movimiento vital con el poder de transformar y crear nuevas formas de habitar lo colectivo.

Referencias

- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo?. *Sociológica (México)*, 26(73), 249-264.
Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732011000200010&lng=es&tlng=es
- Alfaro, J. (2012). Posibilidades y tensiones en la relación entre Psicología Comunitaria y políticas sociales. En A. Sánchez, J. Alfaro, & A. Zambrano. (Comps.) *Psicología Comunitaria y Políticas Sociales: Reflexiones y experiencias* (pp. 45-75). Buenos Aires: Paidós.
- Alfaro, J., & Zambrano, A. (2009). Psicología Comunitaria y Políticas Sociales en Chile. *Psicología y Sociedad*, 21(2), 275-282.
- Álvarez Leguizamón, S. (2008). *Focopolítica y Gubernamentalidad Neoliberal, las políticas sociales*. Conferencia presentada en el 2o. Encuentro Argentino y Latinoamericano 'Prácticas Sociales y Pensamiento Crítico'. Universidad Nacional de Córdoba.
- Álvarez Pedrosian, E. (2010). Transformar la fragmentación urbana. *Barcelona Metrópolis*, 80, 10-15.
- Álvarez Pedrosian, E. & Blanco Latierro, V. (2013). Componer, habitar, subjetivar: Aportes para la etnografía del habitar. *Bifurcaciones*, 15.
- Arriba González, A. (2002). *El concepto de exclusión en política social*. Recuperado de: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/1495/1/dt-0201.pdf>
- Bonet i Martí, J. (2006). La vulnerabilidad relacional: Análisis del fenómeno y pautas de intervención. *REDES: Revista hispana para el análisis de redes sociales*, (11)4, 1-17. Recuperado de <http://revistes.uab.cat/redes/article/view/v11-bonet/90>
- De Lellis, M. (2010). Psicología y políticas públicas saludables. *Psiencia: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 2(2), 102-106.

- Deleuze, G. (1989). *El pliegue: Leibniz y el barroco*. Barcelona: Paidós.
- Deleuze, G. (1990). ¿Qué es un dispositivo? En G. Canguilhem (Ed.), *Michel Foucault, filósofo* (pp. 155-163). Barcelona: Gedisa.
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. México, DF: Siglo XXI.
- Franco Leal, G. (2008). *Exclusão social e ruptura dos laços sociais: Análise crítica do debate contemporâneo* (Tesis Doctoral). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas. Recuperado de <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000434477>
- Goffman, E. (2001). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Guattari, F., & Rolnik, S. (2006). *Micropolítica: Cartografías del deseo*. Madrid: Traficante de Sueños.
- Lewkowicz, I., Cantarelli, M., & Grupo Doce. (2003) *Del fragmento a la situación: Notas sobre la subjetividad contemporánea*. Buenos Aires: Altamira.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria: Desarrollos, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.
- Morales Calatayud, F. (1997). *La psicología y los servicios de salud: Experiencias de trabajo en Cuba*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Najmanovich, D. (2002). El lenguaje de los vínculos: De la independencia absoluta a la autonomía relativa. En E. Dabas & D. Najmanovich (Comps.), *Redes: El lenguaje de los vínculos, hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil* (pp. 33-76). Buenos Aires: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Conferencia internacional de atención primaria de salud: Alma-Ata, URSS, 6 al 12 de septiembre de 1978*. Kazajstán: Autor. Recuperado de http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Alma_Atta-Declaracion-1978.pdf

- Pal Pelbart, P. (2008). Elementos para una cartografía da grupalidade. En F. Saadi & S. García (Orgs.), *Próximo ato: Questões da Teatralidade Contemporânea* (pp. 33-37). São Paulo: Itaú Cultural.
- Pichón-Rivière, E. (1985). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Plaza, S. (2012). La política como estrategia de sobrevivencia. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología: Universidad Nacional de Córdoba*, 1(1).
- Rodríguez, A. (2006). *Retos para la Psicología Comunitaria en el campo de las Políticas Sociales*. Ponencia presentada en el Coloquio La Psicología en el campo de las Políticas Públicas: Nuevas voces, nuevos desafíos.... Facultad de Psicología, Universidad de la República, Montevideo.
- Rodríguez, A. (2007). Desde la promoción de salud mental hacia la producción de salud: La concepción de lo comunitario en la implementación de Proyectos Sociales. *Revista Académica Alteridad*, 2, 28-37.
- Rodríguez, A., Rossi, S., Pierri, L., Rodríguez, A. C., Castro, I., & Da Silva, M. (2012). El lugar del sujeto en las Políticas Públicas Sociales: La perspectiva de sus destinatarios. En Ministerio de Desarrollo Social (Ed.), *Vulnerabilidad y exclusión: Aportes para las políticas sociales* (239-249). Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social.
- Saforcada, E. (2011). La salud en Indoafroiberoamérica: El paradigma necesario. *Salud & Sociedad*, 2(3), 311-320.
- Saforcada, E., De Lellis, M., & Mozobancyk, S. (Eds.). (2010). *Psicología y Salud Pública: Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Buenos Aires: Paidós
- Sandominsky, M. (2010). De las políticas públicas a la construcción del sujeto. En E. Saforcada, M. De Lellis, & S. Mozobancyk (Eds.), *Psicología y salud pública:*

Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano. (pp. 75-94). Buenos Aires: Paidós.

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

Spink, M. J. (2010a). *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. Recuperado de <http://books.scielo.org/id/w9q43>

Spink, M. J. (2010b). Psicología social y salud: Asumir la complejidad. En *Quaderns de Psicologia*, 12(1), 23-29.

Formato de citación

Blanco, M. (2015). Habitar lo comunitario: vivencias desde de una política pública de cuidados. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 5(2), 34-61. Disponible en: <http://revista.psico.edu.uy/>
