



**Tipo de documento: Tesina de Grado de Trabajo Social**

**Título del documento: Los Talleres Protegidos : salud mental y redes familiares y sociales : ¿construyendo procesos de inclusión social y autonomía?**

**María Celeste De Brito**

**Ayelén Lamas**

**Eugenia Bianchi, dir.**

**Datos de edición (fecha, editorial, lugar,**

**fecha de defensa para el caso de tesis: 2016**

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.  
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.  
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: [https://creativecommons.org/choose/?lang=es\\_AR](https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR)



**UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

**CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

**ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN**



**Los Talleres Protegidos: Salud Mental y redes familiares y sociales  
¿Construyendo procesos de inclusión social y autonomía?**

**Trabajo de Investigación Final**

**AUTORAS:** de Brito, María Celeste.

DNI: 33.391.110 ([celestedebrito@gmail.com](mailto:celestedebrito@gmail.com))

Lamas, Ayelén

DNI: 33.780.343 ([ayelen.lamas@gmail.com](mailto:ayelen.lamas@gmail.com))

**Tutora Temática:** Bianchi, Eugenia ([noesnatural@yahoo.com.ar](mailto:noesnatural@yahoo.com.ar))

**Taller III:** de Brito, María Celeste: 2011. Docente de cursada: M. Laura Fernández.

Lamas, Ayelén: 2012. Docente de cursada: Susana García Peñaloza.

Fecha de presentación: 2 de Junio de 2016

## **RESUMEN**

**Título:** Los Talleres Protegidos: Salud Mental y redes familiares y sociales ¿Construyendo procesos de inclusión social y autonomía?

**Autoras:** de Brito, María Celeste. [celestedebrito@gmail.com](mailto:celestedebrito@gmail.com)

Lamas, Ayelén. [ayelen.lamas@gmail.com](mailto:ayelen.lamas@gmail.com)

**Fecha de presentación:** 2 de Junio de 2016

**Palabras clave:** Salud Mental - Redes Familiares y sociales – Autonomía – Inclusión.

El presente trabajo tiene como finalidad dar cuenta de la incidencia de las redes familiares y sociales de las personas con padecimiento mental que participan de los Talleres Protegidos y analizar los diferentes aspectos con los cuales se favorece y/o dificultan los procesos de autonomía e inclusión social que, por medio del tratamiento, pretende propiciar la Institución.

Optamos por una metodología de enfoque cualitativo, siendo la investigación de tipo exploratorio con base empírica. Para esto llevamos a cabo entrevistas semi-estructurados a sujetos con padecimiento mental y a profesionales de la Institución, lectura de historias clínicas y recurrimos también a nuestras notas de campo. Nuestra población sujeto de estudio se conformó por las personas que realizan su tratamiento dentro del dispositivo.

Stolkiner, Galende y Menéndez han sido nuestras referencias teóricas de apoyo respecto a conceptualizaciones acerca de Salud y el proceso salud-enfermedad-atención, respectivamente. Por otro lado, nos hemos apoyado sobre el autor Carballada para referirnos a lo que el define como la fragmentación del lazo social, como así también hemos revisado conceptos elaborados por Goffman y Foucault, los cuales se han hecho presentes de forma transversal durante todo el trabajo. El mismo, por último, se encuentra realizado en vigencia de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 la cual ha significado una innovadora legislación en materia de Política en Salud Mental. La Ley impulsa un cambio de paradigma al concebir a la persona con padecimiento mental como sujeto de derechos y ya no como objeto de asistencia.

## **ÍNDICE**

<b>Introducción</b> .....	1
Acerca del diseño de la investigación .....	2
Facilitadores y obstaculizadores .....	5
<b>Capítulo I. Aproximaciones teóricas para un abordaje integral de la Salud Mental.</b>	
Introducción .....	7
El proceso salud-enfermedad-atención .....	7
¿Qué entendemos por Salud Mental? .....	11
Modelo Medico Hegemónico: Relaciones entre Salud y Poder .....	13
La Institución Total y sus lógicas manicomiales .....	14
Cambio de Paradigma: De objeto de asistencia a sujeto de Derecho .....	16
<b>Capítulo II. Acerca de los Talleres Protegidos: ¿Del oficio a la rehabilitación?</b>	
Introducción .....	21
Algunas consideraciones históricas de los TT.PP.....	21
Sobre la ubicación y actividades de los TT.PP.....	22
Modalidad práctica .....	23
Etapas del tratamiento en los TT.PP.....	24
Acerca del equipo tratante .....	28
Legislación vigente en materia de TT.PP.....	30

### **Capítulo III. Repensando las redes familiares y sociales de los sujetos con padecimiento mental**

Introducción .....	32
Consideraciones acerca de las redes familiares .....	32
Consideraciones acerca de las redes sociales .....	38

### **Capítulo IV. El “Trabajo” como rehabilitación: Una búsqueda de autonomía e inclusión.**

Introducción .....	44
Construyendo Autonomía .....	44
La Inclusión Social como Derecho .....	46
Locura y Trabajo: Un trayecto repleto de incertidumbre .....	48

<b>Consideraciones Finales .....</b>	<b>54</b>
--------------------------------------	-----------

<b>Bibliografía .....</b>	<b>57</b>
---------------------------	-----------

<b>Anexo .....</b>	<b>61</b>
--------------------	-----------

## **ADVERTENCIA PARA LA LECTURA**

Creemos que el lenguaje es un constructor de subjetividades y el lenguaje sexista es de por sí excluyente. Debido a esto nos parece importante aclarar que a lo largo de este trabajo hemos optado por hablar de “sujetos” la mayor cantidad de veces que fuera posible, evitando la generalización en masculino. En aquellas situaciones donde nos hemos visto obligadas a utilizar un término que presuma género lo hemos hecho, entendiendo que todas las menciones representan a hombres y mujeres. Creemos firmemente que el uso abusivo del genérico masculino es un reproductor de las lógicas patriarcales vigentes en nuestra sociedad.

## INTRODUCCIÓN

El presente escrito es el documento final del trabajo de investigación realizado para la culminación de la carrera de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires.

Dicho trabajo surge a partir de las prácticas pre profesionales pertenecientes a la materia Taller III, las cuales fueron desarrolladas en los Talleres Protegidos de Rehabilitación en Salud Mental, dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (a los que de aquí en adelante denominaremos TT.PP.). Es importante destacar que una de nosotras realizó sus prácticas pre-profesionales en los TT.PP., mientras que la otra ha sido aprobada por la Institución para realizar esta investigación. Durante dicho proceso de aprendizaje, que se extendió durante un ciclo lectivo, nos insertamos en el Taller N°1 (dedicado a la realización de actividades textiles), teniendo como referente a una Lic. en Trabajo Social, la cual formaba parte de un equipo interdisciplinario conformado además por una Psicóloga, una Terapeuta Ocupacional y una Enfermera.

El predio en el cual se encuentran los TT.PP. está conformado por los diferentes talleres, cada uno denominado con un número y relacionado a un tipo de actividad específica, como así también las oficinas administrativas de la Institución. Dicho sitio está establecido sobre la Avenida Suárez, en el barrio de Barracas, apenas a dos cuadras del Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José T. Borda y a una cuadra del Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano. Solamente un taller, el N°1 en el cual desarrollamos nuestras prácticas pre profesionales, se encuentra en el predio del Hospital Borda, contando con entradas desde la calle como así también desde dentro del Hospital. Este taller cuenta con la particularidad de encontrarse aparte del predio de los TT.PP., para que pueda darse la inserción de las personas con padecimiento mental que no cuentan con un permiso de su médico tratante para transitar por fuera del establecimiento hospitalario.

TT.PP. es un efector de Salud Mental, que se ha ido transformando conforme a los nuevos paradigmas de la atención a dicha temática. En la actualidad brinda un tratamiento de rehabilitación psicosocial ambulatorio, para personas que padecen trastorno mental

severo (TMS) (conceptualizado de esta manera por la Institución), a los cuales también se refiere como pacientes.

En términos de la Institución, el objetivo principal de la rehabilitación consiste en propiciar que las personas asistidas adquieran y utilicen aquellas habilidades y competencias necesarias para vivir, aprender, vincularse con otros y trabajar en un medio social, para lograr el mayor grado de autonomía que en cada caso sea posible. Este tratamiento de rehabilitación se complementa con el tratamiento de psicoterapia y/o control psicofarmacológico, con el fin de favorecer la adherencia a estos últimos. Se requiere una derivación del profesional tratante para la inclusión en el dispositivo.

Durante todo el tratamiento, desde la Institución se le otorga destacada importancia al abordaje familiar y social. Ya desde la primera etapa, la cual se denomina “de adaptación”, se realizan reuniones multifamiliares periódicas, entendiendo a la familia en sentido ampliado, con el fin de potenciar la comunicación y el seguimiento del tratamiento buscando brindar un adecuado acompañamiento en dicho proceso.

De acuerdo con lo observado en TT.PP., el trabajo con las familias es fundamental, ya que se busca fomentar la participación de las mismas y de los grupos de personas significativas para el paciente durante el tratamiento.

A partir del contacto con los sujetos (quienes fueron nuestra población sujeto de estudio) producto de la práctica pre profesional desarrollada en el dispositivo, pudimos tomar conocimiento respecto a la fragilidad de los vínculos familiares y sociales que la mayoría de ellos presenta. A su vez, también visualizamos la ausencia de inclusión social y autonomía que los mismos vivencian en diferentes ámbitos de su vida cotidiana.

Habida cuenta lo expuesto, en este trabajo nos proponemos como objetivo dar cuenta de la incidencia de las redes familiares y sociales de las personas con padecimiento mental que participan de los TT.PP., y analizar los diferentes aspectos con los cuales se favorece y/o dificultan los procesos de autonomía e inclusión social que, por medio del tratamiento, pretende propiciar la Institución.

## **Acerca del diseño de la investigación**

La investigación fue llevada a cabo durante el transcurso del año 2015, realizándose las entrevistas durante el mismo período.

La investigación fue de tipo exploratorio con base empírica. Este tipo de estudio *“en pocas ocasiones constituyen un fin en sí mismos, por lo general determinan tendencias, identifican relaciones potenciales entre variables. Se caracterizan por ser más flexibles en su metodología y amplios”*. (Hernández Sampieri, 2006). El análisis se abordó desde una metodología cualitativa. Siguiendo a María Antonia Gallart (1992) entendemos a la misma cuando el análisis se efectúa en base a información observacional o de expresión oral o escrita, poco estructurada, recogida con pautas flexibles, difícilmente cuantificables. Se trata de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas.

Consideramos que el enfoque cualitativo nos permitió identificar y conocer de una manera profunda la realidad social y su estructura dinámica. Al mismo tiempo pudimos realizar inferencias de los datos analizados, permitiendo que se refleje la subjetividad propia de nosotras como investigadoras

La recolección de datos se llevó a cabo utilizando fuentes de datos primarias y secundarias. Dentro de las primeras podemos mencionar: seis entrevistas semi-estructuradas a sujetos que acuden a los TT.PP., y tres entrevistas semi-estructuradas a profesionales que trabajan en la Institución. Todas fueron realizadas durante los meses de Julio y Agosto del 2015.

Las entrevistas se grabaron en soporte electrónico y se desgrabaron para su análisis, y fueron realizadas dentro de la Institución en oficinas y de forma individual, con el fin de lograr la mayor privacidad en el encuentro. Sólo en una ocasión realizamos una entrevista a un paciente en un pasillo, ya que no se encontraba disponible el espacio propicio para llevar adelante el encuentro. Durante algunos momentos de la charla contamos con la presencia de la Jefa del Servicio Social de la Institución, situación que consideramos no favoreció a la privacidad necesaria para llevar a cabo la entrevista.

En cada encuentro con los pacientes les informamos cual era el fin de las entrevistas y también les proporcionamos previamente a comenzar la charla un consentimiento informado, el cual fue firmado por cada uno de los entrevistados.

En las entrevistas se abordaron diversos ejes temáticos, entre ellos: vínculos familiares y sociales, trayectoria personal en el dispositivo como así también en las Instituciones de Salud Mental. También se tuvieron en cuenta cuestiones de la vida cotidiana de cada sujeto, como ser: participación en espacios comunitarios, políticos, laborales y la realización de actividades de la vida cotidiana.

En referencia a los temas abordados en las entrevistas, desde la coordinación institucional tuvimos la sugerencia de no realizar preguntas acerca de temas que consideramos relevantes a los fines de nuestra investigación como ser: si el/la paciente pudo acceder al sistema educativo a lo largo de su trayectoria personal, si participa de algún espacio comunitario y/o político y si posee una buena relación con su equipo médico tratante. Pudimos superar esta situación, y en consecuencia incluir los interrogantes que nos interesaban, al exponer por qué considerábamos de importancia a los mismos. Finalmente pudimos abordarlos en los encuentros con los pacientes y obteniendo información también a partir de las lecturas de las Historias Clínicas de cada uno de los entrevistados.

Por otro lado, se realizaron tres entrevistas semi-estructuradas a una de las Trabajadoras Sociales de la Institución, a una de las Psicólogas y a una Terapeuta Ocupacional. Los encuentros se mantuvieron durante el mes de Agosto del 2015, y se tocaron temas relacionados la historia profesional de cada una de ellas dentro de los TT.PP, las funciones llevadas a cabo, los objetivos profesionales que se proponen y su visión respecto a los lineamientos institucionales que el tratamiento delimita.

Otra de las fuentes primarias con las que contamos fueron los registros de observación no participante que fuimos realizando a medida que se desarrolló la práctica pre profesional. Los mismos registraron entrevistas llevadas a cabo por el equipo profesional del Taller N° 1 a tanto sujetos que acudían a los TT.PP. como también a los familiares de los mismos, reuniones multifamiliares (las cuales son un espacio que propone la Institución para generar el encuentro de los familiares con los profesionales del taller) y

encuentros con los pacientes de forma grupal en los cuales se abordaron diferentes temáticas.

También incorporamos al análisis las notas de campo realizadas durante el año 2012 en la inserción a los TT.PP. como también durante el año 2015, momento en el cual nos acercábamos a la Institución con el fin de tener encuentros con los pacientes y los profesionales para producir esta investigación.

En cuanto a las fuentes secundarias empleadas para la elaboración de este Informe se encuentran la bibliografía acerca de la temática, la cual utilizamos para confeccionar nuestro marco teórico. Además contamos con documentos elaborados por la Institución, los cuales nos fueron ofrecidos por los profesionales para desarrollar esta investigación. Los mismos brindaban información acerca del dispositivo, su historia, objetivos que pretende lograr y sus formas para implementarlos.

Por otro lado, tuvimos acceso a las Historias Clínicas de los pacientes, las cuales fueron un complemento valioso para poder conocer más acerca de los sujetos, su diagnóstico clínico, y su trayectoria familiar y social.

Por último, también realizamos consultas a sitios de Internet con el fin de ampliar y actualizar la información con la que contábamos, como ser por ejemplo: páginas con contenido referido a la Legislación vigente en materia de Salud Mental (tanto la Ley Nacional como la de la C.A.B.A.). También accedimos a portales que brindaron información acerca de la Legislación actual que rige el funcionamiento de los TT.PP. a nivel nacional. Ha sido de gran utilidad el sitio institucional de los TT.PP., como los portales webs de organismos estatales en los cuales se encuentran publicados informes y auditorías propicias y de interés para esta investigación.

### **Facilitadores y obstaculizadores**

Durante el acercamiento a la problemática y la realización de este trabajo de investigación, hemos vivenciado diferentes situaciones, las cuales se convirtieron en facilitadores u obstaculizadores a la hora de desarrollar nuestro estudio.

Dentro de los primeros podemos mencionar que debido a las prácticas pre profesionales desarrolladas por los estudiantes de nuestra carrera cada año dentro de la Institución, la misma posee conocimiento respecto al interés existente de parte de los alumnos en realizar un Trabajo de Investigación de grado dentro del marco institucional de los TT.PP. Producto de esas prácticas pre profesionales llevadas a cabo, también podemos mencionar como un facilitador en este proceso, el contar con el conocimiento de la dinámica institucional a priori, antes de comenzar a desarrollar la investigación. Asimismo, este conocimiento previo también nos permitió seleccionar y estructurar la estrategia de realización de entrevistas a quienes serían nuestros informantes claves.

A la hora de comenzar a desarrollar el proceso de investigación, si bien contábamos con la aprobación institucional como ya lo mencionamos, participamos de numerosos encuentros con la Jefa del Servicio Social de los TT.PP., la Lic. Verónica Lago, con el fin de establecer los criterios en base a los cuales realizaríamos nuestro trabajo, aspecto que valoramos hondamente dado que suponía la activa participación de la Licenciada. Si consideramos que los encuentros demoraron el comienzo del proceso de realización de entrevistas, y por ende su posterior análisis, podría pensarse que dicha situación podría asimilarse a un obstaculizador. Sumado a ello, en cada encuentro al que asistimos, desde la Institución se realizaron numerosas correcciones, sugerencias y observaciones a nuestro diseño de investigación ya aprobado por la cátedra, tanto en lo que se refiere al marco teórico elaborado, como así también a las guías de entrevistas confeccionadas. En todo momento aceptamos sugerencias que pudieran enriquecer el producto final, a sabiendas que esta constante revisión también consumió mucho tiempo antes de comenzar el trabajo. Consideramos que pudimos sortear esta situación, ya que conjugamos la inclusión de aspectos que resultaban relevantes para la Institución, pero manteniendo nuestros intereses y objetivos que motivaron esta investigación desde el primer momento. De allí que no entendamos que se trataron de obstaculizadores en sentido estricto, sino lo que podríamos denominar demoras de inicio al trabajo de campo propiamente.

Otro punto central es el referido a las entrevistas realizadas a pacientes que acuden al dispositivo. Si bien la Institución nos aprobó a realizarlas (previa firma de consentimiento informado por parte del paciente), también requirió de múltiples encuentros poder definir la manera que a su entender resultara la más acertada para llevarlas a cabo. En determinadas situaciones la Institución se mostró un tanto reacia a la realización de entrevistas a pacientes en un espacio privado, de modo que accedieron a que una de las entrevistas por ejemplo, se llevara a cabo en pasillos de la Institución.

La presente investigación ha sido estructurada en cuatro capítulos. El primero aborda de modo articulado los conceptos teóricos que se encuentran íntimamente relacionados con nuestros objetivos de investigación. El segundo capítulo da cuenta de la caracterización de la Institución y de la Legislación vigente en nuestro país respecto a la Salud Mental. En el tercer capítulo se mencionan conceptualizaciones respecto a lazos familiares y lazos sociales, mientras que el capítulo cuarto procura explicar el proceso de autonomía e inclusión social por el que transitan los sujetos que acuden a los TT.PP. Finalmente, en las consideraciones finales nos propondremos dar cuenta acerca del cumplimiento o no de los objetivos que nos hemos planteado de forma inicial, como así también de los interrogantes que nos han surgido durante el proceso de investigación.

## **CAPÍTULO I.**

### **APROXIMACIONES TEÓRICAS PARA UN ABORDAJE INTEGRAL DE LA SALUD MENTAL**

#### **Introducción**

En este capítulo realizamos un recorrido teórico por los conceptos que nos fueron relevantes para llevar a cabo la investigación. En el mismo desarrollamos el concepto de proceso salud-enfermedad-atención, haciendo hincapié en qué entendemos por Salud Mental y por el Modelo Médico Hegemónico. También describimos el concepto de Institución Total desarrollado por Goffman (1984), el cual si bien no responde a la modalidad terapéutica que se verifica en el objeto de estudio de nuestra investigación, consideramos que se trata de una articulación válida, dado que quienes participan de los TT.PP. son personas con padecimiento mental, las cuales han atravesado o se encuentran atravesando una situación de internación en alguna Institución. Luego de definir estos conceptos, exponemos el marco legislativo actual.

Resulta indispensable destacar que los conceptos que se abordarán aquí se encuentran íntimamente relacionados con nuestros objetivos de investigación, y que los mismos forman parte del marco teórico a partir del cual se encuentra direccionada esta investigación.

La exposición de este marco teórico contribuye a una mejor comprensión de los procesos y normativas en los cuales se desarrolla nuestra problemática analizada.

#### **El proceso salud-enfermedad-atención**

La salud es un derecho humano y social fundamental. La definición expresada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) consiste en entenderla como el completo bienestar bio-psico-social y no como la mera ausencia de enfermedad. Esta concepción

refiere a aspectos universales de la naturaleza del hombre y su unidad biológica, destacando la influencia de sus experiencias y los factores del ambiente social, cultural y económico.

*“La enfermedad, de esta manera, desde hace mucho tiempo no es considerada como un mero producto de diferentes desajustes o alteraciones unicasuales, sino que se vincula con una serie de circunstancias que exceden el abordaje de una sola mirada, o la sumatoria de estudios de fenómenos comprensivo explicativos constituidos dentro de tramas sociales estables. La enfermedad articula lo social y lo singular desde el padecimiento, su impacto subjetivo y también construye sus inscripciones en los que rodean a quien la padece”.*

(Carballeda, 2012: 40).

Un autor que ha trabajado y aportado en relación a este concepto es Eduardo Menéndez (1994), para quien el proceso de salud-enfermedad-atención constituye un universal que opera estructuralmente en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales que la integran. La enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud son parte de un proceso social dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad. El sujeto, ya desde su nacimiento, se constituye e instituye a partir del mencionado proceso. Padecimientos/respuestas son procesos estructurales de todo sistema y todo conjunto social. Los conjuntos sociales, entonces, no sólo generan representaciones y prácticas, sino que estructuran saberes específicos para enfrentar esos padecimientos.

De esta manera cada proceso de salud–enfermedad está relacionado con el contexto histórico social, en un tiempo determinado, y en ese sentido los modos de atención son intermediaciones político-técnicas. Reflexionar respecto a la relación existente entre los procesos salud-enfermedad y sus respectivos contextos culturales y sociales, supone establecer una mirada integral sobre lo que entendemos como salud. Coincidimos con las autoras Heller, Petrella y Vilarnovo en *“pensar en clave de condicionantes y no de determinantes sociales, porque esto implicaría una imposibilidad de poder modificar dichas situaciones. Son condicionantes de la salud y la salud mental de una población, la pobreza, las distintas expresiones de las injusticias, las desigualdades sociales, los cambios sociales abruptos, la falta de acceso a una adecuada educación, a los servicios de salud, al trabajo, a una vivienda digna, las situaciones de violencia y de vulnerabilidad social, etc”.* (Heller, Petrella y Vilarnovo, 2013:54).

A partir de la experiencia desarrollada en los TT.PP. pudimos visualizar que además del padecimiento mental que sufren, los sujetos se encuentran atravesados por una multiplicidad de problemáticas, las cuales para una óptica que se basa en una mirada integral de la salud, son condicionantes del estado de salud de dichos sujetos. La población que compone los TT.PP. es heterogénea ya que se encuentra conformada tanto por hombres como mujeres, de amplio rango de edad y con realidades en su vida cotidiana diversas. A diferencia de otros dispositivos de Salud Mental, los TT.PP. no reciben únicamente pacientes hospitalizados, sino que también llevan a cabo allí su rehabilitación sujetos que viven fuera de los muros del Hospital Psiquiátrico. De éstos, las posibilidades que se desprenden también son diversas, ya que algunos conviven con su grupo familiar, amigos o solos. A pesar de estas situaciones, la mayoría de los pacientes, como mencionábamos, se encuentran expuestos a situaciones de vulnerabilidad social relacionadas con el vivir en contextos de pobreza, la dificultad para acceder al sistema de salud y educación y la vulneración de sus derechos; realidades que son condicionantes de la salud de cada sujeto. En relación a esto, podemos mencionar un estudio realizado por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) denominado “Vidas Arrasadas” en cual se menciona que *“la inestabilidad económica y política ha afectado a todos los sectores de la sociedad argentina. Sin embargo, los sectores de la población económica y socialmente más marginados —como las personas con discapacidades— han sido aún más vulnerables a sus efectos. La pobreza no sólo acentúa algunas de las consecuencias negativas de la discapacidad; es también un factor que lleva a incrementar las incidencias de discapacidad, en la medida en la que acceder a servicios de salud, educación y rehabilitación se vuelve más difícil con el aumento de los índices de desempleo y pobreza”*. (CELS, 2007: 24).

Es en esta misma línea de pensamiento que el autor Carballeda reflexiona acerca de las características que manifiestan los sujetos que se presentan luego del estallido político, social y económico que se vivió en nuestro país en el año 2001, en los efectores de Salud Mental. El los denomina “sujetos inesperados” visualizando al padecimiento mental como una problemática social compleja ya que *“Dialoga con la vulneración de derechos, la incertidumbre, el padecimiento subjetivo, elaborándose así nuevas formas de comprender y explicar los fenómenos asociados o ligados a lo mórbido, a las diferentes maneras de*

*construcción de la solidaridad en tramas heterogéneas y, muchas veces, dentro de un estallido de los dispositivos de asistencia que por diferentes razones muestran dificultades para abordar las nuevas demandas dentro del sector. Así, el sujeto que se presenta en los servicios asistenciales de salud, se constituye como “inesperado”*. (Carballeda, 2012: 40). Uno de los Jefes de Servicio de uno de los pabellones de pacientes crónicos del Hospital Borda ha brindado su relato para el informe del CELS en el cual menciona lo siguiente: *“El problema es que no tienen adónde ir porque no tienen a nadie o la familia los rechaza. El 60 por ciento está en condiciones de alta médica pero no tiene adónde ir. Son “casos sociales”. En ninguna otra especialidad existe este problema. Cuando uno se interna por una operación del apéndice la familia no lo abandona en el hospital”*. (CELS, 2007: 32). Un ejemplo de este escenario que se plantea es el caso de una de las pacientes de los TT.PP. a quien denominaremos “A”, a la cual tuvimos acceso a través de la lectura de su historia clínica. En la misma se hace referencia a sus sucesivas internaciones. Luego de recibir su primer alta, “A” no retorna a su hogar sino que queda en situación de calle y es en esta misma situación que se encuentra al ser nuevamente hospitalizada, teniendo intervención en este caso la Policía, en el año 2007. Esta situación ejemplifica los “casos sociales” acerca de los que menciona el CELS, ya que más allá de la descompensación que presentó “A”, su internación se debe a no tener una contención familiar ni un lugar al cual ir luego de recibir el alta médica.

En concordancia con la visión de estos autores, podemos citar una corriente de pensamiento surgida en América Latina que nos parece significativa: “Salud colectiva” o “Medicina Social”, que estudia la salud-enfermedad de la colectividad como una expresión de los procesos sociales. Es decir, *“postula la necesidad de analizar los fenómenos de salud y enfermedad en el contexto del acontecer económico, político e ideológico de la sociedad y no sólo como fenómenos biológicos que atañen a los individuo”*. (Laurell, 1986: 1). Esta corriente tuvo su origen a finales de los años 60 luego de la crisis en la que se encontraba la Salud Pública Desarrollista. Para el grupo de investigadores que formaban esta nueva corriente la única forma de descifrar la realidad sanitaria de dicho momento histórico era a través de la postulación del carácter social del proceso salud-enfermedad. (Laurell, 1986).

El enfoque metodológico-teórico que estudia la medicina social le asigna a su praxis una característica diferencial con respecto a lo acostumbrado en la salud pública. Se considera como unidad de análisis a la población y a las instituciones sociales como totalidades cuyas características trascienden a los individuos que las compone. *“Es decir, las especificidades individuales y grupales son analizadas en el contexto social que las determina”*. (Iriart, 2002: 130).

Desde nuestro punto de vista es relevante rescatar estas posturas de los autores y corrientes de pensamiento ya que consideramos que son aportes fundamentales que enriquecen el marco teórico que guía nuestra investigación.

### **¿Qué entendemos por Salud Mental?**

El análisis que se expone en este trabajo se cimienta sobre una concepción de la Salud Mental específica y con resonancias particulares. En este sentido, cobra relevancia el trabajo de Stolkiner, quien discute sobre la posibilidad de conceptualizar a la Salud Mental: *“Cuando en nuestro campo se debate sobre el concepto de Salud Mental suele considerarse que la complejidad, o el obstáculo epistemológico, residen en la cuestión de lo “mental”, desconociendo que lo enmarcan profundos debates sobre la noción misma de salud”*. (Stolkiner, 2012: 57). Las concepciones de salud se sustentan en una determinada concepción del mundo y del sujeto. Siguiendo a Arito *“se entiende al sujeto como ser en el mundo, construyéndose y construyéndolo; un mundo que nunca es natural sino que está entretejido de vínculos y de relaciones sociales, desde la idea que el psiquismo es un sistema no clausurado, sino un sistema abierto y que, por esa relación fundante sujeto - mundo, de interdependencia y de diferenciación, está en permanente transformación recíproca”*. (Arito, 2001: 8).

En el sistema de representaciones sociales se encuentran inscriptas concepciones o criterios de Salud Mental, en forma explícita o implícita, que incluso pueden ser perceptiblemente contradictorias. Este sistema de representaciones sociales opera desde la interioridad de los sujetos y orienta las expectativas respecto del mismo sujeto y de los otros.

La expresión de las demandas actuales en este campo al decir de Emiliano Galende *“tienen la característica esencial que anudan en un mismo plano el sufrimiento mental y el sufrimiento social, no logrando la Psicopatología discernir cuanto proviene de la historia del individuo y cuanto de su situación social”*. (Galende, 2002).

En este marco concebimos lo relativo a la Salud Mental, considerando que la sociedad es quien genera las condiciones para el surgimiento de la enfermedad mental. Siguiendo nuevamente a Galende, *“toda sociedad produce una subjetividad situada en su tiempo histórico y a la vez genera las condiciones suficientes y necesarias para establecer distintas formas de padecimiento mental”*. (Galende, 1994: 82).

Consideramos importante la necesidad de un tratamiento integral para incluir así una mayor atención al estudio del contexto, es decir la interacción del paciente con su propio ambiente, y también la asignación de un papel más activo de la persona en el tratamiento. Eso sirve para poder hacer abordajes desde la singularidad de los sujetos y la búsqueda de estrategias de intervención de acuerdo al interés y deseo de la persona sobre su tratamiento y su vida cotidiana.

En la entrevista realizada a una de las Trabajadoras Sociales de los TT.PP., la misma refiere la importancia que le da el dispositivo a la singularidad de la persona ejemplificándolo con la elección del taller en el cual se incluirá el sujeto:

*“Se toma en cuenta la elección de la persona en función de sus intereses, cómo le haya resultado la experiencia de haber estado en ese taller y después si vemos si a nosotros nos parece que hay espacios para recibirlo y si a veces las características de un grupo o de los tiempos profesionales que están ahí, nos parece que pueden ser favorables o favorecedor del proceso de rehabilitación”*.

(A.V. Lic. en Trabajo Social).

Nos parece importante destacar la reflexión de la Trabajadora Social en cuanto al rol activo que se espera desarrolle el paciente dentro del dispositivo, con miras a lograr mayores niveles de autonomía en su vida cotidiana.

A través de su informe del año 2001, la OMS ha referido que alrededor de 450 millones de personas sufren algún padecimiento mental. En el Programa de Actualización en Determinantes de la Salud Mental en el campo de las Ciencias Sociales dictado en la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, se enfatiza en que tanto para los padecimientos mentales como para el resto de las enfermedades pueden reconocerse dos vías de origen y ampliación de las mismas *“la primera es tradicionalmente identificada con el sistema de salud del cual, en tanto sistema institucional, disponen las personas para la atención y promoción de su salud mental, la prevención de enfermedades, etc. La segunda vía se refiere a las condiciones generales (socio-económicas, ambientales, laborales, etc.) en las que las personas viven, y en el marco de las cuales desarrollan las actividades propias de distintas etapas del ciclo de vida (crecimiento, socialización, estudio, trabajo, etc.), a las que se denomina “determinantes sociales de la salud (mental)”*. Una y otra son *productoras de salud o de enfermedad, de bienestar o de malestar mental por razones similares*” (Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales, 2011).

Consideramos que debemos entender al padecimiento mental como un producto de variados condicionantes socio-históricos y culturales, y no sólo como un resultado biológico.

### **Modelo Médico Hegemónico: Relaciones entre Salud y Poder**

El Modelo Médico Hegemónico (en adelante MMH) es un concepto operacional para explicar parte de las relaciones entre hegemonía y salud. De acuerdo a Menéndez, el MMH *“se constituye e instituye en los países capitalistas centrales, coetáneamente con el proceso de obtención de hegemonía por parte de la burguesía, y cuando la relación de clases fundamentales en dichas sociedades se establece a través de las relaciones burguesía – proletariado”*. (Menéndez, 1986: 49).

El MMH es un discurso que contempla los síntomas y signos de una enfermedad, con una noción organicista de la misma, que desde una perspectiva positivista, la define como entidad, estado o proceso natural, ignorando los procesos históricos, sociales y políticos inherentes a la dinámica salud- enfermedad. Este modelo al posicionar el discurso médico como verdadero, en tanto científico, le permite al saber médico presentarse como neutral, ahistórico e independiente de las relaciones sociales de poder, a la vez que legitima una relación de poder particular: la relación médico- paciente.

El MMH tiende a la medicalización de los sujetos, preponderando el plano curativo, enfocando su mirada en la enfermedad y marginando, de este modo, políticas preventivas. Siguiendo a Foucault (1996), el término “medicalización” hace referencia a un proceso que se caracteriza por la función política de la medicina y por la extensión indefinida y sin límites de la intervención del saber médico. El ejercicio moderno del poder es, para Foucault, principalmente del orden de la normalización de los individuos y de las poblaciones. La medicina desempeñó y desempeña un papel fundamental en la formación de esta modalidad de ejercicio del poder. En palabras del pensador francés, *“Si los juristas de los siglos XVII y XVIII inventaron un sistema social que debía estar dirigido por un sistema de leyes codificadas, se puede afirmar que los médicos del siglo XX están por inventar o inventaron una sociedad de la norma y no de la ley. No son los códigos los que rigen la sociedad, sino la distinción permanente entre lo normal y lo patológico, la empresa perpetua de restituir el sistema de normalidad”*. (Foucault, 1996: 50).

El autor afirma que la medicina forma parte de un sistema histórico relacionado con un sistema económico y de poder. En esa línea, y refiriéndose a la medicina contemporánea, considera que *“Hoy la medicina está dotada de un poder autoritario con funciones de normalización que van más allá de la existencia de las enfermedades y de la petición del enfermo”*. (Foucault, 1996: 50).

Los sujetos que concurren al dispositivo, si bien pueden o no estar hospitalizados, por general mantienen una extensa trayectoria insertos dentro del sistema de salud, debido a la cronicidad de su padecimiento. Como mencionamos anteriormente, la derivación a TT.PP. depende del equipo médico tratante de cada paciente, el cual en ciertos casos no

tiene en cuenta los intereses o preferencias del mismo. De las entrevistas realizadas a uno de los pacientes se desprende por ejemplo:

*“En Consultorios Externos yo no estaba muy de acuerdo, porque me daban cantidad de medicamentos y cuando me internaron, internada y todo, yo tomaba la mitad de medicación de lo que estaba tomando en Consultorios Externos. Y ahora que salí me bajaron un poquitito, con precaución siempre, pero yo estoy mucho mas de acuerdo”.*

*(M, paciente de TT.PP.).*

Otro de los pacientes entrevistados refirió ante la siguiente pregunta: “¿Te atendieron siempre los mismos médicos, como te sentís con ellos?”

*Sí, siempre los mismos médicos. Sí, me gusta pero va pasando el tiempo y te exigen más cosas que no puedes hacer o no te gustan hacer o que uno ya está cansado y quiere vivir afuera o capaz que no estoy acostumbrado a trabajar tomando la pastilla”.*

*(J.L. paciente de TT.PP.).*

Este extracto refleja la asimetría de la relación medico-paciente, donde el primero indica y ordena activamente como depositario del saber y el segundo debe obedecer y cumplir pasivamente las indicaciones. Se hace patente el poder médico, el cual toma decisiones tanto de la cuestión farmacológica como así también de otros aspectos, los cuales van a influir en la cotidianeidad de cada sujeto.

### **La Institución Total y sus lógicas manicomiales**

Teniendo en cuenta que históricamente, y como ya referimos, una de las respuestas terapéuticas más extendidas para las personas con padecimiento mental ha sido la hospitalización en Instituciones con lógicas manicomiales, es importante destacar la postura de Goffman, autor que definió y analizó las Instituciones Totales y la situación social de lo que él denominó enfermos mentales.

Siguiendo a Goffman podemos definir una Institución Total como *“un lugar de residencia, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente”*. (Goffman, 1984: 13).

Si bien no se considera los TT.PP. como una Institución Total ya que los pacientes no se encuentran en una situación de encierro, podemos encontrar en el análisis de Goffman ciertas similitudes con las características que reviste la vida de los sujetos dentro del dispositivo. Una de ellas es la de regimentación y tiranía, en palabras de la Dra. Bianchi estos conceptos refieren *“en una institución total, el personal encargado del cuidado y manejo de los internos puede someter a juicio e invocar reglamentos respecto de hasta acciones mínimas de las personas allí encerradas. Cada especificación despoja al sujeto de la posibilidad de balancear sus necesidades y objetivos de acuerdo con criterios personales de eficiencia a la vez que se lo expone a que el optar por una línea de acción divergente lo haga depositario de sanciones”*. (Bianchi, E. y Lorenzo, G., 2013: 21).

Creemos, al igual que la autora que es necesario poder adecuar teórica y metodológicamente las categorías de Institución Total, dispositivo y disciplina para así poder reflexionar sobre las problemáticas actuales en el campo de lo que denominamos el proceso salud-enfermedad-atención.

Generalmente los TT.PP. existen en el imaginario colectivo como los “TT.PP. del Borda”, lo cual haría referencia a un dispositivo funcionando dentro de dicha Institución. Lejos de esto, es propicio aclarar que sólo uno de los talleres, específicamente el N° 1 comparte parte del predio con el Hospital, con el fin de facilitar que ciertos sujetos que no poseen el permiso necesario para transitar por la vía pública, ingresen al dispositivo y

puedan realizar su tratamiento allí. El resto de los talleres está ubicado por fuera de los confines del Hospital Neuropsiquiátrico.

Retomando, consideramos que la atención en Salud Mental debe ser abordada teniendo en cuenta la singularidad de cada persona, sus necesidades, su contexto, entendiendo la importancia de fortalecer los vínculos fuera del ámbito institucional, recuperando los lazos socio familiares de la persona y que el ámbito hospitalario no sea su único lugar de referencia. Siguiendo a la autora Cazzaniga (1997) *“pensar en singularidad es comprender la posibilidad instituyente de todo sujeto”*.

En función de la Investigación realizada, entendemos que la intervención profesional se cimienta en una construcción artificial de un espacio tiempo, desde la perspectiva tanto desde los sujetos que solicitan la intervención como desde el propio sujeto profesional.

### **Cambio de Paradigma: De objeto de asistencia a sujeto de Derecho**

Un aspecto insoslayable del análisis es que la investigación se realizó a la luz de la nueva Ley de Salud Mental (N° 26.657), sancionada en el año 2010, la cual regula la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental en la República Argentina. Dicha legislación *“reconoce a la Salud Mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas”*. (Artículo 3° Ley N° 26.657).

Esta Ley constituye un paso muy importante hacia un cambio de paradigma a nivel local: concebir a la persona usuaria de los servicios de Salud Mental como sujeto de derechos y ya no como objeto de asistencia. A partir de la incorporación del término *“padecimiento mental”*, esta Ley establece un enfoque desde la noción *“padecer”*, el cual según Faraone *“condujo a problematizar la construcción de una categoría cultural y, por*

*lo mismo, cambiante en cada contexto; y admitió un supuesto epistemológico que instituye la “subjetividad” como elemento sustantivo, no limitando la afección de la salud mental a un conjunto de entidades patológicas definidas (tal la dimensión de “enfermedad” o “trastorno”), sino a la comprensión de nuevas representaciones y expresiones de las formas de “padecer”. Esta noción encontró acogida en los procesos des/institucionalizadores afines a la garantía de los derechos sociales y políticos de los sujetos usuarios de los servicios de salud mental”.* (Faraone, 2013: 37)

Las personas usuarias de servicios de Salud Mental han sido históricamente invisibilizadas y marginadas del ejercicio de sus derechos. El modelo de atención vigente previo a la actual Ley de Salud Mental ha llevado a que estas personas hayan sido y sean obligadas a someterse a procesos de internación sin tomar en cuenta su voluntad. Concebidas así, como objetos de tutela y protección negando su capacidad para tomar decisiones e insertarse en la comunidad, hospitalizadas durante largos períodos en grandes centros de internación donde sufren la ruptura de sus lazos sociales, medicadas innecesariamente o en forma excesiva, socialmente estigmatizadas y por esto restringidas en sus derechos fundamentales como por ejemplo trabajar, estudiar, casarse, votar, tener hijos.

Este modelo lleva a destinar gran parte de los recursos en Salud Mental a una hospitalización que excluye a las personas y paradójicamente favorece la discapacidad. Respecto a esta problemática, el CELS elaboró en el año 2007 un informe acerca de la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos de nuestro país, orientado desde un enfoque de Derechos Humanos. En dicho escrito se fundamenta que *“la segregación efectiva de las personas en las instituciones psiquiátricas argentinas contribuye a incrementar su discapacidad y viola los estándares internacionales de derechos humanos. Al ser separadas de la sociedad, las personas pierden los lazos que las unen a su familia, amigos y comunidades de referencia. Las personas quedan sometidas al régimen custodial de las instituciones psiquiátricas, y pierden las habilidades de vida esenciales que necesitan para sobrevivir en la comunidad, lo que impide su rehabilitación”.* (CELS, 2007: 11).

Desde el 2 de diciembre de 2010 Argentina cuenta con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Esta Ley constituye un paso muy significativo para adecuar la legislación interna a los estándares internacionales de Derechos Humanos. La nueva Ley establece un piso de derechos y garantías para regular la actuación de los organismos y actores involucrados. Se parte de la presunción de capacidad de la persona. Se prohíbe la creación de nuevos manicomios o instituciones monovalentes promoviendo los dispositivos alternativos como hospitales de día; casas de convivencia etc. Las instituciones existentes deben ir adaptándose a los objetivos y principios de esta Ley hasta la sustitución definitiva. Las internaciones, que se harán en hospitales generales; deberán ser voluntarias; previo “*consentimiento informado*” a la persona y serán un recurso terapéutico de la mayor brevedad posible y de uso restrictivo solo para cuando sea más beneficioso que el realizado dentro del entorno familiar. Siguiendo a las autoras Heller, Petrella y Vilarnovo “*la Ley 26.657 de salud mental cambia el paradigma del hospital monovalente por un criterio desmanicomializador y encuentra fundamento de validez en la salud como derecho humano fundamental, viéndose así reflejado el respeto por la dignidad humana*”. (Heller, Petrella y Vilarnovo 2013: 53).

En todo momento promueve el mantenimiento de los lazos familiares, de afectos, laborales y sociales como el resguardo de su identidad. En el caso de internaciones involuntarias requerirán de una evaluación interdisciplinaria firmada por dos de los profesionales intervinientes uno de los cuales será el psicólogo o el psiquiatra para la posterior autorización del Juez a quien se le ha suprimido la posibilidad de ordenar internaciones como de autorizar las altas. También, las internaciones involuntarias, quedan restringidas y sujetas a control por un órgano de revisión en el que participarán organismos de derechos humanos. El período de este tipo de internación está acotado en 90 días siendo sujeto a nuevas evaluaciones por el órgano de revisión que en caso de desacuerdo concluirán con la libertad de la persona. Se modifica además el Código Civil para impedir las internaciones de personas por su “*peligrosidad*”; concepto que anteriormente obedecía a la noción de “*peligrosidad para sí o para terceros*”, por la constatación de “*riesgo cierto e inminente*”.

También el sistema de inhabilitaciones que hacía que la persona perdiera para siempre todos sus derechos y la capacidad para administrar sus bienes; ahora no puede extenderse por más de tres años, buscando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible. En cuanto al dispositivo de atención domiciliaria, el cual se encuentra legitimado por esta Ley podemos definir como su principal propósito el de preservar los vínculos con familiares y amigos, evitando el aislamiento y la privación respecto de hábitos cotidianos, además facilitando a futuro, la reinserción social una vez finalizada la internación. La atención domiciliaria se convierte en una alternativa que hace posible poner fin a la manicomialización y a las internaciones que se eternizan en el tiempo, uno de los objetivos de la Ley 26.657.

A pesar del cambio de paradigma hasta aquí descripto, consideramos que al igual que toda modificación en materia legislativa, los cambios propuestos por la nueva Ley no pueden implementarse sin un proceso arduo, contradictorio y zigzagueante muchas veces, de incorporación de la letra de la Ley a las prácticas que aquella viene a reconfigurar. Pudimos visualizar que las acciones que se efectúan en el campo de la Salud Mental se encuentran atravesadas por la coexistencia de ambos paradigmas, ya que asistimos a un momento de transición.

Una de las grandes modificaciones que introduce esta Ley es el lugar central que otorga a la interdisciplinariedad profesional a la hora de realizar intervenciones profesionales frente al sujeto con padecimiento mental y su familia. Respecto a los equipos multidisciplinarios, Heller, Petrella y Vilarnovo consideran que *“Creemos que la conformación de equipos multidisciplinarios es un avance necesario, pero que dicha medida de por sí, no garantiza la ruptura y superación de prácticas autoritarias, verticalistas, individualistas y descontextualizadas de las situaciones económicas, sociales y culturales de las personas con padecimiento mental y sus familias. La interdisciplina y la intersectorialidad son herramientas imprescindibles para la puesta en marcha de un cambio real y profundo. Asumir la responsabilidad de favorecer en cada una de nuestras intervenciones la accesibilidad al sistema público de salud de la población más vulnerable, es un principio que debemos incorporar a nuestras prácticas, así como el pensar las situaciones que abordamos desde una mirada integral para poder implementar estrategias de trabajo alternativas a la internación”*. (Heller, Petrella y Vilarnovo, 2013: 58).

Durante la experiencia en los TT.PP. realizamos una serie de encuentros grupales con los pacientes del Taller N°1 dedicado al área textil, en los cuales se abordaron diversas temáticas que fueran de interés para ellos. Una de esas fue que los sujetos querían tener más conocimiento acerca de la nueva Ley de Salud Mental, ya que mencionaron “*no saber nada*” de ella. Estos espacios fueron propicios para poder intercambiar ideas y brindar la información que los pacientes solicitaban. A pesar de lo reciente de la nueva Ley, resulta esencial que los sujetos con padecimiento mental tengan conocimiento sobre los aspectos legales que en la mayoría de las circunstancias regulan su cotidianidad.

Como antecedente a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en nuestro país, en el año 2009 se aprueba la Ley de Salud Mental N° 448 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Esta ley cristaliza el paradigma de la desinstitutionalización, impulsando la progresiva transformación de los Hospitales Borda y Moyano, y un cambio en la atención de los pacientes neuropsiquiátricos. Propone el cierre de los hospitales psiquiátricos, la integración plena de los enfermos mentales a la comunidad, y el respeto a los Derechos Humanos de las personas con padecimientos mentales. Reglamenta que los servicios de Salud Mental deben estar basados en la comunidad, promoviendo el trabajo interdisciplinario entre todos los miembros del equipo de salud.

Para concluir este capítulo es indispensable destacar algunas reflexiones e interrogantes que nos han surgido durante el recorrido teórico de los conceptos relevantes de la investigación. Resulta imprescindible reflexionar acerca del concepto de Salud Mental y como entendemos al mismo. Los sujetos que concurren a los TT.PP., además del padecimiento mental son atravesados por una multiplicidad de problemáticas, las cuales condicionan el estado de salud de dichos sujetos. Por lo tanto, entendemos a la Salud Mental de una manera integral y no solo relacionada a aspectos biológicos, teniendo en cuenta el contexto del acontecer económico, político e ideológico de la sociedad en la cual está inmerso el sujeto. Esto nos lleva a reflexionar sobre los métodos de atención dentro de los dispositivos que trabajan en dicha temática. ¿Se da realmente un abordaje desde la singularidad en los Talleres Protegidos? ¿El sujeto es parte activa dando su mirada y exponiendo sus necesidades en el tratamiento? ¿Se tienen en cuenta las características del contexto social y cultural de cada sujeto? Creemos que la asimetría de la relación médico-

paciente que el Modelo Medico Hegemónico impuso, se hace evidente y recorta las posibilidades de intervenir activamente al sujeto en su tratamiento.

Otro punto que nos parece importante para reflexionar que hemos tratado en este capítulo es la legislación actual en Salud Mental y el cambio de paradigma. Consideramos que nos encontramos en un momento de transición donde siguen coexistiendo ambos. La nueva Ley de Salud mental contiene tres elementos centrales: se presume la capacidad de la persona defendiendo los derechos del paciente, se promueve la atención en salud mental por equipos interdisciplinarios y se persigue la búsqueda del proceso de desmanicomialización.

## **CAPÍTULO II.**

### **ACERCA DE LOS TALLERES PROTEGIDOS: ¿DEL OFICIO A LA REHABILITACIÓN?**

#### **Introducción**

El presente capítulo tiene por objeto caracterizar los TT.PP. de Rehabilitación en Salud Mental, con el fin de dar cuenta acerca de los aspectos centrales de su organización como así también de los objetivos que se propone. Por otro lado, nos referimos al tipo de tratamiento que brinda la Institución y nos detenemos a analizar la legislación que regula el accionar de los TT.P.P.

Para llevar a cabo los análisis pertinentes, tomamos como referencia extractos de entrevistas realizadas a los pacientes que acuden al dispositivo como así también a los miembros de los equipos tratantes que lo conforman. Además utilizamos como insumo documentos elaborados y proporcionados por los profesionales de la Institución, los cuales sistematizan sus intervenciones y poseen las características principales del dispositivo.

#### **Algunas consideraciones históricas de los TT.PP.**

En cuanto a la Institución en la que desarrollamos la investigación, indagar acerca de su historia nos remite a la década del cuarenta cuando este lugar funcionaba como taller de mantenimiento y producción del Hospicio de la Merced, que actualmente incluye tanto al Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano (de mujeres) y al Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José Tiburcio Borda (de varones), y luego pasó a funcionar como talleres de la Fundación Eva Perón. A partir de 1995 dependió del entonces Ministerio de Hacienda y luego del Ministerio de Salud y Bienestar Social,

siempre desarrollando tareas de mantenimiento para las dependencias de estos ámbitos gubernamentales.

La inauguración de los Talleres Protegidos como ámbito de Rehabilitación en Salud Mental data del año 1967, con la apertura del Taller Protegido N°1, como efectores dependientes del Instituto Nacional de Salud Mental de Nación. Durante años, los pacientes que concurrían presentaban una evolución crónica de la enfermedad como así también largos periodos de hospitalización. Los mismos realizaban tareas de costura y tejido, pero permanecían trabajando en el mismo taller en forma perpetua, por veinte, treinta o más años.

A partir de la década del '80 se crea el Taller de Adaptación y Orientación, constituyendo la primera etapa en el proceso de tratamiento con múltiples tareas de oficio, y propiciando la integración del paciente al mismo. En el año 1992 la Institución es transferida a la esfera municipal, integrándose a la Red de Establecimientos Asistenciales, dependientes de la Secretaria de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Es indispensable manifestar que en nuestro paso por la Institución, desde la misma se nos brindaron cuadernillos internos de donde pudimos recabar esta información acerca de los TT.PP. para poder realizar así un recorrido histórico del dispositivo.

Actualmente los TT. PP. dependen de la Dirección General de Salud Mental, formando parte de la política de Salud Mental del GCBA.

### **Sobre la ubicación y actividades de los TT.PP.**

Como mencionamos en la introducción, la Institución se encuentra ubicada en el barrio de Barracas, en la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en zonas próximas al Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José T. Borda y del Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano.

Los talleres que funcionan en la Sede Central y Sedes Periféricas son:

<u>Sede Central Suarez 2215 CABA</u>	
Nombre del taller	Detalle
Taller de Adaptación (N° 17)	Ingreso al tratamiento
Taller Herrería (N° 3)	Tareas generales
Taller Carpintería (N° 5)	Tareas generales
Taller mantenimiento(N° 18)	Plomería, electricidad, albañilería. Armado y control de calidad

<u>Sede Barracas Brandsen 2665 2do piso, Caba</u>	
Nombre del taller	Detalle
Taller Textil (N° 1)	Costura y Tejido
Taller Actividades Múltiples (N° 19)	Ex-Taller Intrahospitalario
Taller N° 4	Laboratorio de Producción Pública de Medicamentos

<u>Sede Flores : Dávila 702/780, CABA</u>	
Nombre del taller	Detalle
Taller N°2	Carpintería y Actividades Múltiples
Taller N° 4	Metalúrgica

<u>Sede Once: Bartolomé Mitre 3355, CABA</u>	
Nombre del taller	Detalle
Taller N°6	Imprenta

Cada uno de estos talleres cuenta con un equipo interdisciplinario cuyo objetivo consiste en que el tratamiento de rehabilitación ambulatorio prevenga internaciones o re-internaciones y estimule el desarrollo de su autonomía e inclusión social. Los pacientes acuden al dispositivo de Lunes a Viernes y deben cumplir un horario, que se extiende desde las 7.30 de la mañana hasta las 12.30 del mediodía. El tiempo promedio de tratamiento son tres años, pero puede modificarse en función de los objetivos propuestos con cada paciente y según las consideraciones del equipo profesional del dispositivo y al equipo tratante del paciente.

### **Modalidad práctica**

En cuanto a la modalidad práctica de los TT.PP. podemos mencionar algunos de los requisitos que esgrime y la trayectoria del sujeto dentro del dispositivo. Para poder ingresar el paciente debe encontrarse compensado psiquiátricamente, siguiendo un tratamiento y debe ser derivado por un profesional tratante, psiquiatra o psicólogo con breve nota solicitando la inclusión dentro del mismo. La derivación puede efectuarse desde el ámbito público y privado (incluyendo Obras Sociales y Medicina Prepaga).

De las entrevistas realizadas a los profesionales, se desprende que en algunas ocasiones el contacto entre el equipo tratante y el interdisciplinario del dispositivo dista de ser fluido. Como nos refería una Trabajadora Social entrevistada:

*“A veces lo que vemos de los equipos derivadores es que derivan y después el paciente no viene una semana y no llaman por teléfono, no informan. El paciente vuelve y no tiene un certificado de nada, o sea que a veces es difícil cuando hay ausencia sobre todo en el caso de los que fueron derivados por un equipo”. (A.V. Lic. en Trabajo Social).*

Este extracto hace referencia a que desde el dispositivo se realizan seguimientos respecto a la asistencia a la Institución. Sin ir más lejos, los profesionales de los TT.PP. utilizan una lista con los datos de cada paciente con el fin de realizar un control y ante casos de ausencia, se espera que el equipo tratante de cada uno justifique las mismas.

Visualizamos que situaciones de poca comunicación entre los equipos profesionales pueden generar obstáculos a la hora de establecer objetivos con los pacientes o tomar decisiones. Consideramos que por tratarse de un tratamiento de rehabilitación ambulatorio, las decisiones acerca de derivaciones, continuación o interrupción en el dispositivo deberían ser tomadas teniendo en cuenta los intereses tanto del paciente como así también de su entorno familiar, equipo tratante y profesionales pertenecientes a TT.PP.

### **Etapas del tratamiento en los TT.PP**

Para comenzar este apartado debemos en primer lugar referirnos a las Instituciones Sociales, haciendo un hincapié en las Instituciones Totales. Para esto nos parece relevante el análisis de Goffman, el cual refiere que “ *Toda institución absorbe parte del tiempo y proporciona en cierto modo un mundo propio, tiene en síntesis características absorbentes, pero algunas presentan esta característica en un grado mucho mayor, total de tal modo que se hace evidente su discontinuidad, donde la tendencia totalizadora esta simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción con el exterior y al éxodo de miembros, se llamará a estas instituciones totales*” .(Goffman, 1984: 18). Este fragmento podemos relacionarlo con la experiencia que atraviesan los sujetos que realizan su tratamiento en los TT.PP., los cuales se ven implicados dentro de la lógica institucional, en la cual existen normas y reglas internas que regulan su accionar y crean un mundo propio.

En cuanto al primer contacto que paciente mantiene con la Institución, este se da a partir de una entrevista de pre admisión. El objetivo de la misma es informar al paciente sobre la modalidad terapéutica de este tratamiento, efectuar la evaluación psicopatológica que determine si éste dispositivo terapéutico es el indicado y otorgar un turno para la entrevista de admisión. El perfil psicopatológico de los pacientes que ingresan al tratamiento responde a las tipificaciones del *Trastorno Mental Severo y del Trastorno de la*

*Personalidad.* La población a la que está dirigido el dispositivo es a los adultos de cualquier género entre 18 y 60 años.

Consideramos significativo el análisis que Goffman hace acerca de los procedimientos de admisión, si bien los TT.PP. no corresponden enteramente a una Institución Total *“El proceso mismo de admisión acarrea otro tipo de pérdidas y mortificaciones. Al permitir todo el proceso inicial de fotos tomadas y huellas, historia, asignar números, etc, el individuo permite que lo moldeen y clasifiquen. Toda acción que se emprenda en este sentido tiene necesariamente que ignorar en su mayor parte los fundamentos anteriores de auto identificación”.* (Goffman, 1984: 20).

Regresando al tratamiento de los TT.PP., las etapas son las siguientes:

- Admisión:

Se concreta a partir del turno otorgado durante la entrevista de pre admisión y consiste en una entrevista de evaluación diagnóstica interdisciplinaria. Se realiza un diagnóstico por DSM IV, un pronóstico y una ficha social. La Ficha social es la evaluación que se realiza desde el Trabajo Social. Este documento consta de datos del paciente acerca de su grupo familiar (si es conviviente o no), personas de referencia significativa, actitud que toma la familia en referencia a la enfermedad y el tratamiento de rehabilitación. Se deja asentado información relevante de la historia y dinámica social del paciente. Además se detalla las instituciones a la que concurre el sujeto, si tiene acceso a derechos ciudadanos, a una cobertura en el área de salud, cuál es su situación legal y económica. Al finalizar la ficha se puntúan los objetivos del tratamiento en cuanto a las problemáticas del sujeto en el área social.

Del informe realizado por la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires, acerca del funcionamiento de los TT.PP. se desprende que durante el año 2012 la cantidad de pacientes atendidos ascendió a 260, dejando asentada la siguiente información:

<b>Lugar de residencia</b>	C.A.B.A.	168 pacientes
<b>Lugar de Tratamiento</b>	C.A.B.A.	217 pacientes
	Provincia	43 pacientes

<b>Tiempo de Ingreso al taller</b>	Menos de 1 año 89 pacientes	Más de 1 año 105 pacientes	Más de 3 años 66 pacientes
------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

- Etapa de Adaptación:

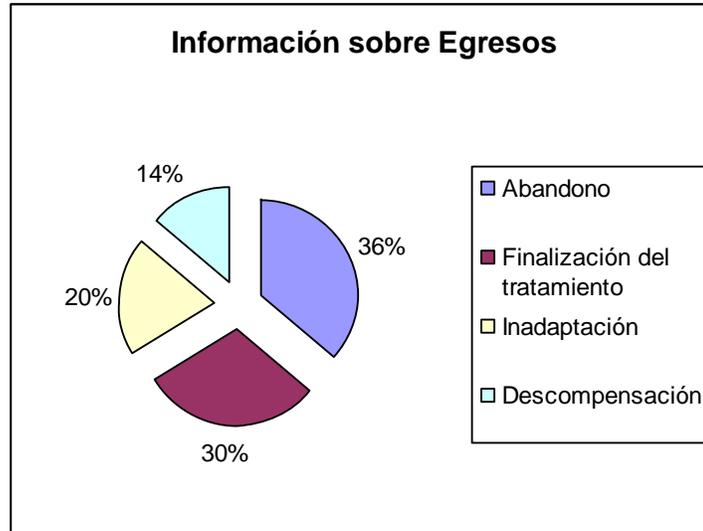
Esencialmente, apunta a propiciar la alianza terapéutica del paciente al tratamiento de rehabilitación. En esta etapa la actividad de taller está pautada y programada de forma tal que el sujeto conozca las diferentes tareas de oficio que se realizan en la Institución. Se busca promover la organización del tiempo y la autonomía personal. Se realiza la evaluación de habilidades y destrezas que posee el paciente. A tales fines se efectúan entrevistas individuales, grupales, familiares y/o multifamiliares a cargo de un equipo profesional interdisciplinario.

- Etapa de Entrenamiento de Habilidades:

Se concreta la derivación del paciente a una actividad específica. Durante esta fase se profundiza y afianza el vínculo del paciente con el tratamiento, con los profesionales tratantes, y con los auxiliares de rehabilitación.

- Pre-alta:

Implica una evaluación conjunta de todo el proceso de tratamiento a realizar entre el paciente, la familia y los profesionales intervinientes. En esta etapa se trabaja con grupos específicos, que apuntan a disminuir la ansiedad ante el cambio y el cierre de la experiencia de rehabilitación, y a consolidar la inserción en otros ámbitos.



- Post –Alta:

Luego del alta del tratamiento los pacientes podrán concurrir a reuniones grupales programadas por un período de tres meses, con el fin de recibir un breve seguimiento focalizado en las vicisitudes de la finalización del tratamiento de rehabilitación.

Como mencionamos en la Introducción de este trabajo, el objetivo principal de los TT.PP. “*consiste en propiciar que las personas asistidas adquieran y utilicen aquellas habilidades y competencias necesarias para vivir, aprender, vincularse con otros y trabajar en su medio social, para lograr el mayor grado de autonomía que en cada caso sea posible*”. En relación a este objetivo, la Lic. en Trabajo Social entrevistada refirió:

*"También parte del trabajo acá tiene que ver con ir adecuando los objetivos a las posibilidades de cada persona, porque también dentro de este tratamiento una persona puede estar compensada durante dos años, puede descompensarse y ahí haber cierto retroceso en lo que son sus habilidades, entonces volvemos a trabajar esos objetivos que uno creía que estaban más o menos alcanzados".*

(A.V. Lic. en Trabajo Social).

En contraposición a lo expresado por la Trabajadora Social, en referencia a los objetivos, el discurso institucional plantea lograr a través del tratamiento modificaciones superlativas en la situación particular de cada paciente, como ser:

- *"Adquirir y/o recuperar hábitos, destrezas, habilidades y competencias necesarias para una adecuada integración social.*
- *Prevenir cuadros de descompensación psicopatológica.*
- *Propiciar el compromiso y mantenimiento del tratamiento psicológico y/o psicofarmacológico.*
- *Potenciar la autonomía, para prevenir o mejorar situaciones de sobrecarga familiar.*
- *Incrementar su red social.*
- *Recuperar y/o reforzar su red familiar.*
- *Conocer y utilizar adecuadamente los recursos comunitarios.*
- *Adquirir conocimientos básicos de actividades de oficio y administrativas*
- *Conocer y hacer efectivos sus derechos ciudadanos*
- *Interrumpir el proceso de exclusión, que muchas veces se genera a partir de la conjunción de la enfermedad mental y la pobreza".*

Retomando la calificación de superlativa, consideramos a partir del trabajo de campo desarrollado en la Institución, que estos objetivos resultan ambiciosos y abstractos, ya que en los casos concretos los profesionales optan por establecer metas acotadas y relacionadas a la particularidad de cada sujeto.

### **Acerca del equipo tratante**

En la Institución que estamos analizando, el abordaje terapéutico en Salud Mental se realiza de manera interdisciplinaria; y está a cargo de un equipo conformado por Médicos

Psiquiatras, Psicólogos, Terapistas Ocupacionales, Trabajadores Sociales, Enfermeros y Auxiliares de Rehabilitación. En la actualidad están en funcionamiento nueve Talleres, y cada uno de ellos se encuentra supervisado por los profesionales mencionados anteriormente. Como subraya la Jefa de Psicólogos de la Unidad:

*“La interdisciplina es un eje de la institución. En rehabilitación la interdisciplina es básica. No se podría trabajar sino. El abordaje tiene que ser desde distintos puntos.”*

*(Lic. M. G., Jefa de Psicólogos de la Unidad de Psicología TT.PP.).*

En consonancia con lo expresado en la entrevista por la Jefa de Psicólogos, consideramos que solamente de forma interdisciplinaria puede trabajarse en el campo de la Salud Mental, ya que entendemos el concepto de salud desde una óptica psico-bio- social. Este concepto abarca múltiples factores, tanto psicológicos, sociales y biológicos, los cuales interactúan entre sí. Principalmente por esta razón creemos importante una visión integral e integradora de los fenómenos psíquicos. En consonancia con estos planteos, en el siguiente capítulo definimos la noción de Salud Mental desde la Ley N° 26.657 y desde la visión de varios autores.

Resulta importante destacar que las intervenciones se realizan de forma conjunta entre los profesionales de la Institución, los cuales delimitan diferentes objetivos para cada paciente abordando las diversas problemáticas que se presenten de una manera integral.

Luego de la etapa de adaptación, los profesionales definen de acuerdo a las habilidades de cada paciente en qué taller se incluirá. También mencionamos que el tratamiento puede prolongarse aproximadamente tres años, dependiendo de cada caso. Bajo la modalidad de trabajo interdisciplinario se determina en qué momento comenzar a trabajar con cada paciente lo que institucionalmente se denomina “pre-alta”. Durante dicho período se realizan entrevistas con los pacientes con el fin de comenzar a delinear objetivos para cuando ya no concurren al dispositivo.

En cuanto al “post alta”, los profesionales consideran que es una deuda institucional la ausencia de este espacio, el cual únicamente se genera de forma esporádica en determinados talleres.

*"Hay algunos equipos en la parte de entrenamiento que empezaron a hacer tengo entendido seguimientos de post altas."*

*(A.V. Lic. en Trabajo Social).*

Este espacio, el cual es considerado una “deuda pendiente” queda librado al accionar y la decisión de cada profesional, y no es una práctica institucionalizada dentro del dispositivo.

Uno de los objetivos que se plantea la Institución aspira a lograr la inclusión de los pacientes a la comunidad a través de la recuperación de sus redes sociales. Por ende, el dispositivo genera convenios con SUTERH (Sindicato Único de Trabajadores de Edificio de Renta y Horizontal) y con la Secretaria de Desarrollo Social, a partir de los cuales se pueden obtener becas gratuitas para cursos de diversas capacitaciones. Se tiende a vincular a los pacientes con los microemprendimientos laborales de otros efectores de salud, como por ejemplo el Hospital Borda. Se los inscribe en el Registro Único Laboral del GCABA (Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) y se gestiona la inclusión en el Programa Ciudadanía Porteña como al programa del M.O.I (Movimiento de Ocupantes e Inquilinos).

Durante toda la trayectoria del sujeto por el tratamiento recibe lo que la Institución denomina “Peculio”. Este constituye una retribución económica, que opera como incentivo para los pacientes incluidos en este dispositivo terapéutico, y es una herramienta más, que desde la óptica de la Institución, contribuye al compromiso con el tratamiento y facilita el aprendizaje del manejo del dinero. Sobre este tema ampliaremos en el Capítulo 3, pero nos parece relevante citar el Trabajo de Investigación Final realizado en el 2015 (de aquí en adelante TIF) de nuestras compañeras de carrera Estévez y Millet, quienes también reflexionaron acerca de las concepciones sobre el padecimiento mental y con las cuales coincidimos en la siguiente idea acerca de las actividades con remuneración realizadas dentro de las instituciones: *“Creemos que son presentadas como posibilidades de “autonomía económica”, pero que en realidad no lo son por no generar un ingreso suficiente y que a su vez provoca aún más dependencia hacia el Hospital”*. (Estévez, M. y

Millet, A. 2015: 34). En varias de las entrevistas realizadas hemos detectado una dependencia económica familiar muy importante, a la vez que como mencionábamos anteriormente, el peculio genera una mayor dependencia de parte de los pacientes hacia el dispositivo.

### **Legislación vigente en materia de TT.PP.**

Otro de los objetivos del trabajo consiste en efectuar un análisis de la legislación relativa a los TT.PP. Resulta pertinente mencionar que el tratamiento de rehabilitación propuesto por los TT.PP. se encuentra enmarcado dentro de la Ley N° 955 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sancionada en el año 1922. La misma establece en su Artículo 1° que “Los Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica son efectores estatales de la Red de Salud Mental y ejes esenciales en la implementación de las políticas de atención ambulatoria, reinserción

Asimismo la Ley también establece que “Las acciones y servicios de los Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica tienen como objetivo la reinserción psicológica, social y laboral de las personas con sufrimiento o malestar psíquico por medio del trabajo terapéutico”. (Ley N° 955, C.A.B.A. Publicación: BOCBA N° 2816 del 22/11/2007).

Dichas acciones y servicios se dirigen a promover el desarrollo de capacidades útiles haciendo frente a las premisas de rehabilitación en un ámbito que articula las acciones terapéuticas con la producción de bienes de consumo, a través del aprendizaje de diferentes oficios.

La Institución elegida para realizar la investigación que dio pie a este escrito integra la red de Salud Mental del Ministerio de Salud del Gobierno de la CABA. Es un dispositivo que fue creado hace más de 40 años, y que se ha ido transformando con el correr de los años.

A modo de finalización de este apartado quisiéramos subrayar que los TT.PP. forman parte de una política social. Esta Institución fue pionera en la atención y rehabilitación de la Salud Mental de nuestra ciudad y actualmente los talleres, se explica en

los fundamentos *"constituyen uno de los efectores estatales en salud mental contemplados en la ley 448 pero desde hace casi treinta años desarrollan un programa de rehabilitación en el que se articulan las acciones terapéuticas con la producción de bienes de consumo a través del aprendizaje de distintos oficios. En el programa trabajan conjuntamente profesionales y auxiliares con conocimientos de las distintas técnicas de rehabilitación en salud mental y los diferentes oficios, siendo ésta una experiencia inédita. Es el único organismo estatal que ofrece en el ámbito del G.C.B.A. un tratamiento de estas características"*. (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Dirección de Salud Mental).

A pesar de esto, la investigación realizada por el CELS pone de manifiesto que *"Aún no existe una política general conducente a la integración comunitaria de las personas con discapacidades mentales. Por ejemplo, en la ciudad de Buenos Aires, las tres instituciones psiquiátricas más grandes absorben el 80 por ciento del presupuesto de salud mental"*.(CELS, 2007: 12). Esta situación pone de manifiesto la problemática que se vive en nuestro país en referencia a la escasez de dispositivos que puedan contener a esta población como alternativas a la internación. Consideramos que los TT.PP. son una Institución que se propone favorecer el intercambio de los pacientes con sus compañeros, con los miembros del equipo profesional y que intenta fijar objetivos para cada uno respetando su subjetividad y los tiempos que la rehabilitación propone. Más allá de esto, pensamos que si bien las intervenciones de los profesionales se encuentran enmarcadas en la Ley Nacional N° 26.657. El hecho de ser considerados como los "Talleres Protegidos del Borda" hace que sigan estando íntimamente ligados con la lógica manicomial de esa Institución. Por otro lado, observamos que la escasa apertura del dispositivo hacia el trabajo en red con otras Instituciones por fuera de las referidas a Salud Mental hace que los pacientes frecuenten estos espacios institucionales, siempre ligados a la gran figura del Hospital Psiquiátrico. La mayoría de los espacios en los cuales se desenvuelven poseen relación con el Hospital.

### **CAPÍTULO III.**

## **REPENSANDO LAS REDES FAMILIARES Y SOCIALES DE LOS SUJETOS CON PADECIMIENTO MENTAL.**

### **Introducción**

Dedicamos este capítulo a las conceptualizaciones respecto a lazos familiares y lazos sociales que guiaron esta investigación. Para esto realizamos una recorrida histórica a través de los diferentes roles que se le han asignado a las familias y a las redes sociales de las personas con padecimiento mental a lo largo de los últimos años. También realizamos un análisis respecto a la vinculación entre Familia, Medicina y dispositivos disciplinarios, en términos de Foucault.

### **Consideraciones acerca de las redes familiares**

En este apartado nos referiremos a las familias de los sujetos con padecimiento mental, las cuales a lo largo de la historia han sido foco de diversas perspectivas teóricas, a partir de las cuales han pasado de ser consideradas en la década del cincuenta del siglo XX como causantes del padecimiento mental -a raíz de las dificultades que podían producirse hacia el interior de la configuración familiar-, a ser en la actualidad un recurso fundamental, con miras a lograr la rehabilitación psicosocial de la persona que sufre el padecimiento mental.

Como mencionábamos, los primeros abordajes teóricos postulaban un papel causal de la estructura familiar en el inicio y el mantenimiento de la esquizofrenia. Es importante destacar la figura de Fromm-Reichmann, nacida en Alemania, a quien se le atribuye el desarrollo del concepto de “madre esquizofrenógena”, en el año 1948. De acuerdo con este concepto “(e)l esquizofrénico es dolorosamente desconfiado y resentido frente a otras

*personas, debido a la severa deformación y al rechazo que ha padecido tempranamente de manos de personas importantes, en su infancia y niñez, por lo común principalmente de una madre esquizofrenogénica”*. (Fromm Reichmann, 1948: 70). Esta teoría postulaba una relación simbiótica entre la madre y el/la hijo/a, sin límites claros entre las emociones de ambos, dificultando el desarrollo autónomo del hijo/a.

Las teorías que situaban la interacción patológica de la familia en la etiología del padecimiento mental, fueron centrales desde los años cincuenta hasta los setenta, dando origen a modelos de intervención basados en la terapia individual y excluyendo a la familia del tratamiento, ya que se culpabilizaba a la misma. Estas perspectivas teóricas no pudieron ser contrastadas empíricamente y fueron rebatidas conceptualmente, ya que generaban implicaciones negativas para las propias familias al promover o fomentar sentimientos de culpabilidad.

En la década del 70 existen investigaciones realizadas teniendo como eje a la familia, como la implicada en brindar la provisión de cuidados y ayuda de diverso tipo más allá de las situaciones críticas que producen las cuestiones ligadas a la salud-enfermedad. Las familias no sólo comparten recursos materiales, sino que también comparten recursos afectivos: amor, sentimientos y afectos personales, expresivos: de comprensión, escucha y atención; de apoyo mutuo: protección y acompañamiento. La familia, en particular la mujer, es la que tradicionalmente ha asumido la atención a las personas dependientes en el domicilio, dado el carácter sociológicamente familiarista de las sociedades actuales.

Las políticas de reforma psiquiátricas llevadas a cabo en Europa y Estados Unidos desde los años '70, basadas en una crítica a la institucionalización, generaron que las familias se conviertan en una pieza clave en el cuidado y mantenimiento en la comunidad de la persona que sufre un padecimiento mental. Así las familias se conforman en el principal soporte, lo que lleva a que muchas soporten dificultades, tensiones y sobrecarga. Las familias son los principales “cuidadores”, y se han convertido en una herramienta de trabajo fundamental en la atención comunitaria y en la rehabilitación psicosocial.

Consideramos que discursivamente esta es la conceptualización que posee la Institución respecto a la familia de los pacientes que asisten al dispositivo. Acerca de esto, la Trabajadora Social del dispositivo nos decía lo siguiente:

*"La posibilidad de contar con un apoyo familiar en general es favorecedor del tratamiento. Te pasa en un ambulatorio, en una internación o en un hospital de día. Siempre la presencia y el soporte familiar en general es favorecedor del proceso de rehabilitación.[...] lo que te puedo decir es que en el último tiempo quizás hay más participación familiar pero porque la institución ofrece más espacios familiares que quizás cuando yo ingrese, que los espacios familiares eran esporádicos".*

*(A.V. Lic. en Trabajo Social).*

Durante todas las instancias del tratamiento se manifiesta que la consideración de familia que poseen desde los TT.PP es entendida en sentido amplio.

*"La verdad que para nosotros sí, la familia es el nombre, pero es un espacio amplio donde la verdad es que puede participar cualquier persona que sea referente del paciente o que el paciente quiera invitar".*

*(A.V. Lic. en Trabajo Social).*

La Institución proporciona diferentes espacios con el fin de que las familias de los pacientes puedan transitar el espacio institucional.

Por ejemplo, en las entrevistas de admisión el paciente siempre cuenta con la posibilidad de asistir con algún miembro de su familia, como así también ellos serán citados a participar de alguna entrevista familiar a lo largo del período que se extienda el tratamiento.

Por otro lado los equipos profesionales de la Institución también realizan un seguimiento de la situación familiar de los pacientes a través de contactos telefónicos y de las reuniones multifamiliares que se llevan a cabo cada cuatro meses.

*"Porque nosotros hacemos multifamiliares cada cuatro meses. En el medio también hacemos entrevistas con alguna familia específica o si no puede venir a la multi hacemos otra entrevista. En general, salvo que haya una cuestión muy específica, lo hacemos con psicología, pero en general psicología y trabajo social son los que más se ocupan de la cuestión familiar. Y ya te digo, es como siempre la oblación cambia, siempre se trabajan los objetivos que tienen que ver con recibir a la familia en la institución, con que conozcan las modalidades de tratamiento, con empezar a hacer visibles los pequeños cambios que puede haber en las personas a partir del inicio de este tratamiento, brindar información acerca de cuestiones más básicas de las cuestiones de salud de las personas que por acá circulan, digamos de poder hacer algunos acuerdos mínimos de cooperación y de lineamientos en relación al tratamiento, a ver si nosotros desde acá les pedimos que vengan que la familia acompañe, que si no se puede levantar lo ayuden a levantarse, si se levanta tarde igual le digan que venga. Que si acá empezamos a trabajar que asuma pequeñas responsabilidades, que en la casa también empiecen a trabajar esto y le den espacio a que pueda tomar alguna responsabilidad dentro del hogar. Eso es lo que se trabaja desde este espacio porque todo el tiempo las familias que vienen son distintas".*

*(A.V. Lic. en Trabajo Social).*

En base a las observaciones participantes que efectuamos dentro de este espacio, y en función de las notas de campo que hemos recabado y sistematizado para esta investigación, hemos visualizado que estos encuentros que se celebran cada cuatro meses aproximadamente cumplen dos funciones. Por un lado, busca generar un vínculo entre los profesionales y el entorno familiar del paciente: que dichos miembros conozcan la Institución como así también la forma en la cual el paciente atraviesa el tratamiento. Por otro lado, hemos notado que estos encuentros logran generar un vínculo inclusive entre los familiares, a la vez que encuentran en este espacio el lugar para intercambiar experiencias, logros y fracasos según la experiencia de cada uno frente al padecimiento mental de su familiar.

Creemos fundamental que los familiares encuentren también la manera de obtener apoyo y de reducir el estrés que supone "cuidar" de otro. Esto supone un grado elevado de

responsabilidad y exigencia, lo que a su vez conlleva, una fuente de cansancio emocional por parte del cuidador principal y de los demás miembros de la familia. Esto quizás desemboca en un abandono del paciente, como podemos visualizar en la siguiente reflexión:

*“... sino se ocupa de mi, de su hermana, ni me llama por teléfono, ni sabe si estoy viva y bueno...”.*

*(M. paciente de TT.PP.).*

La Terapeuta Ocupacional de la Institución nos relata acerca de la última multifamiliar y el porqué de la baja asistencia de los familiares.

*“Un promedio, no sé por ejemplo la última multifamiliar eran ocho familiares y vino el cincuenta por ciento de la población que teníamos. Algunos porque han perdido el contacto con la familia, nosotros también recibimos pacientes que están internados en el Hospital Borda (digo Borda porque del Hospital Moyano en este momento tenemos una sola paciente acá en adaptación) y en otros casos familias que no acompañan o esto famoso de los cuidadores que se van cansando de tantas entrevistas, sobre todo los que tienen un largo periodo de tratamiento. Igual nosotros somos seguidoras, somos de llamar, no dejamos la cosa librada al azar. Sobre todo cuando vemos que son pacientes que verdaderamente tienen interés y si la familia no acompaña es un problema bastante serio. Y si no hay familia le damos igual para adelante y molestamos mucho más al equipo que derivó”.*

*(A.A. Lic. En Terapia Ocupacional).*

A partir de las entrevistas realizadas y de la información recopilada para la realización de esta investigación, hemos visualizado que los pacientes que han vivenciado

extensos períodos institucionalizados sufren tal como si fuera una consecuencia directa de dichos procesos el deterioro y la pérdida de lazos familiares y sociales.

Como contrapartida al abandono que sufren algunos de los pacientes de los TT.PP. por parte de su familia, también pudimos observar algunos casos en los cuales se dan situaciones de sobreprotección por parte del entorno familiar. Como un ejemplo de esto, rescatamos de nuestras notas de campo el caso de *N.* uno de los pacientes de TT.PP. quien tiene 50 años y vive con sus dos hermanas mayores. *N.* ha manifestado en dinámicas grupales *querer sentirse mejor y mejorar su depresión*. Lo llamativo de esta situación es que *N.* no tiene ese diagnóstico, sino el de esquizofrenia. Sus hermanas con quienes vive, le ocultan cual es su enfermedad como así también el certificado de discapacidad, ya que manifiestan estar temerosas a que puedan discriminarlo en el colectivo y en la calle. A partir de este caso podemos observar de que manera se expone al paciente a una situación en la cual se está vulnerando su derecho a tener acceso a la información sobre su salud, como así también uno de sus derechos no pueden ser ejercidos sino que quedan en manos de sus hermanas. Consideramos que en situaciones como éstas las familias, en la intención de garantizar el cuidado de su familiar, son obstaculizadores de la rehabilitación que el tratamiento pretende lograr.

Por otro lado, dos pacientes que asisten a los TT.PP. las cuales fueron entrevistadas para este trabajo, son madres. Durante el encuentro que mantuvieron con nosotras hicieron referencia a como su rol de madre se vio afectado por el padecimiento y por el tratamiento llevado a cabo por ellas, en diferentes etapas de sus vidas:

*“Bien, al principio me costó un montón. En la adolescencia estuve más tiempo con él, pude comenzar de nuevo. Siempre estuve con él pero tuve el tema de que estuve internada y mucho no estaba con él, no lo disfrutaba. Ahora si estoy más tiempo con él. Estuve en la etapa del colegio cuando era más grandecito, primaria y secundaria. Y ahora que terminé la secundaria, bueno por ahora estamos juntos. Cuando sea más grande bueno, cada uno hace su vida. Pero bueno me conformo de estar con él lo más que puedo estar y después bueno... pero bien la relación con mi hijo bien”.*

*(A. Paciente de TT.PP.).*

*“La más grande 15, Marisa Rocío y la otra más chica 12, Jazmín Celeste. Igualmente mis hijas no viven conmigo por mi problema de salud, porque yo no estoy...tuve varias crisis y soy muy inestable y no es conveniente para las nenas criarse en un ambiente así, de internación, que entro, que salgo todo el tiempo, que no estoy, que vengo. Entonces optamos porque se fueran a vivir con mis cuñados, que yo soy separada, es la hermana de mi ex marido, su esposo y un hijo grande que ellos tienen y están viviendo con ellos. Yo las visito, ayer las fui a visitar”.*

*(M. Paciente de TT.PP.).*

Dentro de los roles familiares, la Maternidad posee un lugar central. Coincidimos con Estévez y Millet, quienes en su TIF (2015) expresan lo siguiente *“Dentro de los roles familiares, consideramos que la Maternidad tiene un lugar central en la familia y esto se ve reflejado profundamente con las personas entrevistadas y su relación con la salud mental. Cuando hablamos de Maternidad (con mayúscula) a lo largo del trabajo, no nos referimos a las maneras prácticas concretas, infinitas e igual de válidas que hay de ejercer la crianza de un niño por parte de una mujer, sino a la construcción social de lo que eso debe ser, mostrar y hacer, es decir la Maternidad como dispositivo”.* (Estévez, M. y Millet, A. 2015:11). La mujer ocupa en nuestra sociedad una posición donde la díada mujer-madre se considera el ideal. La reproducción social se considera responsabilidad de las mujeres y así el término Maternidad se torna una experiencia sobrecargada de significaciones sociales. En cuanto a esto podemos citar a la autora Fernández: *“Nuestra sociedad organiza el universo de significaciones en relación con la maternidad alrededor de la idea Mujer=Madre: la maternidad es la función de la mujer y a través de ella la mujer alcanza su realización y adultez. Desde esta perspectiva, la maternidad da sentido a la feminidad, la madre es el paradigma de la mujer, en suma; la esencia de la mujer es ser madre”.* (Fernández 2014: 161).

Por último, nos parece importante destacar el trabajo de Foucault acerca de la vinculación entre familia, medicina y trabajo, desde su análisis de los dispositivos de poder de soberanía y de disciplina. En *“El poder psiquiátrico”* (2005), por ejemplo, realiza un

punteo teórico que destaca las diferencias entre la familia como dispositivo de soberanía, y los dispositivos disciplinarios. Sin embargo, aclara que esta esquematización es sólo a fines teóricos, porque en la historia concreta se verifican estrategias de gobierno de las poblaciones que relacionan a los dispositivos de soberanía con los de disciplina; en estas vinculaciones, la medicina cumple un rol fundamental.

Recuperamos el análisis de Bianchi respecto a las vinculaciones que Foucault estableció entre medicina y dispositivos disciplinarios. Específicamente, la autora señala que desde la óptica de Foucault *“a partir del siglo XVIII y al menos hasta mediados del siglo XX, la medicina se constituye en el corazón de las estrategias tendientes a la normalización de cuerpos individuales y sociales, incluyendo como dispositivos dilectos a la familia y la escuela, y tomando como objeto de su intervención, entre otros, a figuras dispares como la infancia, las mujeres o individuos con sexualidades divergentes de la heteronormativa”*. (Bianchi, 2014: 233).

Siguiendo a la misma autora, también podemos mencionar que *“(d)esde el siglo XIX la medicina opera como nexo, como correa de transmisión entre procesos que involucran al cuerpo individual y al cuerpo de la población. La medicina además actúa como técnica política de intervención, y produce sus propios efectos de poder –tanto disciplinarios como regularizadores”*. (Bianchi, 2014: 236).

A los fines de nuestro trabajo, recuperamos esta perspectiva de análisis, más allá de las diferentes coyunturas históricas, porque creemos valioso incorporar una lógica de análisis que contempla a la vez articulaciones y tensiones entre los dispositivos y saberes involucrados en nuestro objeto de estudio.

### **Consideraciones acerca de las Redes sociales**

En cuanto a las redes sociales de las personas que poseen un padecimiento mental, a partir de los años 70, y con el gran aporte de Cassel, comenzó a considerarse que los cambios en el ambiente social próximo pueden alterar la resistencia de las personas hacia la enfermedad, debido a las alteraciones metabólicas que desencadenan. En la década del 80

comenzó a consolidarse la idea de considerar a una red de relaciones humanas como objeto de análisis. Mitchell definió a la red social como *“un conjunto específico de vínculos entre un conjunto definido de personas, con la propiedad de que las características de esos vínculos como un todo pueden usarse para interpretar la conducta social de las personas implicadas”*. (Mitchell, 1969).

Por otro lado, en el año 1982 encontramos la definición de Pilisuck, para hacer referencia al “apoyo social”. Define al mismo como *“las relaciones entre personas que ofrecen no solo ayuda materia y emocional, sino también el sentido de ser un importante y continuo objeto de interés y preocupación para los otros”*. (Pilisuck, 1982).

Biegel y Tracy (1991) describieron que las redes sociales de las personas que poseen un padecimiento mental, tienen un menor tamaño que la población en general. Con esto se hace referencia a un tamaño pequeño de la red social (entre uno y cinco miembros).

Teniendo en cuenta la información recabada durante la investigación, podemos coincidir con esta reflexión, ya que en las entrevistas a los sujetos que asisten a los TT.PP. observamos que en su mayoría no poseen red social o es acotada, producto como mencionábamos anteriormente de los extensos períodos de institucionalización.

*“Me acuerdo que la navidad del año pasado la pasé sola, llorando, triste, mal, porque con mis nenas tampoco se podía porque a la casa de ellos iban otros familiares, del otro lado. Me dijeron que no me podían recibir, porque eran muchos. Está bien no se preocupen. Yo no les quise causar más problemas”*.

*(M. Paciente de TT.PP.)*.

*“Amigos, amigos tengo uno solo y lo contacto muy de vez en cuando porque no tiene celular, yo tengo computadora, que te dejan usar, y lo contacto por el Facebook pero casi nunca está. Pero él tiene mi número, así que cuando quiera me va a llamar y vamos a andar juntos de vuelta”*.

*(J.L. Paciente de TT.PP.)*.

Observamos que situaciones como las mencionadas por los pacientes en las entrevistas se multiplican en la mayoría de los sujetos participantes de los TT.PP. debido a la fragilidad o nulidad de sus redes sociales. Al igual que los lazos familiares, los sociales se encuentran deteriorados debido a las consecuencias del padecimiento mental y de los extensos años de institucionalización, los cuales consideramos que generan un aislamiento y una distancia entre el sujeto y el entorno social.

Creemos que la no circulación e inclusión de la mayoría de los sujetos asistentes a TT.PP. en espacios sociales como ser: mercado laboral (formal y no formal), instituciones educativas, actividades recreativas, organizaciones barriales y políticas genera que sus relaciones sociales se encuentren cada vez más acotadas, a la vez que son mayores los espacios institucionalizados en los cuales se incluyen.

Hemos observado que una gran parte de los pacientes además de asistir a TT.PP., participan de Hospital de día y de otras actividades que se llevan a cabo dentro del "entorno manicomial", lo cual también impide que el sujeto pueda transitar otros espacios fuera de la lógica que hace referencia a la Salud Mental.

Se considera que a una mayor extensión en la red, más oportunidades existirán para el intercambio de apoyo. Por otro lado, existe una mayor proporción de familiares, así como también una mayor dependencia de éstos, ya que las personas con padecimiento mental tienen una mayor proporción de sus energías implicadas en sus relaciones familiares.

Las demandas actuales que se dan en el campo de la Salud Mental se encuentran caracterizadas por una profunda complejidad, consecuente de las características del clima de época que franquean nuestras sociedades. Teniendo en cuenta esto y siguiendo al autor Carballeda resulta importante exponer que *“Uno de los aspectos intrínsecos del Trabajo Social, se vincula con la intervención en las tramas sociales que rodean, construyen y se generan desde esa singularidad del sujeto de intervención. Las tramas sociales, pueden ser entendidas desde una mirada sociológica, ligadas a la noción de lazo social como elemento de articulación e integración del sujeto al todo societario”*. (Carballeda, 2012:1)

Tomaremos las líneas anteriores y las siguientes para caracterizar al lazo social a lo largo de nuestro trabajo, siguiendo que *“El lazo social, desde esta perspectiva, construye subjetividad a través de diferentes modalidades de relaciones, intercambios y formas de reciprocidad entre los individuos. De esta manera, la intervención en lo social, transcurre, generando desde lo micro social el encuentro entre sujeto sociedad y cultura en cada circunstancia singular”*. (Carballeda, 2012:1).

Retomando al mismo autor es importante agregar que *“(e)l Lazo Social, es un lenguaje en sí mismo, que ‘habla’ en cada escenario de intervención. Esta expresión del habla desde la sociabilidad se presenta como un observable tanto desde la pérdida y el deterioro de ésta como de la posible resignificación de diferentes espacios de socialización que nuestras culturas fueron construyendo en contextos de lucha y resistencia, política social y cultural. Esos espacios de socialización perdidos o desmantelados, también nos muestran otra cara de este proceso de sumisión: la crisis de los sistemas de código y sanción, la separación entre cultura y regulación social”*. (Carballeda, 2013: 3).

Desde la Institución se busca que los pacientes puedan crear o reforzar, según sea lo necesario, su red social, por la importancia que tiene en el tratamiento:

*"La posibilidad de armar espacios donde la persona se pueda vincular con otros de modo en que pueda ir armando una red. Si hay familiares que ellos mencionan o que no se estén vinculando en ese momento, se les pregunta si se los puede convocar, si quieren convocarlos en esta oportunidad para que participen. En el caso que te digan que no y que pareciera que no hay nadie, uno empieza a fomentar la posibilidad de que circulen por otros espacios más allá de este, que pueda armar red con algún compañero acá y además que a lo largo del tratamiento pueda circular por otros espacios como para ir armando referencias en otros espacios”*.

(A.V. Lic. En Trabajo Social).

Un ejemplo de esto son las propuestas de actividades recreativas, lúdicas y culturales que se proponen a partir del trabajo en red que realiza la Institución con otras

organizaciones e instituciones referentes de la Comuna 4. En los pasillos de los Talleres podemos encontrar folletos en las paredes invitando por ejemplo a visitas al Museo Benito Quinquela Martín o al cine, a las cuales se espera que los pacientes puedan sumarse y puedan también apropiarse de dichos espacios.

En cuanto a esto uno de nuestros entrevistados mencionaba que:

*“Entramos gratis a los Centros Culturales, a los teatros, vamos a ver música, stand up, toda esa clase de cosas. Esta bueno las salidas porque van cambiando, pero yo ya como estoy queriendo buscando una compañía, una compañera, a nivel familiar o algo que me dé mas motivación o más ganas de seguir adelante”.*

*(J.L. Paciente de TT.PP.).*

En relación a lo expuesto por el entrevistado recién mencionado podemos observar que si bien se siente a gusto con las actividades que se plantean desde el dispositivo, su preocupación se encuentra centrada en poder consolidar sus lazos familiares.

Otro punto a destacar de cara a la sistematización de resultados es que los pacientes participan de estas actividades "extramuro" pero que no dejan de ser propuestas y motivadas desde la Institución. Ahora bien, a la hora de ser consultados acerca de si realizaban algún tipo de actividad similar o con algún grupo de referencia por fuera del dispositivo, la mayoría de los pacientes a los cuales entrevistamos coincidió en que eso no sucede. Esta situación nos hace reflexionar respecto a la forma en la cual los equipos profesionales tratantes deberían motivar a cada paciente con el fin de que realice, en la medida que le sea posible, diferentes actividades que se encuentren relacionadas a los intereses de cada uno por fuera del dispositivo.

En las reuniones multifamiliares se han abordado estas problemáticas, por ejemplo la hermana del paciente N. ha mencionado que el participa de una actividad dentro de una

radio, pero que: *“Los días Domingos son días sin actividad para él y se bajonea mucho”*. Consideramos que en muchos casos la ausencia de una red social o de un grupo de referencia genera que los pacientes no puedan realizar actividades que demandan una interacción social por fuera de la Institución, así como también al no ser propuestas desde el dispositivo no logren la participación del paciente.

Como hemos descrito la recuperación del lazo fragmentado o el afianzamiento del mismo es uno de los objetivos que persigue el tratamiento que se lleva a cabo en los TT.PP. Como mencionamos, para lograrlo se llevan adelante diferentes acciones como ser por ejemplo: entrevistas con las familias, de forma individual o grupal, como también encuentros multifamiliares, para que las personas que conforman el entorno afectivo de los pacientes puedan disponer de un espacio de intercambio de sus experiencias.

Debido al imaginario colectivo que tenemos como sociedad respecto a las personas con padecimiento mental encerradas en grandes manicomios, alejados de todo contacto con lo que se encuentra por fuera de sus grandes muros. A pesar de esto, resulta impactante realizar un recorrido por las trayectorias individuales de los sujetos que concurren al dispositivo y encontrar la ausencia de lazos afectivos durante varios fragmentos de su historia. A pesar de los espacios promovidos por la Institución, es mínima la cantidad de familiares participan de los mismos. Dicha situación nos hace reflexionar respecto a si las formas de convocatoria son las adecuadas para este tipo de población, como así también nos obliga a pensar acerca del lugar que ocupan los “cuidadores” de los sujetos con padecimiento mental, y si no serían necesarias intervenciones dirigidas hacia ellos. También pudimos observar que en la mayoría de los casos la ausencia de las familias en el acompañamiento de los pacientes se debe a la gran cantidad de crisis y largos períodos de internación, los cuales han dado como resultado la fragmentación de su lazo familiar y social.



## **CAPÍTULO IV.**

### **EL “TRABAJO” COMO REHABILITACIÓN: UNA BÚSQUEDA DE AUTONOMÍA E INCLUSIÓN.**

#### **Introducción**

En el presente capítulo analizamos la información recabada en el trabajo de campo a la luz de los conceptos de autonomía e inclusión social, los cuales son centrales en nuestra investigación ya que responden a uno de los objetivos específicos de la misma. Por otro lado si bien cuando delimitamos nuestros ejes, el concepto de “Trabajo” no se configuró como relevante, durante el paso por la Institución se nos presentó como un disparador que nos generó nuevos interrogantes. Pretendemos relacionar estos conceptos para dar cuenta del proceso de rehabilitación brindado por el dispositivo.

#### **Construyendo Autonomía**

Cuando hablamos de autonomía, nos referimos a aquella capacidad de todos los sujetos de poder tomar decisiones sin la ayuda del otro; es decir, acciones, decisiones y elecciones que se realizan en la vida cotidiana. El término también refiere a la auto-organización de los quehaceres cotidianos (Moruno, P. y Romero, M. 2006).

Este concepto es utilizado frecuentemente en el campo de la Salud Mental como sinónimo de la capacidad de las personas con padecimientos mentales de llevar a cabo las acciones de la vida cotidiana y desempeñarse en el ámbito comunitario bajo la supervisión del tratamiento ambulatorio. Es decir, supone un cierto grado de conciencia del padecimiento que le permita reconocer la necesidad de la toma de medicación diaria, el control médico psiquiátrico periódico y también reconocer las características o síntomas de su padecimiento mental; sin embargo en ocasiones las personas con padecimiento mental

no reciben de los profesionales la información necesaria para que puedan comprender su diagnóstico y tratamiento.

El lugar de las personas con algún padecimiento es parte de un conjunto más amplio relacionado con lo diferente, con aquello que no encaja en la norma. Al decir de Agustina Palacios *“un componente de la dignidad que se encuentra íntimamente relacionado al de la discapacidad es la autonomía, que puede ser entendida como un espacio reservado, sin restricciones para la acción voluntaria de las personas. El valor de la autonomía se basa en el supuesto previo de una capacidad de acción y de comportamiento autodirigido. Por lo tanto se apoya en la imagen de una persona moralmente libre (...) La libertad moral sería el referente de los derechos, como un momento utópico individual de realización de los planes de vida, de los proyectos vitales, de satisfacción de necesidades, condicionado por la dimensión social de la actividad humana”*. (Palacios, 2008: 190)

Desde nuestra óptica, coincidimos con las autoras Estévez y Millet, quienes en su TIF (2015) hacen referencia a que la autonomía en el campo de la Salud Mental, no se define como algo universal sino en relación al nivel de autonomía alcanzado por cada sujeto previamente a su padecimiento mental. Consideramos que la Institución delimita sus acciones a partir de este presupuesto, ya que los objetivos que se plantean para cada paciente se fijarán según su trayectoria particular y no de una manera estandarizada.

En relación a la autonomía, una de las entrevistadas comentó:

*“Y las tareas del hogar me cuestan mucho a mi... yo estoy hablando acá con la licenciada R. la terapeuta ocupacional, ella me está dando unos consejos, unas orientaciones pero igual a mi me cuesta. Me cuesta hacer la limpieza, hacer las compras, la administración del dinero, me cuesta. Me cuesta manejarme sola”*.

*(M. Paciente de TT.PP.)*.

M, la paciente entrevistada es la única que refirió haber estudiado durante tres años en la Universidad previamente a ser diagnosticada con un padecimiento mental. Su trayectoria individual da cuenta de haber vivenciado grandes niveles de autonomía, por lo que consideramos que la irrupción del padecimiento se vivencia como un quiebre en su historia personal. Tal como refiere M. (consideramos que producto de años de

institucionalización), le es dificultoso manejarse de una manera autónoma en diferentes espacios.

También podemos hacer referencia a como es vivenciado por los pacientes el proceso previo a recibir el alta del tratamiento, llamado dentro de la institución “pre alta”, en relación a la autonomía.

*“Es raro, porque por ejemplo a la mañana siempre tengo planeado venir y eso y ahora los días de semana que no me toca venir tengo que ocupar el tiempo en otra cosa. Antes, bueno decía a la mañana voy a Taller pero bueno ahora tengo que buscar otra actividad”.*

*(A. Paciente de TT.PP.).*

Este relato da cuenta de la situación de incertidumbre que genera la finalización del tratamiento, si bien los pacientes conocen que su permanencia en el dispositivo tiene un tiempo determinado. El equipo profesional realiza diferentes actividades relacionadas al alta con los pacientes próximos a la misma, como ser: entrevistas personales, familiares, encuentros informales con el fin de realizar una proyección a corto plazo por fuera del dispositivo. A pesar de esto, pudimos visualizar que pese al acompañamiento brindado por la Institución en este proceso, la incertidumbre permanece en los sujetos. Por otro lado, las alternativas que se plantean para “ocupar” el tiempo en el que la persona no acudirá a los TT.PP. continúan siendo actividades dentro de la red de Salud Mental, como ser por ejemplo talleres en Hospital de Día o actividades dentro de Hospitales. Consideramos que estos hechos reproducen situaciones de encierro propias de la Institución manicomial en otros ámbitos de la vida de los pacientes. Desde este punto de vista, estas prácticas no se distancian de las lógicas manicomiales que describen Schmuck, M.S. y Serra, M.F. (2009), como aquellas que se reproducen en prácticas y sentidos que orientan la intervención con los sujetos en padecimiento subjetivo, con una lógica de tutela, homogenización, silenciamiento y exclusión social de los padecimientos.

En algunas ocasiones se realizan actividades especiales dentro de los TT.PP. con el fin de incluir una situación nueva dentro de la rutina y que los pacientes asuman diferentes roles frente a la actividad. Por ejemplo, la organización de un almuerzo, en el cual la preparación corre por cuenta de los pacientes. En una de las reuniones multifamiliares los

profesionales comentaron a los familiares de los pacientes el rol activo que los mismos habían podido tomar frente a dicha actividad, asignándose roles y tareas. Los familiares presentes se mostraron sorprendidos ya que manifiestan no poder visualizar esta postura activa por parte de los pacientes hacia el interior de su hogar.

### **La Inclusión Social como Derecho**

La inclusión social es un concepto relativamente nuevo promovido, especialmente, por la Unión Europea (UE). Es un concepto surgido en los años 1990 con intención de substituir al de integración social: proceso dinámico, multifactorial, que posibilita, a las personas inmersas en un sistema marginal (marginación), participar plenamente del nivel de bienestar socio vital alcanzado en un país determinado. La Unión Europea (UE) define la inclusión social como un *“proceso que asegura que aquellos en riesgo de pobreza y exclusión social, tengan las oportunidades y recursos necesarios para participar completamente en la vida económica, social y cultural disfrutando un nivel de vida y bienestar que se considere normal en la sociedad en la que ellos viven”*. (Oficina del Informe de Desarrollo Humano. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo)

Por lo tanto, se entiende por inclusión social tanto un concepto relativo donde la exclusión puede ser juzgada solamente comparando las circunstancias de algunas personas (o grupos o comunidades) relativa a otras, en un determinado lugar y en un determinado momento y como un concepto normativo que pone énfasis en el derecho de las personas de ser miembro de una comunidad.

Con objeto de lograr estos derechos, las políticas de inclusión tienen que abordar las ineficiencias institucionales que se derivan de actos de exclusión por parte de agentes que se basan en el poder y en actitudes sociales y que resultan en desventajas basadas en género, edad, etnicidad, ubicación, situación o incapacidad económica, educativa, de salud, etc. Las políticas de inclusión social corrigen los resultados negativos de las políticas, sean éstos intencionales (discriminación sistemática) o no intencionales (fracaso en reconocer el impacto diferencial de las políticas sobre los individuos o grupos).

Nos centramos en esta temática debido a que nos interrogamos acerca de los TT.PP. generan herramientas que propicien la inclusión social. En base a esto, una de las Trabajadoras Sociales de la Institución mencionó:

*"Si logran una mayor integración o inclusión social, algún si y otros no. Hay pacientes que vienen acá y en dos años o tres años, quizás lo que lograste es una mayor inserción familiar y ya. Y ara este proceso se toma eso como lo que se pudo lograr, y volverá en otro momento y se plantearan otros objetivos".*

*(A.V. Lic. En Trabajo Social).*

A partir de esto, podemos observar que desde los Profesionales de los TT.PP. no se plantean objetivos de una manera estandarizada para la totalidad de los pacientes, sino que las metas se fijan según la particularidad de cada sujeto. Este punto es importante ya que así, la inclusión social es entendida de diferentes aspectos, desde las acciones más básicas y cotidianas hasta la inclusión por ejemplo en espacios más amplios y complejos.

### **Locura y Trabajo: Un trayecto repleto de incertidumbre**

Si bien al iniciar esta investigación el tema "Trabajo" no nos despertó interrogantes, al avanzar en este trabajo pudimos observar que el mismo es un eje central dentro de la Institución. Debido a esto, comenzaremos este apartado realizando un encuadre teórico, que permita vislumbrar la relación existente entre padecimiento mental y trabajo. Entre los antecedentes de perspectivas, disciplinas y autores que trabajaron las relaciones entre padecimiento mental, trabajo y familia, resulta pertinente destacar los estudios de Michel Foucault.

En su análisis de la locura como construcción socio-histórica, el pensador francés se detuvo en un elemento adecuado a los fines de nuestra investigación: la moralización por el trabajo. En "Historia de la Locura en la Época Clásica", Foucault describe que en el siglo XVII el encierro en Francia no se realizaba por razones médicas, sino como "*imperativo de*

*trabajo*” (Foucault, 1967: 102), para prevenir la mendicidad y holgazanería, en una práctica a tono con las exigencias del naciente modo de producción capitalista. Es en esta coyuntura que la dimensión moral del trabajo se convierte en una *“táctica económica”* (Foucault, 1967:108), respondiendo a las necesidades de una mano de obra disciplinada, ya que se inculca a los encerrados el valor del trabajo y la adquisición de valores de trabajo apropiados.

El aporte del estudio de Foucault reside en que ofrece razones históricas para dar cuenta de la articulación entre el trabajo como instrumento de moralización, las prácticas terapéuticas de rehabilitación sobre las personas con padecimiento mental, y la modalidad de encierro hospitalario.

Ya adentrándonos en el tema de la locura y la Salud Mental en Argentina, *“éste tiene un recorrido histórico que va más allá de la medicina, pues entran en juego no sólo ésta, sino también la formación del Estado, la interpretación de la realidad nacional, la organización de los hospitales, la higiene pública, las normas burguesas de moralidad, entre otras muchas variables más que jugaron en los distintos momentos por los que fue pasando nuestro país”*. (Cacciola, 2013: 1).

A partir del 1880, comienzan a llegar a la Argentina, gran cantidad de inmigrantes, que vienen a probar suerte en estas tierras, escapando de las condiciones de hambre, desempleo y miseria que se estaba dando en Europa y en otros países del Este. El papel preponderante que se le da al aporte de la raza extranjera, descalificó las condiciones morales y raciales de la población nativa. Sin embargo esta *“utopía de moralización nacional”* (Cacciola, 2013: 2) va a fracasar, sin duda, ya que además los mismos inmigrantes, a quienes se los consideraría como los creadores de la raza fuerte o mejoradores de la nativa, terminaron siendo en sí mismos un nuevo foco de marginación y desorden. La locura, todo aquello que no contribuya al orden y al progreso va a ir pasando de ser sacada de las calles a un nuevo lugar: el del cumplimiento de un ordenamiento social, donde el trabajo y la educación van a ser los resortes capaces de hacer posible la salud y la cordura. Se enfatiza en las "causas morales de la locura" y se busca en el trabajo un tratamiento moral.

Siempre siguiendo a Vezzetti (1983), en “La Locura en la Argentina”, el tema del trabajo se lo toma como una valoración en el hospicio. Los locos cumplen un rol suplementario de trabajadores, el trabajo tiene una “virtud terapéutica” y se van a ocupar de la costura, el calzado o la agricultura. Meléndez, director del Hospicio de la Merced, sostenía que el 80% de los internados tenía un oficio manual antes de ingresar, y que la idea será que pueda mantener ese oficio y no sólo mantenerlo ocupado. *“Creo oportuno decir que desde mucho tiempo ha me asiste la creencia de que el alienado, cualquiera sea la forma de vesania, siendo el sujeto capaz de entretenerse en algo, debe siempre por regla general ocupársele en el arte, oficio o profesión que cultivó el paciente en el estado de salud”*.

Si bien esta última variable no responde a la modalidad terapéutica que se verifica en el objeto de estudio de nuestra investigación, consideramos que se trata de una articulación válida, dado que quienes participan de los talleres protegidos son personas con padecimiento mental, las cuales han atravesado o se encuentran atravesando una situación de internación en el Hospital en cuyo predio se llevan a cabo actividades propias de los TT.PP. (Como es el caso del Taller N°1).

El “Trabajo” nos parece un eje central y coincidimos con las autoras Fitipaldi y Masciangelo quienes en su TIF (2014) sostienen que *“El trabajo no solo permite construir universos de sentidos, espacios de sociabilidad donde se desarrollan los lazos sociales, su tiempo y espacio, ámbitos de reproducción material y simbólica. Sino también es una posibilidad de reconstruir esa autonomía destruida, ya que el empleo es fundamental para el desarrollo, supervivencia y satisfacción de necesidades particulares; brindando a su vez las posibilidades de desempeñar tareas de creación, de expresión y de desarrollo personal de todos los sujetos, y en particular de los grupos con mayor vulnerabilidad social, como nuestra población estudio”*. (Fitipaldi, P y Masciangelo, P. 2014: 60).

En relación a esto, uno de los aspectos centrales que hemos podido observar durante la práctica pre profesional y la realización de esta investigación, es la concepción diferente que tienen respecto a la función del dispositivo los diferentes actores a él vinculados: Por un lado, es considerado por la Institución como un tratamiento de rehabilitación, mientras que por el otro, los pacientes en la mayoría de los casos lo vivencian como un trabajo.

Esta “confusión” que se genera, se presenta en la mayoría de los casos de los pacientes que asisten al dispositivo. Referirse al tratamiento y a las prácticas que en los TT.PP. se llevan a cabo como un trabajo es sumamente habitual en el discurso de los pacientes.

Una de las entrevistadas, respecto a este tema, nos comentó:

*“Venía bárbara, bárbara. Hasta que tuve un problema acá en esta sede, porque yo había empezado en la sede de Suarez y en la sede de Suarez no tuve ningún problema y en esta sede tuve un problema y en vez de yo enfrentar la situación y hablar con las personas que me podían ayudar, porque acá hay un montón de gente que me podría ayudar, que dije yo...Yo no voy mas a trabajar. Y llamé por teléfono y dije no voy más. Y después fui a terapia, justo me tocaba ir con mi terapeuta en el Hospital. Y me dijeron las doctoras, pero Marisa como vas a hacer eso. Escuchame Vos cobras una pensión que es de menos de \$3000, esos \$500 que sacás en el Taller no me digas que no te vienen bien, que no te aumentan un poquito el dinero a fin de mes. Y yo le dije: No doctora, servirme me sirve, tengo que pagar los impuestos de la casa, mi hermana no me da un peso, servirme me sirve. Entonces me dijeron: Entonces Marisa anda y deciles que lo pensaste mejor, pedí disculpas y deciles que querés volver a trabajar. Si venías contenta, venías bien en ese lugar. Y yo les decía pero no sé, ahora con este problema, que ahora no viene al caso. Y ellas me decían que la motivación mía tiene que ser que vos necesitás \$500 pesos a fin de mes”.*

*(M. Paciente de TT.PP.).*

De este relato se desprende en primer lugar el rol que la paciente le asigna al dispositivo, refiriéndose al mismo como el lugar al cual, luego de un pequeño distanciamiento, “volvió a trabajar”. Por otro lado, M. se refirió a que desde su equipo tratante psicológico se insistió para que volviera a los TT.PP, a “trabajar”, con el fin de cubrir sus necesidades económicas, es decir únicamente con una motivación económica,

También podemos relacionar este punto con el concepto de autonomía económica, al cual hicimos referencia anteriormente, ya que como podemos observar la paciente se encuentra ligada a la Institución y no puede desarrollarse de una manera autónoma, debido a la necesidad de contar con el ingreso que el dispositivo le brinda. Dicho ingreso es denominado por la Institución como “peculio” y constituye la suma de \$500. Este monto es percibido por los pacientes una vez por mes, cual estímulo para continuar el tratamiento y desde la Institución se considera que la percepción de esta suma es una herramienta en el aprendizaje del manejo del dinero. Este estímulo es resignificado por los pacientes como una retribución o un salario por las actividades desarrolladas. La auditoría realizada en el año 2012 a los TT.PP. por parte de AGCBA (Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires) determinó que el peculio *“Se instrumentó por Decreto 388/98 y tienen derecho al mismo todos los pacientes que ingresan a los talleres. Se modificaron las categorías mediante un Decreto del año 2007, las mismas pasaron a ser Categoría A (en período de adaptación) y B. (Cuando pasan al Taller ya designado) con valores que oscilan entre \$ 15 y \$ 20 por día de concurrencia; estos importes dispuestos por Decreto N° 567/11y su actualización fue a partir del mes de julio del 2013 por Resolución 711/MSGC/13 que modificó la Escala de Peculio por monto por día de concurrencia en Categoría A \$20. Y B \$25. El control en cuanto a la asistencia de los pacientes lo realiza la Subdirección de Rehabilitación, le informan a la Jefa quienes se encuentran presentes o ausentes y se cobra dentro de los 10 primeros días de cada mes. Cuando se materializa el pago se hace siempre en presencia de un profesional, el Tesorero y el Jefe del Taller, con firma del paciente en el recibo”*. (AGCBA, 2014: 16).

Una de las Terapistas Ocupacionales mencionó acerca de la confusión que se produce:

*“Sabén que si esto fuera un trabajo lo que se les paga es una miseria, no tienen vacaciones pagas, no tienen obra social; o sea saben que no es un trabajo. La connotación que la persona le da yo creo que tiene que ver con este cambio de rol, de no hacer a hacer. Y si esto tiene el título de trabajo ara ellos hoy no me perturban y*

*está bien, porque saben que no es un trabajo. Que sea un como si, porque se tienen que poner un equipo ara cuidar su roa, un calzado, tienen un horario, cobran un dinero; pero repito, creo que tiene que ver con el cambio de rol, el cambio del lugar, el paso de no hacer a hacer. El rol de la persona que viene acá al tratamiento es muy distinto del rol cuando va a consultorio externo o cuando va al hospital de día, es distinto el modo de llegar. Acá llega, saca una tarjeta y firma, o sea hay toda una cuestión con la identidad muy fuerte, y si esto no lo quiere llamar trabajo que lo llame trabajo”.*

*(A.A. Lic. En Terapia Ocupacional).*

En relación a esta idea planteada por la T.O. en referencia al pasaje que se da de un sujeto pasivo a uno activo, producto del tratamiento que se brinda en los TT.PP. nos surge el interrogante respecto a si en el sentido práctico, entendiendo y respetando las particularidades de cada paciente, este pasaje se materializa realmente.

Las ganas y el interés que poseen los sujetos que acuden al dispositivo “por trabajar” son sumamente significativos. Así ha quedado demostrado en los encuentros grupales que realizamos dentro del Taller N° 1, en los cuales los participantes, al ser consultados por sus proyectos personales, explicitaron que:

*“El año que viene me gustaría trabajar, y para conseguirlo tengo que sostener talleres, también me gustaría hacer un curso literario”.*

*(V. Paciente de los TT.PP.).*

*“Me gustaría buscar un trabajo, estudiar ingles y concurrir al gimnasio, tengo que planificar el tiempo para darle el espacio adecuado a cada actividad, también quiero tejer a máquina”.*

*(L. Paciente de los TT.PP.).*

*“Quiero ver que sale en la bolsa de trabajo, o buscar un terreno para retomar el acuario, que era a lo que me dedicaba antes, aunque no estoy en condiciones de trabajar 8 horas”.*

*(M. Paciente de los TT.PP.).*

El deseo por trabajar, sea realizando un oficio o retomando la actividad que realizaban previamente a ser diagnosticados o encontrarse hospitalizados, es mencionado por la mayoría de los pacientes. Así mismo, ellos expresaron la preocupación por insertarse en el mercado laboral formal y de esa manera perder las pensiones de las que son beneficiarios. Si bien algunos pacientes participan de cooperativas o emprendimientos laborales, la mayoría de ellos concibe el trabajo únicamente como el empleo formal, sin considerar otras alternativas.

Por otro lado, si bien la Institución a través de sus profesionales enfatiza en diferenciar el tratamiento de los TT.PP. a las actividades que se desarrollarían en un trabajo, entendemos que el encuadre que se plantea, cristalizado en un horario de ingreso, un horario de salida, una planilla de asistencia y la producción de objetos, sumado a un escenario casi fabril, se prestan a la confusión.

Para finalizar, es indispensable recopilar los puntos centrales de este capítulo. Consideramos que la autonomía no se define como algo universal en el campo de la Salud mental sino en relación al nivel de autonomía alcanzado por cada sujeto previamente a su padecimiento mental. Pudimos observar que los sujetos que acuden a los TT.PP se encuentran en una situación de incertidumbre cuando se acerca la finalización del tratamiento. La falta de autonomía hace que no puedan pensar en acciones fuera de la lógica manicomial. ¿Desde la Institución se realiza un acompañamiento efectivo pre-alta? ¿Se generan herramientas que propician la inclusión social de los sujetos luego de salir del dispositivo?

Por otro lado, si bien en nuestros ejes principales no se encontraba el concepto de trabajo, durante el transcurso de la Investigación si lo fue. El Trabajo no solo permite

universos de sentido y espacios de sociabilidad sino también crea la posibilidad de reconstruir la autonomía destruida. Uno de los hallazgos que más nos impactó fue la concepción diferente que tienen respecto a la función del dispositivo los diferentes actores a él vinculados. Los sujetos que acuden al dispositivo se refieren al tratamiento como un trabajo aunque la institución a través de sus profesionales enfatiza en diferenciarlo. Entendemos que el encuadre en que se plantea sumado al escenario casi fabril se presta a la confusión.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Al comenzar la investigación nos planteamos como objetivo analizar la incidencia de las redes familiares y sociales de contención de los pacientes que acuden a los TT.PP. con el fin de conocer si dichas redes influyen o no en el mismo, favoreciendo o dificultando los procesos de autonomía e inclusión social que la Institución pretende generar. Consideramos que a lo largo de cada capítulo de este trabajo hemos podido dar respuesta a los interrogantes iniciales que motivaron esta investigación.

Para llevar a cabo este trabajo realizamos una revisión del material teórico existente relacionado al concepto de Salud Mental y las diferentes maneras de entender a la misma. Dicho proceso nos permitió posicionarnos frente a la problemática elaborando un marco teórico, el cual fundamentó nuestra investigación y fue la base para el análisis de nuestro trabajo de campo. Es desde este posicionamiento que entendemos a la Salud Mental de una manera integral y no sólo relacionada a aspectos biológicos, sino que también teniendo en cuenta el contexto del acontecer económico, político e ideológico de la sociedad en la cual se encuentra inmerso el sujeto.

Fue a partir del acercamiento a los TT.PP. que pudimos identificar que el discurso institucional enfatiza en llevar a cabo intervenciones profesionales que privilegien la singularidad de cada sujeto y también se incentiva a que el mismo tome una posición activa frente a su tratamiento. Hemos observado que no siempre esto sucede ya que sigue estando presente la asimetría entre paciente-equipo profesional tratante (tanto el equipo interdisciplinario de la Institución como el equipo médico tratante externo). Esto se refleja en diferentes situaciones, como hemos mencionado, en las cuales las voces y elecciones de los pacientes se encuentran lejos de ser oídas, recayendo las decisiones sobre los profesionales únicamente. Esto nos hace reflexionar acerca de la transición de paradigmas en la cual se encuentran inmersos los dispositivos frente a la nueva Ley de Salud Mental. En relación a esto nos preguntamos ¿Llegará a establecerse una relación más simétrica entre paciente y profesional, a pesar de que esté tan arraigado el MMH y sus concepciones en nuestra sociedad? Por otro lado, y en referencia al dispositivo ¿Podrá el equipo profesional tener una mayor injerencia sobre las decisiones que se toman en base a los pacientes, en lugar de quedar las mismas en manos de los equipos médicos tratantes externos?

Cuando conocimos la Institución y su funcionamiento, uno de los aspectos que más llamó nuestra atención fue que a pesar de no ser una Institución Total en términos de Goffman, los TT.PP. poseen determinadas características que reproducen la lógica manicomial. Es debido a esto que creemos que los pacientes terminan transitando espacios institucionales ligados al Hospital Psiquiátrico, y se les dificulta insertarse en otros ámbitos o establecer vínculos “Extra muro”.

Como mencionamos, en un principio, nuestro interés por la configuración familiar y social de los pacientes que acuden a los TT.PP, fue uno de los factores que nos motivó para conocer más sobre estas realidades. Hemos podido observar que son múltiples los casos en los cuales no existe un acompañamiento activo familiar, a pesar de los espacios que brinda la Institución para promover la participación de las mismas. Creemos que los casos en donde se da la presencia del entorno familiar y afectivo acompañando el tratamiento, favorecen al mismo. Por otro lado, volvemos a insistir en que cada caso es particular, ya que también hemos podido conocer pacientes que sí reciben contención familiar y la misma

participa de las actividades propuestas por la Institución, pero esto no necesariamente influye de manera positiva en su tratamiento.

Otro de los puntos sobre el que nos interesó indagar es si desde la Institución se brindan herramientas para generar mayores niveles de autonomía en los sujetos. Consideramos que este es un objetivo un tanto amplio y que en la práctica, tal como aseguran las profesionales, los objetivos se fijan de manera particular según la situación de cada paciente. Desde nuestra perspectiva creemos que esto sumada a la ya mencionada lógica manicomial en la que se encuentran insertos, los sujetos que transitan los TT.PP. no desarrollan una mayor autonomía a la que poseían previamente a comenzar el tratamiento.

Creemos que es una deuda pendiente de la Institución realizar un trabajo más profundo en relación al seguimiento que debería realizarse en casos de pre-alta y post-alta, el cual no se desarrolla actualmente. Pensamos que este punto es central tanto por el acompañamiento profesional necesario para atravesar los procesos de pre-alta y post-alta, como así también para proporcionar mayores herramientas para lograr una mayor autonomía e inclusión social.

Queremos destacar también que si bien el eje “trabajo” no se encontraba dentro de nuestros objetivos en un inicio, con el correr de nuestro paso por la Institución, se convirtió en un aspecto central. Las diferentes concepciones que poseen respecto a la Institución los profesionales y los sujetos, para unos un tratamiento de rehabilitación y para los otros un trabajo, respectivamente, ha sido uno de los aspectos que más han llamado nuestra atención y sobre el cual nos resulta fundamental poder continuar profundizando en futuras investigaciones.

Habiendo cuento de lo expuesto, queremos finalizar dando cuenta la importancia de la presencia de lazos familiares y sociales para el sujeto siempre y cuando estos vínculos influyan favorablemente en cada persona con padecimiento mental. Identificamos que si existe un entorno familiar presente y con una comunicación óptima con la Institución, el trayecto hacia la futura inclusión, se realizará de una manera más propicia para el sujeto.



## **BIBLIOGRAFÍA**

- Arito, S. (2001) “*Cuestión Social y salud mental: una relación implicada en la intervención profesional*” Boletín Electrónico Surá. Escuela de Trabajo Social. Universidad de Costa Rica, en <http://www.ts.ucr.ac.cr>
  - Bianchi, E. (2014) Biopolítica: Foucault y después. Contrapuntos entre algunos aportes, límites y perspectivas asociados a la biopolítica contemporánea. *Revista Astrolabio Nueva Época*. Edición N°13.
  - Bianchi, E. y Lorenzo, G.(2013) La recuperación es para obedientes. Algunas articulaciones y ajustes metodológicos para el análisis de un tratamiento de adicción a las drogas. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales (Relmecs)*, vol 3, N °1.
  - Biegel, D. y Tracy, E. (1991). *Case Western Reserve University*. Cleveland, Ohio.
  - Cacciola, D (2003). “Jornada de debate e Intercambio sobre Consentimiento Informado, Capacidad Jurídica y Autonomía desde una perspectiva de los Derechos Humanos”. *Revista Letra Analítica*.
  - Carballeda, A. (2012) “La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas”. *Revista Margen*. Edición N° 65.
  - Carballeda, A. (2013). “La Intervención Social en los escenarios actuales. Una mirada al Contexto y el Lazo social”. *Revista Margen*. Edición N° 68.
- Cazzaniga, S. (1997) *El abordaje de la singularidad*. Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de la Plata.
- Estevez, M. y Millet, A. (2015). *La internación neuropsiquiátrica, un camino hacia la “tranquilidad”*. Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. UBA.
  - Faraone, S. (2013) “Reformas en salud mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones”. *Salud Mental y Comunidad.UNLA*. Año 3, N° 3.
  - Fernández, A. M. (2014) *La Mujer de la Ilusión*. Buenos Aires: Paidós.
  - Fitipaldi, P. y Masciangelo, P. (2014). *¿Padecer también el trabajo? Inclusión laboral para personas con padecimientos mentales en Franca Matina, un*

*dispositivo alternativo a la lógica manicomial..* Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. UBA.

- Foucault, M. (2005) *El poder psiquiátrico*. México: Fondo de Cultura Económica.
  - Foucault, M. (1967) *Historia de la locura en la época clásica I*. México: Fondo de Cultura Económica.
  - Foucault, M. (1996) *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires, Argentina: Altamira.
  - Fromm Reichmann, F. (1948) *Notas sobre el desarrollo del tratamiento de los esquizofrénicos mediante la psicoterapia psicoanalítica*. En: *Psicoterapia en las psicosis*. Buenos Aires: Hormé.
  - Galende E. (2002) “Demandas de Salud mental”. Revista “*Ensayo y Experiencia*”. Buenos Aires: Paidós.
  - Galende, E. (1994) *Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.
  - Gallart, M.A. (1992) *La integración de métodos y la metodología cualitativa. Una reflexión desde la práctica de la investigación. Métodos cualitativos II. La práctica de la investigación*. Buenos Aires, Argentina: Centro Editor de América Latina.
  - Goffman, E. (1984) *Internados: Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
  - Heler, A. Petrella, A. Vilarnovo, A. (2013). “La dignidad humana y los padecimientos mentales: una relación en construcción”. *Salud Mental y Comunidad.UNLA*. Año 3, N° 3.
  - Hernández Sampieri, R y otros (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
  - Iriart, C. y otros (2002). *Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos*. Revista *Panamericana de Salud Publica*. Edición N° 12.
  - Laurell, A. C. (1986) *El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina*. Cuadernos Médico Sociales N° 37. Rosario: Centro de Estudios Sanitarios y Sociales.
- Menéndez, E. (1994). *La enfermedad y la curación: ¿qué es la medicina tradicional?* México: Alteridades.

- Menéndez, E. (1986) *La crisis del modelo médico y las alternativas autogestionarias en salud*, Cuadernos Médicos Sociales N° 21
- Mitchell, J.C. (1969) *Social Networks in Urban settings*. University Press.
- Moruno, P y Romero, M. (2006) *Actividades de la vida diaria*. España: Elsevier.
- Palacios, A. (2008) *El Modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid, España: Cinca.
- Pilisuck, M. y Parks, S. (1982). *Establishing Group: Community Outreach Method*. Nueva Jersey.
  - Rojas Soriano, R. (1995). *Capitalismo y Enfermedad*. México D.F.: Editorial Plaza y Valdés S.A
  - Schmuck, M.S y Serra, M.F (2009) *Sustitución de las lógicas manicomiales: De las perplejidades a los desafíos*. V Jornadas de Investigación en Trabajo Social. Facultad de Trabajo Social.
  - Stolkiner, A. (2012). “Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social / salud colectiva latinoamericanas.” *Revista Vertex*. Volumen XXIII. Buenos Aires.
  - Vezzetti, H. (1983). *La locura en la Argentina*. Buenos Aires: Folios.

### **Normativa u organismos:**

- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires [citado 9 de marzo de 2016]. Dirección General de Salud Mental. Disponible en: [http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/prensa/newsletter/talleres\\_protegidos.php?menu\\_id=20440](http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/prensa/newsletter/talleres_protegidos.php?menu_id=20440)
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires [citado 25 de marzo de 2016]. Dirección General de Salud Mental. Disponible en: <http://www.buenosaires.gob.ar/contenido/talleres-protegidos-de-rehabilitacion-en->

[salud-mental-eva-peron](#)

- CELS/MDRI (Centro de Estudios Legales y Sociales/Mental Disability Rights International) (2007). *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (1946) Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva Cork.
- Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. (2011)[citado 25 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/Programa-salud-mental.pdf>
- AGCBA (Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires). Informe final de auditoría (2014) [citado 3 de abril de 2016]. Disponible en: [http://www.agcba.gov.ar/docs/inf-20150206\\_1513---Talleres-de-Rehabilitacion-Psiquiatrica..pdf](http://www.agcba.gov.ar/docs/inf-20150206_1513---Talleres-de-Rehabilitacion-Psiquiatrica..pdf)
- Oficina del Informe de Desarrollo Humano. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe 2008 [citado 10 de abril de 2016]. Disponible en: [http://www.dhl.hegoa.ehu.es/ficheros/0000/0354/InclusiC3%B3n\\_Social\\_y\\_Desarrollo\\_Humano\\_2008\\_sp.pdf](http://www.dhl.hegoa.ehu.es/ficheros/0000/0354/InclusiC3%B3n_Social_y_Desarrollo_Humano_2008_sp.pdf)

# **ANEXO**

A continuación presentamos la transcripción de tres entrevistas realizadas a sujetos con padecimiento mental que acuden a los TT.PP. Llevamos a cabo una selección entre la totalidad de las entrevistas y optamos por incluir estos tres encuentros en el anexo ya que nos parecieron los más significativos y que incluyeron información relevante para nuestro trabajo.

También presentamos las tres entrevistas realizadas a una Trabajadora Social, Terapeuta Ocupacional y Psicóloga del dispositivo.

Para finalizar incluimos imágenes extraídas de las redes sociales y portales oficiales de la Institución. Exponemos las mismas con el fin de complementar y enriquecer nuestro Trabajo Final de Investigación.

**Entrevista a J.L., Paciente de TT.PP.**

*Buen día J.L. ¿Cómo estás?*

Bien, gracias.

*Vamos a empezar a hacerte algunas preguntas...*

Dale bárbaro.

*¿Donde estás viviendo actualmente?*

Yo estoy viviendo acá en Barracas, en el Hospital de noche, estoy hace 4 o 5 años. Todavía no puedo salir, vamos a ver si me puedo ir a pasear un tiempo a Salta y después ir averiguando unos datos para irme a vivir allá. Porque acá no tengo lugar a donde vivir, tenía un lugar pero lo perdí.

*¿Donde vivías antes?*

En Avellaneda, en la casa de un familiar pero se metió gente y no los pudimos sacar.

*¿Y allá en Salta?*

Tengo a mi hermana que se hizo una casa y me invitó para vivir. Ya sabe ella todo y quiere que me quede allá. Cuando voy me dice que me quede a vivir y yo le digo que no puedo. Yo tengo a mi papá acá en Buenos Aires. Lo tengo trabajando de vendedor ambulante, está pagando un hotel de \$1400. Yo tengo la pensión no contributiva que son \$2600, tengo un plazo fijo en \$5200. Tengo \$3000 en la tarjeta de banco.

*¿Vos lo ayudas a tu papa?*

El no quiere recibir ayuda mía, pero en lo que puedo lo ayudo.

*¿Pero más allá de la plata, lo ves a tu papa? ¿Se llevan bien?*

Si, más o menos.

*¿Acá en capital está él y tenés alguien más de familia?*

Él está en provincia, en Avellaneda. Yo solo estoy viviendo en capital. Si tengo familia pero hace mucho que no los veo.

*¿Tenés más hermanos?*

Sí, tengo hermanos y medios hermanos. Uno está en Salta, mi hermana y otra que crió mi tía esta en Avellaneda.

*¿Acá en el Hospital de noche, te llevas bien con la gente?*

Sí, ya soy conocido con los terapeutas, ya quieren mi salida, que salga de ahí porque es mucho tiempo que llevo ahí. Y yo estoy de acuerdo con eso, o sea acá en Salta o sea acá en Avellaneda, donde sea pero irme.

*¿Ellos tendrían que hacer el contacto allá para seguir el tratamiento?*

Sí, ellos deberían hacerlo.

*¿En el Hospital de noche como te sentís? ¿Con las actividades, las tareas?*

Sí, cuestan un poco, al principio no costaban porque recién empezaban pero después te van aburriendo pero es normal, como el trabajo, a veces te levantas bien, a veces te levantas mal.

*¿Qué cosas hacen?*

Hacemos talleres. Los lunes tenemos Terapia Grupal, los martes tenemos Convivencia, los miércoles tenemos Taller de Huerta, los jueves Yoga y los viernes salida. Las salidas son en Capital, por el tema del pase. Entramos gratis a los Centros Culturales, a los teatros, vamos a ver música, stand up, toda esa clase de cosas. Esta bueno las salidas porque van cambiando, pero yo ya como estoy queriendo buscando una compañía, una compañera, a nivel familiar o algo que me dé más motivación o más ganas de seguir adelante.

*Más allá de tu familia... ¿Tenés amigos? ¿Conocidos?*

Amigos, amigos tengo uno solo y lo contacto muy de vez en cuando porque no tiene celular, yo tengo computadora, que te dejan usar, y lo contacto por el Facebook pero casi nunca está. Pero él tiene mi número, así que cuando quiera me va a llamar y vamos a andar juntos de vuelta.

*¿De dónde lo conoces? ¿Hace mucho?*

Yo lo conozco de allá, de Avellaneda. Cuando yo trabajaba con mi papa. Mi papa trabaja de vendedor ambulante. Lo ayudaba ahí.

*¿Desde muy chico?*

No me acuerdo muy bien, me olvidé.

*¿De chico fuiste al colegio?*

Creo que hice hasta cuarto grado y después lo termine todo acá en Hospital de noche.

*Más allá de ayudar a tu papa... ¿hiciste alguna otra changa, trabajo?*

Sí, sí hice.

*Y cuando te vayas de acá, ¿te gustaría volver a trabajar?*

Sí, por el momento ver como están las cosas, ojalá se me presente un trabajo rápido así no pierdo el ritmo. Porque uno a veces esta como perdido, no sabe lo que quiere.

*En el Hospital de noche donde estas ahora, ¿tenés tiempo libre?*

Sí, los fines de semana, sábado y domingo.

*¿Qué te gusta hacer en tu tiempo libre?*

Salir, tomar una gaseosa. Salir a un Mc Donalds, a tomar un café. Ir a ver a mi papá, escuchar música en el hotel con mi papá. Tomar unos mates, comer unas tortas fritas. Esto lo estaba haciendo, ahora hace rato que no lo hago. Ahora a mi papá no le dejan entrar gente al hotel, entonces no puedo entrar.

*Todo eso lo haces en colectivo ¿no? ¿Te manejas bien viajando?*

Sí, todo eso lo hago con el pase. Me tomo cualquiera menos el 75 y el 49 cualquiera me dejan. Y el 25 cualquiera me lleva a Avellaneda. El vive enfrente de la estación de Avellaneda.

*¿Fuiste o vas a alguna Iglesia?*

No. Soy creyente pero no voy a la Iglesia. No soy católico, soy creyente yo.

*¿Siempre te atendiste en este Hospital o alguna vez en otro?*

No, siempre en éste. Psicológico siempre fue este, después tuve otros hospitales que caí enfermo. Tenía enfermedades que no me acuerdo en este momento pero tenía enfermedades y fui al Finocchietto y tuvo que andar mi viejo de acá para allá. Después salí de ahí y medio que me sentía mal y me trajó para acá en el 2010, el 12 de noviembre y desde esa fecha hasta ahora estoy en Hospital de noche.

*¿Ahí te atendieron siempre los mismos médicos? ¿Cómo te sentís con ellos?*

Sí, siempre los mismos médicos. Sí me gusta, pero va pasando el tiempo y te exigen más cosas que no puedes hacer o no te gustan hacer o que uno ya está cansado y quiere vivir afuera o capaz que no estoy acostumbrado a trabajar tomando la pastilla.

*¿La medicación te la proporcionan ellos? ¿Y con los horarios te manejas vos para tomarla?*

Sí, la medicación te la da el Hospital. Y con los horarios sí me manejo yo.

*¿Te parece que lo que haces en Talleres te ayuda para tu futuro? ¿Para buscar un trabajo?*

*¿Aprendes algo?*

No, no me ayuda pero me entretiene aparte estoy un rato con las compañeras, me divierto un poco, este es el lugar más tranquilo que encontré en todos los talleres. Esta es la segunda ronda que hago desde que estoy en Talleres Protegidos. Apenas entre tenía que elegir carpintería y en ese tenías que trabajar mucho, mucha fuerza y medio que no me gustó entonces elegí esto que era más fácil.

*La primera vez que viniste acá ¿te acordás cuando fué?*

El 13 de mayo del 2011. Me trasladaron del taller de Suárez para acá. Faltaba gente acá y me mandaron acá. Y ahí me dieron a elegir, hable con Elsa (Enfermera de TT.PP.) y me dio a elegir. Y a mí me gustaba acá, me gustaba la compañía que había acá y nada me quedé acá desde el 2011 al 2013 estuve acá y después me fui, dejé que pase el 2014. Yo estaba informado por un amigo que si pasaba un año y volvías a pedir trabajo te lo podían dar. Y lo hice. Por el momento estoy cómodo acá. Cuando sienta alguna inquietud se lo voy a decir a los terapeutas.

*¿Con ellos te llevas bien?*

Sí, me llevo bien.

*¿Te hiciste amigos acá? ¿O en Hospital de Noche?*

Sí, tengo amigos acá y en Hospital de noche. Con las compañeras de acá se habla de todo, nos reímos un cacho y después con los compañeros del Hospital nos llevamos bien, compartimos cosas. La verdad que estoy bien. Todavía no se bien si me quiero ir. No sé que quiero para mi vida, con el transcurrir del tiempo se irá viendo.

*Bueno con esto ya terminamos... Te agradecemos mucho.*

No es nada, gracias a ustedes chicas.

**Entrevista a M., paciente de TT.PP.**

*Hola M. buen día.*

Hola chicas buen día.

*Bueno vamos a empezar con algunas de las preguntas.*

Adelante.

*¿Donde vivís?*

En la casa de mi mamá, que es la casa de mi familia en Avellaneda. Sola.

*¿La casa era de tu mamá?*

Sí. Mi mamá está internada en un geriátrico porque estaba muy delicada de salud, tuvo un principio de demencia senil, hubo que operarla de la cadera, se complicó toda la situación y yo la estuve cuidando a ella desde que salió de la operación. Ocho meses la cuide en mi casa, yo tengo una hermana no sé si esto les interesa a ustedes.

*Justo te íbamos a preguntar si tenes familia, ¿como está conformada?*

Si tengo una hermana, somos dos hermanas.

*¿Dos hermanas y tu mamá?*

Sí, somos dos hermanas y mi mamá, porque mi papá falleció. Yo tengo dos nenas y mi hermana tiene un varoncito de 17 años.

*Contanos de tus nenas...*

La más grande tiene 15 y la otra más chica 12. Igualmente mis hijas no viven conmigo por mi problema de salud, porque yo no estoy bien, tuve varias crisis y soy muy inestable y no es conveniente para las nenas criarse en un ambiente así, de internación, que entro, que salgo todo el tiempo, que no estoy, que vengo. Entonces optamos porque se fueran a vivir con mis cuñados. Yo soy separada, es la hermana de mi ex marido, su esposo y un hijo grande que ellos tienen y están viviendo con ellos. Yo las visito, ayer las fui a visitar.

*¿Viven cerca de tu casa?*

No desafortunadamente no, porque yo estoy en Avellaneda y ellas están en González Catán. Mi mamá también me queda en la otra punta, el geriátrico está en Castelar y yo estoy en Avellaneda. Cuando voy a ver a mi familia me lleva todo el día. Todo el día para ver a las nenas, para ver a mi mamá.

*¿Y en que vas? ¿Vas en colectivo?*

Y tomo colectivo, tomo tren. Cuando voy de mis cuñados a ver a las nenas hasta un remis me tengo que tomar porque no hay ningún colectivo que me deje más o menos cerca. Ninguno, entonces a la ida me tomo un remis, que gracias a dios como tengo el pase de discapacidad para viajar, no pago ni el tren ni el colectivo, pero el remis lo tengo que pagar. Son como unas treinta cuabras, a la vuelta me acompaña mi cuñado caminando hasta la estación para que me ahorre el remis.

*Claro, tenes un viaje bastante largo...*

Sí, sí, sí yo me tomo el colectivo. Salgo de mi casa, tomo el colectivo, me bajo, tomo el otro colectivo, me bajo, tomo el tren, me bajo, me tomo el remis. Y así las voy a visitar a mis nenas y a mi mamá. Les llevo un dinero, les doy consejos. Me pusieron muy feliz ayer que las fui a visitar, yo les había pedido por favor a las dos por teléfono que se portaran bien, porque mi cuñada está de duelo, se le murieron dos familiares en corto tiempo. Ella es la que está a cargo, la que está en el papel de madre de ellas. Y la verdad que no tengo nada malo que decir de mi cuñada, porque me

las están criando como si fueran hijas de ellos. Les dan todo el amor, toda la contención, las llevan al colegio, les compran ropa, las llevan a los cumpleaños, no les falta nada.

*Contanos acerca de tu casa... ¿como manejas el tema de las tareas del hogar?*

Y las tareas del hogar me cuestan mucho a mí. Estoy hablando de eso acá con la Licenciada R., la Terapeuta Ocupacional, ella me está dando unos consejos, unas orientaciones pero igual a mí me cuesta. Me cuesta hacer la limpieza, hacer las compras, la administración del dinero. Me cuesta manejarme sola.

*¿Tenes alguien que te ayude con eso?*

No. Muy de vez en cuando, cuando se me amontona demasiado, por ejemplo, no sé, en una habitación mucha suciedad o mucho desorden, ahí llamo a alguien. Cuando cobro en realidad, porque yo tengo la pensión por invalidez. Ahí quizás llamo a alguna amiga mía, a alguna señora, porque yo voy a la Iglesia Evangélica y ahí conozco mucha gente que trabaja en limpieza, así me dan una manito con la limpieza. Pero eso muy de vez en cuando, porque no puedo darme el lujo de andar pagando. Tengo que ponerme las pilas y tratar de hacerlo yo, pero me cuesta.

*Y en el tema económico, ¿te solventas todos los gastos de tu casa?*

Sí, sí. Yo tengo la pensión, que ahora en total son unos \$3000, aumentaron un poquito, porque estábamos en \$2800. Y acá en promedio, lo que estoy sacando, son unos \$500 por mes, con el peculio. Lo que si soy bastante consiente de los gastos, llegan los impuesto y apenas llegan voy y lo pago. Si no me llega tal impuesto, que me pasó con el gas, no me llegaba y fui a la oficina a reclamar. Y bueno, trato de racionarme los gastos, no es que yo cobro y ya en dos días me quede sin plata. Trato de irla estirando, porque soy consciente que tengo que pagar los impuestos. Mi hermana no contribuye en nada. A mí no me da un centavo. Y mi mamá me dice: "Decile a tu hermana que dije yo que te tiene que dar". Pero mi hermana ya dijo que ella a mí no me iba a dar ni un centavo.

*¿Tu hermana trabaja?*

Mi hermana tiene dos trabajos. Pero ella se ocupa de ella y del hijo de ella, lo demás se puede caer a pedazos que a ella le importa un bledo. Esta bien que está ocupada, muy ocupada, vive sola, tiene que pagar un alquiler, yo también tengo que ser comprensiva con ella. Yo a veces la juzgo

con un dedo pero eso está mal porque ella también está muy ocupada, tiene dos trabajos, tiene que pagar un alquiler, tiene que mantener al hijo, tiene un ex marido con el que tiene una relación muy tirante y bueno. Si no se ocupa de mí, de su hermana, ni me llama por teléfono, ni sabe si estoy viva y bueno. A veces ni de mi madre se ocupa. La tuvimos que andar rastreando, porque no iba al sanatorio, no pagaba la cuota, no iba a retirar las ordenes de la médica, hubo que rastrearla había desaparecido, ni de mi mamá se estaba ocupando.

*¿En tu tiempo libre qué haces? ¿Qué te gusta hacer?*

A mí me gusta por ejemplo leer. Ahora me anote justamente para empezar hoy lunes, voy a hacer un curso de ingles para adultos, que había empezado el año pasado. Porque yo antes de enfermarme estaba estudiando, estudié Abogacía y estudié Inglés. Llegué a 3<sup>a</sup> año de Abogacía en la U.B.A. Llegué hasta 3<sup>o</sup> del Profesorado de Inglés. Pero ahí me llegó la enfermedad psiquiátrica y tuve que dejar todo. Y ahora estoy tratando de retomar.

*¿Eso es cerca de tu casa?*

El Instituto es cerca de mi casa.

*¿En tu casa qué haces? ¿Mirás tele?*

No, la tele no me atrae mucho, me atrae más escuchar la radio, escuchar música o si miro tele me inclino por los noticieros, también los chimentos a veces (risas).

*¿Miras programas de actualidad u otra cosa?*

Del noticiero me interesa más el estado del tiempo (risas). Un día voy a salir y no va a haber colectivo y ¿cómo yo no sabía? (risas). Por ahí engancho una noticia, pero para ver las noticias que hay... Una chica asesinada, una chica violada, una chica molida a golpes. Hay una violencia de género espantosa.

*¿Amigos consideras a alguien?*

Sí, tengo amigas mujeres. Tengo pocas pero amigas de fierro. Amigas que son incondicionales, que saben que tengo problemas de salud, que estoy medicada, que estoy en tratamiento y me reciben en sus casas. Incluso hemos pasado las fiestas, que yo vivo sola y le dije a una de ellas si podía ir. Acá me recomendaron que haga eso, porque navidad la pase sola en mi casa. La fui a ver a mi

mamá al geriátrico pero después me tuve que volver a mi casa, sola. Me acuerdo que la navidad del año pasado la pase sola, llorando, triste, mal, porque con mis nenas tampoco se podía porque a la casa de ellos iban otros familiares, del otro lado. Me dijeron que no me podían recibir, porque eran muchos. “Está bien no se preocupen”, yo no les quise causar más problemas. Entonces como Navidad lo pase sola y triste, vine acá y lo conté. Me dijeron “para Año Nuevo búscate una amiga, búscate alguna y decíle la verdad: mira estoy sola y no tengo con quien pasar las fiestas, estoy completamente sola. Decí: Yo llevo comida, traigo un regalo, traigo la bebida.” Entonces fuí y le dije a una de mis amigas y me dijo “Sí, ¿Cómo no? ¿Cómo vas a pasar las fiestas sola?”. Y me recibió el 31 pase con ella, esperamos la noche del primero, los fuegos artificiales, comimos ahí y me dio una camita y dormí hasta que se hizo de día.

*¿A esta amiga de dónde la conocés?*

En particular, a esta señora la conocí en la Iglesia. Yo soy evangélica pentecostal.

*¿Vos vas siempre a la misma iglesia? ¿Queda ahí por tu barrio?*

Si, también.

*¿Al resto de tus amigas las conoces de ahí también?*

La otra amiga que tengo también la conocí en la Iglesia. Sí, mis amigas generalmente son de la Iglesia.

*¿Hace mucho que vas a la Iglesia?*

A esta Iglesia voy hace cinco, seis años. Antes iba a otra.

*¿En la Iglesia realizan encuentros, talleres o alguna actividad?*

Se hacen. Hace poco se hizo un encuentro que yo no fui porque había que pagar y además estaba comprometida, tenía otro compromiso y no podía ir y había que pagar trescientos y pico de pesos por dos días. Se hizo un encuentro de mujeres, en unas casas quintas que son todas de evangélicos y ahí es tipo un retiro espiritual, van las mujeres, se les predica, cantan, todo y bueno se hizo ese retiro. Yo no fui por el tema económico y porque tenía otros compromisos. Y sino otra cosa que se hace en la Iglesia, pero yo no estoy participando, es donde se ensaya música, también hay talleres de la palabra. Pero yo por ejemplo ayer, estuve hablando con mi pastora y tengo un

problema: ahora los cultos los están haciendo por la noche. Antes eran los domingos a la mañana, entonces los domingos eran muy largos, pero vos sabías que a la una como mucho ya estabas en tu casa. En cambio, ahora los pasaron los domingos de 19:30 y terminan 22.30hs. Y yo ayer hablé con mi pastora y le dije: “Mire yo no quiero ser desleal con ustedes, yo no me quiero ir de la Iglesia, pegar un portazo” porque no quiero hacer eso. Ellos siempre me trataron muy bien, me dieron mucha atención pero a mí ya no me está gustando a esa hora porque se me hace muy de noche. Para colmo el camino que tengo que hacer para llegar a la Iglesia es bastante jorobado, tengo que pasar por abajo de una autopista, cruzar todo un acceso, una ruta. Porque es una ruta y ahí siempre hay un patrullero parado con las luces y todo. Pero yo no sé si le tengo más miedo a la ruta o al patrullero (risas).

*¿En la Iglesia te sentís cómoda? ¿Te gusta ir?*

A mí me gusta ir. Ayer a la pastora le dije, bah le pregunté, porque yo sé que ellos están también en Sarandí, que es un lugar mucho más céntrico, la Iglesia que voy yo es en Dock Sud. Ellos tienen una, donde antes eran pastores que es en Sarandí. Y en Sarandí sería sobre Av.Mitre o sobre Av.Belgrano y eso es mucho más céntrico. Entonces le pregunté a la Pastora pero me dijo que “con otros hermanos ya estuvimos hablando del horario que ahora tenemos, que es un poco tarde, que se viene el invierno y estuvimos pensando en adelantar el horario. En vez de empezar a las siete y media, empezarlos a las seis de la tarde. Entonces vos puedes llegar acá a las 5 y cuarto, cinco y veinte y a esa hora estamos ensayando y todavía es de día, llegas de día”. Porque yo le decía que cuando pasé ayer por abajo de la autopista era noche cerrada. El patrullero tenía todas las luces prendidas, abajo de la autopista hay unas luces, todas las luces prendidas, todo pero ya estaba cayendo la novecita, casi sol no había y a mí me da miedo. Porque a mí para colmo me asaltaron el año pasado, me robaron y quede con un miedo a partir de ahí.

*Respecto al tratamiento ¿Siempre te atendiste en el mismo hospital?*

Sí, siempre en el mismo. Ahora me estoy atendiendo en el Hospital Moyano, acá a la vueltita. Hace años que me atienden ahí, me atienden muy bien. En otra época me atendía en una clínica que tenía yo por la obra social, por mi ex marido. Pero en esa clínica que pasaba, en esa clínica había mucho lucro con la salud de los pacientes, era una clínica privada. Los que entrábamos ahí no entrábamos muy bien, por algo te internan, entonces nos empezaban a dar remedios, nos empezaban a apuntalar y cuando estábamos mejor nos mandaban a la casa. Y después empezaban

con que te bajo los remedios y yo les decía a los doctores: “No me bajen los remedios, yo así estoy bien, a ver si me agarra una recaída”. Y me decían pero si estas mucho mejor, y a todos nos hacían lo mismo. ¿Y que pasaba? Venía la recaída o la internación. Y ellos facturando otra vez. Entonces yo un día le dije a mi mamá: “No mamá, mira llévame al Hospital Moyano”, todavía mi mamá estaba conmigo en mi casa. “Pero hija si te llevo al Hospital Moyano, estas tan mal que te van a internar”. Y yo le dije “Mamá aunque me internen, es el único lugar que a mí me van a sacar adelante de este padecimiento. El Hospital público mamá, acá nos están sacando plata, yo estoy cada día peor, yo quiero ir a un Hospital, ahí no van a lucrar conmigo”. Y me trajo al Moyano y efectivamente me internaron, pero en esa internación me fueron sacando a flote y después me dieron el alta y yo seguí estable mucho tiempo.

*¿Esa primera vez estuviste mucho tiempo internada?*

Esa no fue mi primera vez, yo en total tuve 15 o 16 internaciones.

*¿Luego de esa vez te sentiste cómoda y seguiste atendiendo en el Moyano? ¿Te atendían bien los médicos?*

Sí, siempre. Siempre.

*¿Es siempre el mismo profesional el que te atiende?*

No, yo por ejemplo cuando estuve mucho tiempo en Consultorios Externos tuve siempre el mismo Psiquiatra. Después tuve otra internación. Este año hace poco me dieron el alta, el 14 de abril me dieron el alta, así que hace poquito. Estuve internada este año y ahí tuve otro equipo terapéutico y yo les pedí a esas doctoras de la internación, que son las doctoras P. y la Licenciada D. de terapia a corto plazo del Moyano, les pedí por favor que me siguieran viendo ellas, que yo no quería volver a Consultorios Externos del Moyano. Quería que me siguieran el tratamiento ellas. Y ellas me dijeron que sí, que si yo optaba por ellas íbamos a seguir así. En Consultorios Externos yo no estaba muy de acuerdo, porque me daban cantidad de medicamentos y cuando me internaron, internada y todo, yo tomaba la mitad de medicación de lo que estaba tomando en Consultorios Externos. Y ahora que salí me bajaron un poquitito, con precaución siempre, pero yo estoy mucho mas de acuerdo.

*¿A vos te entregan la medicación en el hospital? ¿En tiempo y forma?*

Yo la recibo en el Hospital, en la farmacia del Hospital. Gratuitamente. Lo que puede pasar, porque somos ciento de pacientes, no sé si somos miles, es que a veces algunas drogas no las tienen o no tienen de ese miligramo. Yo fui la última vez a buscar 4 drogas, 3 las tenían y me las dieron sin problemas. Y después yo fui a buscar Risperidona de 2 mg y me dice la farmacéutica: "Risperidona de 2 mg no tengo" y le digo: "¿y cuál tiene?". Pregunté yo que ya estoy canchera. Y me dice: "tengo de 1 mg y tengo de 3 mg.". Y me dice: "y volví al medico y decile, yo acá le puse en el casillero que no tengo. Decile que hay de 1 mg y de 3 mg. Que vea que receta te puede hacer y te haga otra receta". Entonces me hace la receta, me pone la de 1 mg haciendo el cálculo para que cumpla los 2 mg y bueno y volví a la farmacia y me dieron la droga.

*¿Con la medicación como te manejas?*

Bien, sí. Saben lo que pasa, yo me enferme a los 20 años. Ahora tengo 46, así que manejar la medicación, tiempo atrás, en los primeros tiempos le decían a mi mamá: "Usted le tiene que dar los remedios, usted fíjese la hora, usted fíjese la dosis." Pero pasando los años, siguiendo el tratamiento, cambiando de profesional, cambiando de lugar, al final los mismos médicos me dijeron: "¿Vos no te animas? Te hacemos una lista y yo te pongo: a los 8 te tomas una pastilla de estas, una pastilla roja, ¿vos no te animas?" y yo les dije: "Sí, yo me animo". Entonces un médico me dijo: "bueno entonces vos te vas a manejar la medicación". Y a partir de ahí me empecé a manejar yo. Yo consciente de que si salgo, por ejemplo ahora salí y sé que voy a volver temprano a mi casa, pero por cualquier eventualidad ya me traje en la cartera la pastillita que tengo que tomar entre el mediodía y las dos de la tarde.

*Bueno y antes nos comentabas de la Universidad, del colegio...*

Si hice el Bachillerato con Orientación Docente. Y después me anote en la U.B.A.

*¿Alguna vez trabajaste? ¿Hiciste alguna changa?*

Trabajé muy poquito, porque como me enferme tan jovencita. Y además cuando terminé el colegio ya me metí en la Universidad. Fue todo muy rápido. Por ejemplo, trabajé en un estudio jurídico, me metí porque yo pensé "que bueno trabajar ahí para ir aprendiendo". Pero que pasa, era muy largo el horario del estudio, eran 8 horas. Yo llegaba a la Facultad, porque ya había hablado con los profesores porque no me quedaba otra, también hablé con la directora del estudio jurídico y me dijo que tenía que cumplir el horario y no me podía dejar salir ni cinco

minutos antes. Entonces ya llegaba media hora tarde a la Facultad. Empecé a bajar las notas, trabajaba todo el día, estudiaba de noche, iba a la Facultad prácticamente de noche y para estudiar terminaba a las 2 de la madrugada y después me tenía que levantar a las siete porque a las ocho tenía que estar en el estudio. Entonces empecé a bajar las notas, a bajar los promedios. Y me dije bueno si sigo con este trabajo voy a tener que dejar la Facultad. Opté por dejar el trabajo para seguir la Facultad. Y después hice alguna changuita, de corredora, de vender productos en la calle, pero no fui muy afortunada con mis trabajos. Nunca tuve mucha continuidad, siempre tuve dos, tres meses de trabajo y se me cortó o yo lo dejaba o me sacaban. Siempre estuve más conectada con el estudio, con el trabajo no fui muy afortunada.

*¿Y a qué edad te casaste?*

Yo me case a las 27 y me separé de hecho. Me casé, me fui a vivir con él . Pero fue un matrimonio muy difícil, yo siempre digo que tuve un solo año de felicidad en mi matrimonio. Un año estuve muy feliz con él hasta que me dio el primer golpe. Y ahí se me vino todo abajo. Y yo siempre digo eso, que a veces decimos muchas mujeres “era como un lobo vestido de cordero”. Porque parecía una cosa, a mi me vendió un envase, una cosa que yo compré eso, me enamoré de eso y cuando me caso veo que la realidad era otra. No solamente era golpeador, era jugador compulsivo. Se jugaba el sueldo entero. Y después vinieron las dos criaturas. Había días que no teníamos que darle de comer porque el tipo se había patinado todo y el era muy orgulloso y no le daba la cara y me mandaba a mí a pedir un plato de comida. Y yo por mis hijas salía y pedía a algún vecino, pedía fiado.

*¿Vivían en Avellaneda?*

No, ahí vivíamos en San Clemente del Tuyú, en la costa. Porque mi mamá lo agarró a mi ex marido y le dijo: “Si vos le volvés a pegar yo te meto preso”. Y él le dijo “No doña, como le voy a pegar, ¿quién le dijo eso?”, y yo le contaba a ella. Así que él un día vino y me dijo: “Mirá, yo estoy pensando en un cambio de vida, vos sabes que yo tengo a mi hermano allá en la costa, podría asociarme con él y trabajar con él”.Él acá trabajaba en el Hospital Borda de Mantenimiento. Él era especialista en pintar un cuadro así y yo estaba tan enamorada y tan sonsa que yo le creía todo lo que me decía. Un Abogado una vez me dijo: “Si él te pegaba ¿porque no agarró una silla y se la partió en la cabeza usted?” Y le dije: “¿Sabe porque Dr.? Porque yo no estaba bien de la cabeza, yo no razonaba como razono ahora, que lo estoy demandando por alimentos porque no me pasa un

peso". Yo no razonaba. Ustedes deben estudiar en la Facultad lo que le pasa a la mujer golpeada. A la mujer golpeada le cuesta mucho salir de ese círculo de violencia, ese círculo en el que estás, porque estas enamorada, porque el tipo te pega pero después te pide perdón, después te compra un regalo pero después te falta la comida. Es muy difícil romper eso, pedir ayuda y salir de ahí.

*¿Cuanto tiempo estuviste en esa relación?*

Diez años.

*Cuando te separaste... ¿estabas acá ya? ¿Habían vuelto?*

Sí, ya estábamos acá. Yo me quedé en la casa de mis padres, que todavía vivía mi papa. Me quede con mi papá y mi mamá en la casa que estoy ahora y con mis dos nenas. Y él se fue.

*¿Ahora vos estás con todo este tema judicial?*

El tema judicial ya lo damos por perdido con mi cuñada porque hicimos tantas cosas, dimos tantas vueltas, fuimos por todos lados. Mi cuñada me dijo: "Mira, si él no quiere poner la cuota de alimentos, Dios Proveerá". Yo les paso un poco de dinero de mi pensión, de lo poco que tengo les paso. Lo único que yo le pude sacar a él poniendo un abogado privado, porque con el abogado de oficio no conseguía absolutamente nada, fueron provisorios los alimentos por 150 pesos por mes por las dos nenas. ¿Qué hago yo con eso? Por eso de las acciones judiciales ya desistimos, porque él está desaparecido, no sabemos ni donde está. Se desapareció, lo único que sabemos es que vive en Mar del Plata aparentemente. Pero no sabemos, no tenemos un teléfono, no tenemos una dirección, no tenemos nada. Y él no llama por teléfono ni para un cumpleaños, ni para el día del niño, ni para el día de la madre. No llama, no viene, no le importa nada, desapareció, nos abandono por completo.

*¿Hace mucho que no saben nada de él?*

Seis, siete años.

*¿Y en los Talleres Protegidos hace cuánto estás?*

Desde el año pasado. Yo creo que cuando entré me había dado la vacuna de la gripe. Yo creo que entré ya entrado el invierno, a mediados del invierno pasado, así que ya se estaría por cumplir un año.

*¿Como te sentís acá?*

Venia bárbara, bárbara. Hasta que tuve un problema acá en esta sede. Porque yo había empezado en la sede de Suárez y en la sede de Suárez no tuve ningún problema y en esta sede tuve un problema. En vez de yo enfrentar la situación y hablar con las personas que me podían ayudar, porque acá hay un montón de gente que me podría ayudar, que dije yo: “Yo no voy más a trabajar.” Y llamé por teléfono y dije no voy más. Y después fui a terapia, justo me tocaba ir con mi terapeuta en el Hospital. Y me dijeron las doctoras: “Pero como vas a hacer eso. Escúchame vos cobras una pensión que es de menos de \$3000, esos \$500 que sacas en el Taller, no me digas que no te vienen bien, que no te aumentan un poquito el dinero a fin de mes”. Y yo le dije: “No doctora, servirme me sirve, tengo que pagar los impuestos de la casa, mi hermana no me da un peso, servirme me sirve.” Entonces me dijeron: “Entonces anda y deciles que lo pensaste mejor, pedí disculpas y deciles que quieres volver a trabajar. Si venías contenta, venías bien en ese lugar.” Y yo les decía: “pero no sé, ahora con este problema”, que ahora no viene al caso. Y ellas me decían que la motivación mía tiene que ser que vos necesitas \$500 pesos a fin de mes y la verdad que con el 99% de la gente, de los auxiliares, de todos jamás tuve un problema ni acá ni en Suárez. Fue con una sola situación y una sola persona. Y ahora hoy retomé.

*¿Con las actividades que hacen? ¿Te gustan? ¿Te enganchaste?*

Sí, sí, hay cosas que me gustan más, hay cosas que me gustan menos. Pero me adapto.

*¿Y piensas que te puede servir para el futuro? ¿Para algún trabajo?*

Yo pienso que sí, que si aprendo a coser bien o a tejer bien o las dos cosas, o aunque sea una. Para algo en lo laboral me puede servir.

*¿Te gustaría volver a trabajar en algún momento?*

Sí, me gustaría.

*¿Con los profesionales de acá como te sentís?*

Bárbaro. Con los profesionales de acá, con el doctor tengo poco trato porque está poco tiempo acá, esta más tiempo en Suárez creo. Igual hoy me recibió muy bien acá, me vio, me dio un beso, me dijo que suerte que volviste. Todos me recibieron muy bien. La Lic. S. se vino especialmente,

que estaba en el Taller N°19, se vino para acá para saludar. Hable con la señora Jefa. Todos me recibieron, los auxiliares, todos.

*Bueno M. te agradecemos mucho, con esto ya terminamos. Gracias por tu tiempo y nos alegramos también por tu regreso.*

Muchas gracias chicas, que les vaya bien.

**Entrevista a A., paciente de TT.PP.**

*Hola Buen día.*

Hola, buenos días.

*Bueno, vamos a comenzar con la entrevista.*

Perfecto.

*¿Dónde estás viviendo ahora A.?*

En la casa de mi hermano. Acá en Constitución.

*¿Tenés más familia?*

Tengo un hijo que tiene 19 años. Vivo con mi hermano que es el dueño del departamento y con mis otros dos hermanos. En Salta tengo mis otros 4 hermanos, que algunos tienen la casa en Salta pero trabajan en otro lugar y después mi hermano Oscar trabaja acá en Capital pero vive en la provincia, en San Antonio de Padua.

*¿Y vos naciste en Salta y te viniste después para acá?*

Si vinimos para acá, el hecho de que yo quedé embarazada, después tuve depresión y mi hermana de acá de Buenos Aires viajó a Salta para ayudarnos allá y como allá no había nadie que me cuidara, porque mis hermanos todos trabajaban... decidió traernos para acá. Mi hijo ya había nacido. Nació el 29 de septiembre y en noviembre nos vinimos.

*¿Y vinieron acá a vivir a Constitución?*

No, primero fuimos a vivir a la calle Uruguay, donde trabajaba mi hermana como empleada doméstica. Ya hacía varios años que trabajaba cama adentro y entonces le permitieron que nos quedáramos con ella. Después falleció la señora y nos tuvimos que ir a la casa de mi hermano.

*¿Y ahí te llevas bien con las personas que vivís?*

Más o menos, no muy bien. Somos todos grandes, cada uno quiere hacer sus cosas y es como que en una casa cada uno quiere hacer lo suyo y no se puede. Una cosa molesta al otro y no se puede así.

*¿Y con tu hijo?*

Bien, al principio me costó un montón. En la adolescencia estuve más tiempo con él, pude comenzar de nuevo. Siempre estuve con él pero tuve el tema de que estuve internada y mucho no estaba con él, no lo disfrutaba. Ahora sí estoy más tiempo con él. Estuve en la etapa del colegio cuando era más grandecito, primaria y secundaria. Y ahora que termino la secundaria, bueno por ahora estamos juntos. Cuando sea más grande bueno, cada uno hace su vida. Pero bueno me conformo de estar con él lo mas que puedo estar y después bueno... pero bien la relación con mi hijo bien.

*¿En qué hospital estuviste internada?*

Estuve en el Moyano, estuve dos o tres veces y después estuve en la Clínica Banfield como seis meses en el 2005, que fue la última vez de la internación. Ahí me dieron el alta con Hospital de día. Después de Hospital de día vine para acá, para los Talleres. Me derivó una Terapista Ocupacional de la Clínica.

*¿Y hace mucho que venís a los Talleres?*

Sí, ya van a ser 3 años. Un año hice de pintura en los Talleres de Suárez y en los últimos dos años acá en Costura.

*¿Te sentís cómoda?*

Sí, me siento cómoda, pero ahora en Mayo o no sé cuanto falta ya me voy, ya termino. Me voy de alta.

*¿Cómo te sentís con eso?*

Es raro, porque por ejemplo a la mañana siempre tengo planeado venir y eso y ahora los días de semana que no me toca venir tengo que ocupar el tiempo en otra cosa. Antes, bueno decía a la mañana voy a Taller pero bueno ahora tengo que buscar otra actividad.

*¿En tu tiempo libre qué te gusta hacer?*

Veo la tele, descanso, después me gusta a veces ir a caminar, lo malo es que no lo hago tantas veces, debería caminar más veces. Es terrible no puedo salir de mi casa, hay algo que me tiene ahí adentro.

*¿Las tareas domesticas las haces vos?*

Antes la mayoría las hacía yo y en algunas me ayudaban. Pero el tema es que después comencé a hacer todas las cosas yo y después tome la determinación de hacer algunas cosas yo nada más. Pero sí, me manejo, limpiar, cocinar, lo básico. Cocino para mi hijo y a veces si yo no puedo llegar para la hora de hacer la comida le dejo la plata a mi hijo para que el haga la comida. Y él prepara algo para comer.

*¿Tenés amigos? ¿De acá, del barrio?*

Sí, bah de acá no me hice amigos, tengo compañeros si pero realmente no sé si son mis amigos, porque siempre nos vemos acá, compartimos cosas del taller y eso pero amigos no. Digamos, porque no pude compartir de ir a algún lado. Mañana justo vamos a ir al cine y eso esta bueno. Y después estaba por llamar a una amiga, pero se que estaba mal, intente llamarla pero no me pude comunicar. Me dijo que el teléfono funcionaba mal porque ella si me pidió el teléfono y bueno pero capaz en otra oportunidad. Ella quería ir a la Feria del libro y yo la llame el fin de semana para ir pero como no pude comunicarme, fui con otra amiga que tengo pero que no es del Taller. Tengo dos amigas, después no tengo más.

*¿Hace mucho las conoces a esas amigas?*

Sí, porque una es una señora que es mamá de un amigo de mi hijo, que se conocieron en un curso ellos dos y bueno después fuimos a la plaza con los chicos cuando eran más chicos y nos conocimos ahí y nos hicimos amigas. Ellos ya están grandes, el otro chico tiene 22 años y mi hijo 19 años.

*¿La vez seguido?*

Sí, ella va a casa. Ayer nos invitó a almorzar, como ella es de Perú, allá era el día de la madre entonces lo festejo y nos invitó a almorzar y fuimos a su casa.

*¿Vos en cuanto a Hospitales en dónde te estás atendiendo?*

En la Clínica Banfield. Me atiende el mismo médico desde el 2005, sigo con la medicación que me dieron cuando salí de la internación, a veces me la tienen que aumentar, a veces bajar pero es la misma.

*¿Y con la administración de la medicación?*

Me manejo sola. Antes, un psiquiatra nos explico que no hace falta tomar la mediación todos los días a las 8 de la mañana, si un día la tomas un poco después no importa pero lo que si es que hay que tomarla. A veces mis hermanos me despertaban para que tome la medicación y yo tenía mucho sueño y bueno. Ahora no, la tomo en otro horario pero la tomo.

*La clínica donde vos te atendes... ¿la tenés por Obra social?*

Sí, la tengo por Pami, porque mi papá cuando yo me enfermé hizo un trámite para la obra social para que tuviera esa obra social. La Clínica Banfield tiene convenio con Pami. Pero yo me atiendo acá en Corrientes, la Clínica si queda en Banfield pero yo me atiendo en Consultorios externos. La internación si la tuve en la Clínica.

*¿Para ir, venir, te manejas bien?*

Sí, sí, en colectivo, en subte.

*¿Económicamente como haces?*

Tengo la pensión de mi papá. Porque primero me dieron la obra social pero después mis hermanos no tenían trabajo, yo no trabajaba tampoco y mi hijo no tenía con que, no teníamos con que solventarnos económicamente, para la ropa, para los alimentos. Entonces ellos hicieron el trámite de la pensión y me la dieron.

*¿Ahora en tu casa todos aportan?*

Sí, sí. Nos dividimos para pagar el teléfono fijo, el internet, que también tenemos. Mi hermana estaba estudiando y necesitaba internet. Y después los gastos de la luz y eso también los repartimos.

*¿Vos pudiste terminar el colegio?*

Sí, terminé el colegio en Salta a los 19 años.

*¿Después trabajaste alguna vez?*

Sí. Dos, tres meses en una Municipalidad, yo vivía en un pueblo. Estudié en Salta la secundaria pero después me mudé a un pueblo donde estaba trabajando mi hermana y ahí trabaje en una Municipalidad. A los 6 años me fui a Salta Capital, hice primaria y secundaria y después volví a

Tolar, donde nació, y ahí trabajé dos, tres meses y me mandaron un papel que decía que por temas económicos de la Municipalidad ya no había como pagar el sueldo. Después ya no trabajé porque en ese tiempo estaba cuidando a mi sobrina que era bebé y después yo quería seguir estudiando, me anoté en un Curso en Salta pero no lo terminé porque quedé embarazada. El curso era de programador.

*En un futuro... ¿Te gustaría retomar a trabajar o hacer algún curso?*

Sí, lo que pasa es que a veces veo que un texto no lo puedo interpretar bien, o sea es que aparte de la concentración, es el hecho de que no lo puedo interpretar y a veces es frustrante. Entonces para mí estudiar una carrera no se, no creo que llegue a eso, pero para hacer un curso sí. Hice cursos de decoración, de ayudante de cocina. El año pasado hice un curso de confección, hice un curso de mordería.

*Ahora que se termina la etapa de Talleres... ¿piensas que con los conocimientos que aprendiste acá te pueden servir para una changa, un trabajo?*

Sí pienso, lo que pasa es que tengo que buscar un trabajo que sea de pocas horas, por el tema de que yo no puedo trabajar demasiadas horas. Y también que tengo que trabajar en negro, porque si trabajo en blanco la pensión me la van a sacar. Y si ponele me la sacan y en un momento me siento mal, yo no sé. Aparte tendría obra social pero no sé si sería lo mismo y eso. Pero bueno, quizá un trabajo sin papeles, que te paguen directamente, pero si me gustaría. Me gusta la costura. Acá en Talleres aprendí a manejar la Overlock que no sabía manejarla, las maquinas industriales tampoco sabía, las maquinas chiquitas, las de familia sí. Y acá bueno pude aprender y esta bueno aparte por ahí cuando estamos en casa, mi hijo me dice que una remera le queda grande si se la achico y como puedo se la achico.

*Bueno te agradecemos mucho por tu tiempo y muchos éxitos para la finalización en Talleres.*

Muchas gracias chicas, que tengan buen día.



### **Entrevista a A.V., Lic. En Trabajo Social de TT.PP.**

*¿Hace cuánto tiempo te desempeñas en el cargo?*

Nosotros acá ingresamos con el cargo de Trabajador Social. La posibilidad o la inserción en los talleres, eso va variando. Año a año se va reordenando el equipo y yo hoy estoy en el Taller N° 17 que es el taller de adaptación, de ingreso, pero el año que viene puede ser que esté en otro espacio, en algún taller de entrenamiento. No es que uno ingresa para un determinado taller, sino que uno ingresa al sector profesional al área de rehabilitación y ahí después nos vamos cruzando por los distintos espacios institucionales.

En este espacio los pacientes están entre dos y tres meses nada más, entonces se hace difícil la parte de seguimiento que idea la Universidad para ustedes. Este espacio evaluamos en un momento no ofrecerlo porque como todo el tiempo la población cambia, quizás se repiten los lineamientos de las intervenciones. Quizás en los talleres de entrenamiento hay una población más estable, ingresan pacientes por mes pero pocos entonces se puede trabajar con el mismo grupo más a largo plazo; acá todo el tiempo el grupo cambia. En los otros espacios el paciente quizás acude un año y medio, salvo que pida un cambio pero el grupo en general se sostiene bastante. Acá con nosotros todas las semanas ingresan pacientes, todos los meses se van pacientes, más los propios que tenes de alta porque algunos quizás se enferman, o se van o se

descompensan, entonces es un grupo que es muy móvil. Por eso no hay alumnos en este momento, es un grupo complicado para establecer los objetivos de seguimiento.

Yo en talleres estoy desde Diciembre del 2006, van a ser 9 años.

*En las actividades que desarrollas día a día ¿Cuál es la especificidad del Trabajo Social?*

En este taller nosotros recibimos al paciente en el primer espacio institucional. La idea es a nivel interdisciplinario que el paciente se adecue al espacio, que pueda conocer a sus compañeros, que pueda referenciarse con nosotros, con el equipo, que pueda vincularse con sus compañeros, que pueda conocer la dinámica institucional, que pueda conocer a los auxiliares, que haga un reconocimiento de las actividades. Eso lo hacemos entre todas. Quizás un poco más específico del Trabajo Social: yo tengo que sostener entrevistas con el paciente, la observación grupal, más la participación en la multifamiliar. Además de todos esos espacios comunes, yo lo que tengo que hacer es tener entrevistas con el paciente para poder hacer una primera evaluación. Yo tomo estos primeros dos o tres meses como un proceso de evaluación, para poder hacer una especie de diagnóstico social y poder definir los objetivos que yo pienso que pueden ser trabajados desde este tratamiento. Nosotros tenemos una ficha de relevamiento que armamos entre todas que nos sirve para relevar datos que están vinculados a la conformación del grupo familiar, trayectoria institucional, personas significativas que puedan no pertenecer a su grupo familiar, más todo lo que tiene que ver con la red social, con la circulación institucional, por acá o por otros espacios institucionales. Todo lo que tiene que ver con acceso a derechos sociales, vínculo con la justicia, vínculo con los efectores de salud, si participa de alguna instancia de capacitación o de algún espacio comunitario. Y bueno después más o menos también como cubre sus necesidades básicas, si maneja dinero o no, de modo de poder tener un primer pantallazo de cuál es la situación social de ese paciente y ahí ver en función de lo que se trabaja en esta Institución cuales pueden ser los objetivos para trabajar con esa persona.

Entonces yo hago eso, establezco cuales son para mí los objetivos que se podrían trabajar y eso es retomado después por las compañeras de los otros talleres. Después ya te digo, todos los espacios acá son interdisciplinarios, por eso yo participo de los grupos de los pacientes, participo de la multifamiliar, participo en la huerta, vemos a los pacientes en las actividades. Estamos en las reuniones con los auxiliares que obviamente todo eso forma parte del trabajo. No es que uno

solamente toma lo que trabaja con el paciente en la entrevista individual, sino también en como lo vas viendo desempeñarse en los espacios grupales, y en los vínculos con otros que puede ser uno, otro profesional, un auxiliar o un compañero.

*Luego de hacer este diagnóstico: la derivación a otro taller ¿Va en relación a aptitudes, habilidades o también existe una elección por parte del paciente?*

Eso lo decidimos entre todos, no lo define Trabajo Social. La posibilidad de pensar que taller... Se toma en cuenta la elección de la persona en función de sus intereses, como le haya resultado la experiencia de haber estado en ese taller y después sí vemos si a nosotros nos parece que hay espacios para recibirlo y si a veces las características de un grupo o de los tiempos de los profesionales que están ahí, nos parece que pueden ser favorable o favorecedor del proceso de rehabilitación. Porque a veces hay pacientes que tienden más al aislamiento y hay talleres que sabemos que tienen instancias grupales más fuertes, que por las características del taller se trabaja mucho más lo grupal. Entonces uno intenta que el paciente con mayores dificultades pueda circular por esos espacios también, pero eso se define interdisciplinariamente, no lo definimos nosotros. Si a nivel especificidad lo que trabajamos es todo lo que es la evaluación social, todo lo que es la orientación: quizás el acceso a determinados derechos desde que empieza el tratamiento como ser el pase libre, DNI, cuestiones habitacionales cuando vienen pacientes que están en situaciones habitacionales irregulares o de vulnerabilidad muy importantes. Ahí más allá del diagnóstico se hacen intervenciones concretas de articulación con otras Instituciones, derivaciones. Pero el resto del tránsito institucional en general se define entre todos.

*¿Existe participación de las familias dentro de este espacio?*

En este espacio es como que así como en el grupo tenemos ciertas temáticas que se sostienen y que lo que cambia es la población, en las multifamiliares nos pasa lo mismo. Porque nosotros hacemos multifamiliares mes por medio, entonces en general los pacientes que circulan se van, con las familias, con alguna multifamiliar. En el medio también hacemos entrevistas con alguna familia específica o si no puede venir a la multi hacemos otra entrevista. En general, salvo que haya una cuestión muy específica, lo hacemos con Psicología, Terapia Ocupacional pero en general

Psicología y Trabajo Social son los que más se ocupan de la cuestión familiar. Y ya te digo, como siempre la población cambia, siempre se trabajan los objetivos que tienen que ver con recibir a la familia en la Institución, con que conozcan las modalidades de tratamiento, con empezar a hacer visibles los pequeños cambios que puede haber en las personas a partir del inicio de este tratamiento, brindar información acerca de cuestiones más básicas de las cuestiones de salud de las personas que por acá circulan. Digamos de poder hacer algunos acuerdos mínimos de cooperación y de lineamientos en relación al tratamiento. A ver nosotros desde acá les pedimos que vengan, que la familia acompañe, que si no se puede levantar lo ayuden a levantarse, si se levanta tarde igual le digan que venga. Que si acá empezamos a trabajar que asuma pequeñas responsabilidades, que en la casa también empiecen a trabajar esto y le den espacio a que pueda tomar alguna responsabilidad dentro del hogar. Eso es lo que se trabaja desde este espacio porque todo el tiempo las familias que vienen son distintas.

*Al ser una etapa de inicio ¿Hay mayor participación por parte de las familias?*

Comparado a las otras etapas yo no te puedo decir porque nosotros no tenemos seguimiento de eso. Una vez que el paciente sale de este taller yo no sé si la familia siguió yendo a la multi o no. Si lo que te puedo decir es que en el último tiempo quizás hay más participación familiar pero porque la Institución ofrece más espacios familiares que quizás cuando yo ingresé, que los espacios familiares eran esporádicos. Ahora en todos los talleres, tanto en la etapa de inserción como la de entrenamiento hay espacios pautados, hay una frecuencia establecida, esto hace al brindar más prestaciones y al ofertar más espacios con más frecuencia haya más participación.

*¿Se le otorga al paciente la posibilidad de que invite a quien quiera a las reuniones multifamiliares?*

Lo que se le trasmite al paciente es que invite a la persona que él quiera, puede ser más de una persona, familiares, amigos, compañeros de hospital. Han venido desde curadores, compañeros de Hospital, referentes comunitarios, familiares, hermanos, padres, otros profesionales. Quizás alguien que está en una residencia, allí hay un equipo profesional, se han acercado profesionales de esos equipos. La verdad que para nosotros sí la familia es el nombre, pero es un espacio amplio

donde la verdad es que puede participar cualquier persona que sea referente del paciente o que el paciente quiera invitar.

*¿Visualizan que puede sostener mejor el tratamiento al tener un acompañamiento?*

Sí, pero eso me parece que en cualquier nivel de atención de Salud Mental. La posibilidad de contar con un apoyo familiar en general es favorecedor del tratamiento. Te pasa en un ambulatorio, en una internación o en un Hospital de día. Siempre la presencia y el soporte familiar en general es favorecedor del proceso de rehabilitación. Y acá lo que tiene de bueno es que cuando vienen las familias que vienen por primera vez, lo que es el imaginario de esta Institución no se condice mucho con el imaginario de la Institución de salud. Y cuando ven lo que los pacientes produ... pueden hacer. Producen no a nivel de productivo sino a nivel del hacer, de generar cosas, de con una madera generan algo, con un papel generan algo...producir un objeto distinto no lo pueden creer. Es “¿Cómo en casa no hace nada y acá hace todo esto?”, la idea es poder empezar a acercar esos dos mundos.

*¿Y en caso de no existir la red de contención?*

Intentamos trabajar para que exista. No tanto en este espacio, porque es un objetivo que se pone más como a lo largo de todo el tratamiento. La posibilidad de armar espacios donde la persona se pueda vincular con otros de modo en que pueda ir armando una red. Si hay familiares que ellos mencionan o que no se estén vinculando en ese momento, se les pregunta si se los puede convocar, si quieren convocarlos en esta oportunidad para que participen. En el caso que te digan que no y que pareciera que no hay nadie, uno empieza a fomentar la posibilidad de que circulen por otros espacios mas allá de este, que pueda armar red con algún compañero acá y además que a lo largo del tratamiento pueda circular por otros espacios como para ir armando referencias en otros espacios.

*¿Propician actividades por fuera de la Institución?*

En general en esta primera instancia lo que trabajamos como te decía, es más el vínculo entre el paciente y nosotros y ya la segunda etapa, la de entrenamiento tiene como objetivo más general la posibilidad de que el paciente empiece a establecer vínculos referenciales hacia afuera y eso que se trabaja acá adentro pueda ser reproducido afuera. Y que pueda además de tener talleres, que por la tarde pueda incluirse en otro tipo de actividades, las que cada uno quiera, las que cada uno pueda, esto va en cada paciente. Incluirse en esos espacios de modo que no sea talleres el único espacio de referencia extra familiar, porque después talleres se acaba y la idea es que esa persona transite otros espacios, no que porque talleres se acabe esa persona vuelva al aislamiento.

*¿Visualizan cambios en las personas que realizan/realizaron el tratamiento?*

Hay pacientes que vemos que circulan dos años por este espacio y uno podría decir lo que se logra con el tratamiento es una mejor circulación familiar, por ejemplo que este mejor en su casa, que colabore, que no sea segregado familiarmente. Y hay otros pacientes que vemos que retoman su escolaridad, realizan actividades deportivas, que circulan por espacios culturales, que logran armar vínculos, que hacen changas. Quizás son personas que cuando iniciaron este tratamiento estaban en un espacio grupal y no emitían una opinión o que no se levantaban a la mañana para hacer algo, no tenían la posibilidad de planificar un día, no tenía la posibilidad de organizarse una rutina. Parte de este tratamiento intenta eso, organizar su proyecto de vida dentro de las posibilidades de cada uno. Para algunos pacientes es muy favorable y hay otros para los que uno ve que no y que discontinúan porque no les sirve. Pero si hay pacientes donde ya en periodo de adaptación puede haber cambios actitudinales, cambios de una mayor plasticidad al momento de la interacción social, de empezar a vincularse con otros, de que se empiezan a generar ciertos intereses, se pregunta que quieren hacer.

*En determinados casos ¿Se sugiere desde el equipo profesional no continuar con el tratamiento?*

Por supuesto. Los pacientes que vemos que no logran incluirse en los espacios grupales, que no logran sostener la concurrencia o que a veces por su inestabilidad en relación a su cuadro de base no logran sostener el espacio. Sí, se habla con el paciente, con la familia, con el equipo y a veces

se sugiere que haga un período de tiempo del tratamiento en Hospital de día, que es un tipo de tratamiento que tiene algunas similitudes por ejemplo en relación a la concurrencia diaria, pero donde la cuestión terapéutica está mucho más presente. Porque acá si bien es un espacio terapéutico también es un espacio de mucha autonomía. Entonces muchas veces le sugerimos al paciente que pase un tiempo por Hospital de día, donde el apoyo terapéutico va a ser más importante para que después pueda volver porque vemos que no lo puede sostener este tratamiento.

Hay pacientes que se descompensan y también se cierra su concurrencia y cuando el equipo considere que está para retomar vuelve.

Al no depender el tratamiento de nosotros, estamos muy sujetos a lo que el equipo tratante del paciente considere. No es que tomamos estas decisiones solas, sino que siempre se sugiere al equipo tratante, que es el que define si ese paciente cuando sale de acá va a Hospital de día, se interna o se queda en su casa.

*¿De qué manera se abordan dentro de la Institución las altas de los pacientes?*

En un momento se hacía un taller de pre-alta, después se dejó de hacer. Hay algunos equipos en la parte de entrenamiento que empezaron a hacer tengo entendido seguimientos de post-altas. Hay pacientes que vuelven por propias inquietudes, se mantiene una serie de entrevistas, pero institucionalmente no está formalizado. Uno se entera por lo que algunos compañeros cuentan, o porque te los cruzas en algún lado o porque el paciente viene, o algunos te llaman entonces abrís un espacio con un determinado número de entrevistas para reordenar o reorientar por alguna cuestión. Pero no es que esté institucionalizado que después del alta el paciente tiene que venir tantas veces.

*Y los casos de los pacientes que están atravesando el Pre-alta, ¿Cómo se trabaja con ellos?*

Eso sí se trabaja. En un momento se hacía más grupalmente, y sino más individualmente. Se trabaja con el paciente, es un proceso, no se va de un día para el otro. Se propone, se habla con el paciente, se hace un cierre respecto a como le fue con los objetivos trabajados, se le notifica a la familia también. Se trabaja con la familia. Con lo cual sí es un proceso, de un día para el otro no se otorga un alta. En general se trabaja con meses de anticipación para que ya la persona se pueda ir visualizando en ese post talleres.

*¿Consideras que existe una confusión entre los pacientes respecto a visualizar el tratamiento que aquí se brinda como un empleo?*

Todo el tiempo desde que los pacientes ingresan estamos diciendo que esto no es un empleo. Desde la pre admisión te diría. Es un discurso que nosotros venimos repitiendo desde que el paciente viene y tiene el primer contacto con la Institución.

Y en este espacio también se dice. Este espacio tiene mucha escenografía laboral, mucha escenografía de lo fabril entonces es como un poco contradictorio esto de no es un trabajo pero venimos haciendo una actividad, generamos objetos, tenemos todos una vestimenta, un horario, recibimos un dinero que para nosotros es un incentivo no es un salario... porque si fuera un salario tendríamos que estar todos presos. Todo el tiempo uno está haciendo la diferencia entre lo que es un empleo y lo que es venir acá a talleres, entre un tratamiento de rehabilitación y un empleo. Acá ellos sí trabajan, hacen tareas, pero se trabaja en el sentido de estar mejor, trabajan en función de su salud. Y para ellos si es un trabajo levantarse todos los días, motivarse, hacer la actividad, pero no es un empleo formal y competitivo. La palabra trabajar acá no se utiliza en sentido del empleo sino más bien como una cuestión interna de ellos de todo lo que tienen que trabajar sobre sí mismos para poder sentirse mejor. Y es verdad que tienen que cumplir con cierto encuadre y esto que significa un esfuerzo y una asunción de responsabilidades, pero que estamos lejos de ser un empleo. Pero muchas veces el espacio genera la confusión. La falta de Políticas Públicas en relación a pensar una real inserción laboral de esta población también hace que esto sea vivido muchas veces como una pre experiencia laboral.

Desde la pre admisión ya se le dice al paciente que esto no es un trabajo. Porque que pasa, muchas veces quienes derivan al paciente le dicen, “anda a talleres a trabajar” y ya desde ahí estamos diciendo que no es un trabajo, que es un tratamiento de rehabilitación. Que sí le vamos a

pedir que haga determinadas cuestiones, que le vamos a proponer otras y que sí va a tener que hacer un esfuerzo y que va a recibir un estímulo por su concurrencia al espacio, pero que bajo ningún punto de vista esto es un trabajo ni va a ser tratado como un trabajador. El acá va a ser tratado por su situación de salud mental.

*¿Consideras que se cumplen los objetivos del tratamiento? ¿ En qué medida. ?*

La inserción no la pensamos desde lo laboral, la pensamos ampliamente. Digo para poblaciones que vienen de años de internaciones, de aislamiento, de falta de vínculos. Para nosotros la inserción tiene que ver con favorecer la circulación social de esa persona. Entonces los objetivos van a estar en función de eso. Si logran una mayor integración o inclusión social, algún si y otros no. Hay pacientes que vienen acá y en dos años o tres años, quizás lo que lograste es una mayor inserción familiar y ya. Y para este proceso se toma eso como lo que se pudo lograr, y volverá en otro momento y se plantearan otros objetivos. Pero también parte del trabajo acá tiene que ver con ir adecuando los objetivos a las posibilidades de cada persona, porque también dentro de este tratamiento una persona puede estar compensada durante dos años, puede descompensarse y ahí haber cierto retroceso en lo que son sus habilidades, entonces volvemos a trabajar esos objetivos que uno creía que estaban más o menos alcanzados. Después hay pacientes que te sorprenden, casos en los que habíamos puesto objetivos más básicos y decís bueno vamos por más. Por eso los objetivos siempre son tentativos y en función de lo que se vaya evaluando a cada momento.

Para mí que una persona que transita o que pueda ampliar sus vínculos y sus espacios de circulación social, me parece que ya sale ganando. Después habrá que ver cuales, cuales les gusta, dónde, de qué manera, como apoyarlo para que los pueda sostener, como la familia va a apoyar esto y acompañar este proceso. Pero tiene que ver con esto, con que la persona pueda empezar a tener otro tipo de circulación que quizás antes de venir acá no la tenía. A veces ese aislamiento no está solo vinculado con las internaciones sino con la no propuesta de actividades que puedan ser positivas para el paciente. Que puedan tener los soportes necesarios para que las pueda llevar adelante. Acá tenemos pacientes que les cuesta tres o cuatros meses sostener la concurrencia, y después hay otros que pueden sostenerla pero que no logran vincularse con otros. Bueno no importa, uno lo pone como objetivo para la segunda etapa. Y hay otros que vienen acá sostienen, se vinculan con los compañeros, proponen hacer salidas dentro de los dos o tres meses. Es muy

variable, la idea es que eso sea motor para los otros, pero los procesos son muy individuales. No podes decir todos los pacientes de talleres se van con... no.

*¿Tienen reuniones de equipo? ¿Con qué frecuencia?*

Tenemos reuniones de profesionales los días miércoles. Todos los Trabajadores Sociales nos reunimos un rato los miércoles. Una vez por semana nos reunimos en este taller con los auxiliares. Mes por medio nos reunimos con los familiares. Dentro del equipo no tenemos reuniones formales pero se da un intercambio, hay espacios. Todos los datos de estos primeros tres meses los asamos a los equipos para que puedan tener la información.

**Entrevista a M., Lic. En Psicología de los TT.PP.**

*¿Hace cuánto tiempo te desempeñas en el cargo?*

Bueno me presento. Hace 31 años que trabajo acá. Yo soy la Jefa de Psicólogos de la Unidad de Psicología. No tengo ningún taller a cargo, hago tareas de gestión, de supervisión.

*¿Y tenes a tu cargo a cuantos psicólogos?*

A siete psicólogos, son los psicólogos que están en los Talleres. Yo también estoy en algún taller transversal también.

Hay Talleres, ustedes conocieron los talleres de herrería, pintura, textil, a su vez ahora se sumaron otros Talleres que son Talleres transversales o sea que vienen pacientes no de un solo taller sino de varios, que son: Calidad de Vida, Medicación, Actividades de la Vida Diaria. Ahí nos incluimos distintos profesionales, yo en el que estoy es en el de Calidad de vida, colaborando con Trabajo Social. Calidad de vida tiene programados 9 encuentros, una vez a la semana y pautado qué se va a hacer en cada encuentro.

*¿Y cuantos pacientes asisten a estos encuentros?*

En realidad ponemos un cupo de veinte pacientes, pero bueno como en todo lugar siempre terminan viniendo menos pero de distintos talleres, esa es la idea. Con salida a la comunidad.

*¿Ustedes seleccionan los pacientes o es abierto?*

En general, en ese Taller se van seleccionando, o sea por el momento un paciente que esta en un taller no esta en otro transversal, puede estar en Herrería y en Calidad de Vida, después ese paciente puede pasar al de Actividad de la Vida Diaria y después pasará por el de Reducción de Stress y después pasara por otro.

*¿Y en cuanto a la función de los psicólogos en los talleres? ¿Van cambiando de Talleres?*

Los psicólogos cada varios años, cada x cantidad de tiempo van rotando por talleres, por una cuestión de que también conozcan, se vayan cambiando los equipos, vayan rotando pero no es algo permanente, es algo cada x cantidad de tiempo o por alguna situación... me piden "Me gustaría por ahí que se yo..." van rotando. También para que haya movimiento de gente.

*¿Participan de las entrevistas de admisión también?*

Sí, participan de las entrevistas de admisión, de los ateneos obviamente. A veces se hacen desde el área misma, a veces en forma interdisciplinaria. Se participa en admisiones, en pre admisiones, en talleres transversales.

La interdisciplina es un eje en la Institución. En rehabilitación, la interdisciplina es básica. No se podría trabajar sino. El abordaje tiene que ser desde distintos puntos.

*¿Cuál consideran que es el aporte desde la Psicología en los TT.PP.?*

En toda intervención, en toda situación, está el abordaje. Nosotros por ejemplo acá, no hacemos Psicoterapia. Lo que se denomina Psicoterapia, cada paciente tiene su Psiquiatra, tampoco se medica, tiene su terapeuta. Nosotros sí lo que hacemos es un aporte para la rehabilitación. En cada cosa que se hace, siempre en lo que trabajamos es en facilitar y ver en que cosas se puede trabajar para que el paciente pueda insertarse, rehabilitarse, ver que cosas están siendo obstáculos. Entonces el paciente viene con su problema familiar con el hermano, si eso es un tema de Psicoterapia lo que hacemos es decirle: "Esto háblalo con tu terapeuta". Si este hermano es aquel que esta "No hagas tal cosa en casa", ahí si lo convocamos y trabajamos con esto. Nosotros estamos trabajando con todas las áreas, con todas las situaciones, como facilitador para que el paciente pueda integrarse, abordar in situ las dificultades que el paciente tiene aquí y ahora, con la autoridad, con el compañero, que cosas lo limitan en esto. Por ejemplo un Trabajador Social le plantea que tiene que ir a sacar el documento porque lo perdió o se lo robaron, bueno en ese caso nosotros vamos a trabajar en todas las dificultades que esto le aporta al paciente. Lo que le genera al paciente no poder ir por el temor, qué es esto de sacar el documento, viajar y "si voy y si me dicen que porque soy enfermo, me van a maltratar"; bueno sobre todo eso vamos a trabajar nosotros. Esto también es lo interdisciplinario. En relación a la actividad ya no es si puede o no puede hacerlo, sino todo lo que le genera, todos los obstáculos que se presentan frente a esto.

*¿Realizan algún trabajo con los familiares de los pacientes de los TT.PP.?*

Nosotros trabajamos con la familia, no en Psicoterapia familiar. El abordaje de la familia a veces es de forma individual o a veces bajo la forma de la Multifamiliar. En general es raro que el Psicólogo solo... En general tratamos de abordarlo desde distintos ángulos y hacemos entrevistas interdisciplinarias. Las multifamiliares se realizan con todo el equipo del Taller y justamente se trabaja sobre eso: si quieres llamarle un destrabar situaciones, un facilitar y contener al cuidador muchas veces, darle un espacio, darle herramientas, hacer que otros familiares también le brinden información... Hacer de facilitadores, que no están solos, que no son los únicos en esta misma situación que por ahí ya la vivieron otros, cómo la abordaron.

*¿Cómo es la participación de las familias en los espacios que se proponen desde la Institución?*

En general, si se hace un trabajo previo y demás, cada vez van viniendo más familiares. Después hay familiares que bueno no vinieron y no van a venir. Más allá de esto, la participación hay que gestarla, hay que involucrarlos, dar el espacio... Esto también hace que la familia responda de otra manera. 100% no es, hay familias que van a venir siempre, familias que vendrán eventualmente, familias que vendrán cuando tienen un problema y cuando no, no. Hay familias que no vinieron y luego empiezan a venir y sienten que tienen un espacio, un lugar y vienen.

*¿Cómo caracterizaría a las reuniones Multifamiliares?*

En las Multifamiliares se plantean temas a trabajar en cada reunión. En alguna reunión podrá ser esto de que pasa con los cuidadores, en otra podrá ser que pasa frente a determinadas situaciones. Se va armando a lo largo del año un proyecto de temas a trabajar, que muchas veces surgen de preguntas que se van haciendo antes o de la misma reunión o de dificultades que se van viendo en general y entonces se programa con qué trabajar, con qué disparadores en cada reunión.

*¿Consideran que es importante el acompañamiento de la familia durante el tratamiento?*

Totalmente. Los apoyos por fuera siempre son necesarios y si colaboran se le hace más simple al usuario o paciente, como le quieran decir, tener algo por fuera. O también la posibilidad de ir construyendo nuevos vínculos por fuera, saneando entre comillas, mejorando los vínculos.

Esto es la construcción de redes. La primer red la familiar si es que existe, sino redes de todo tipo desde lo social, en el mejor de los casos redes laborales. También redes de atención, redes de actividades deportivas o lúdicas... Ir construyendo redes, que es justamente lo que tiene roto un paciente que está acá.

*¿Visualizan cambios actitudinales a lo largo que un paciente lleva adelante el tratamiento?*

Supongamos que un paciente ingresa y a los pocos meses viene la familia y te dice que desde que empezó cambió. En realidad cambió ya en lo que es el vínculo familiar. Cambia en el hecho de poder contar que hace, manifestarlo, tener un lugar. El tener un lugar acá hace que también pueda empezar a tenerlo en la casa. El sentirse habilitado, tanto para poder hablar, para poder hacer.

Cuando están en el período de entrenamiento de habilidades siempre buscamos que empiece en la medida de lo posible, lo más pronto posible a tejer redes por fuera. Que empiece a conectarse con algún club de barrio o hacer algún curso o ir a jugar al fútbol con la gente del barrio, ir al gimnasio. Reunirse con gente de acá, por ejemplo en un momento algunos se reunían los viernes, se traían su viandita y después se iban a ver una película a acá a Constitución.

Hay pacientes que van a lograrlo en mayor medida y hay otros que tienen un techo, según las particularidades de cada uno.

*¿Consideras que se genera una confusión para los pacientes en relación a visualizar el tratamiento como un empleo?*

Sí, eso se da mucho. Muchos de ellos hasta socialmente, ante la pregunta “¿A dónde vas?” le dicen “Voy al taller, voy a trabajar”. Les da otro lugar.

Nosotros no lo tomamos desde ese lado, sino sería un trabajo en cual cada dos años los estamos hechando. Y además la idea es que esto es un tratamiento.

Sí les da un rol diferente pero bajo la forma de tratamiento. Muchos te dicen “Para mí es un trabajo porque yo me levanto temprano, me pongo la ropa, vengo y hago la silla” y eso le da un rol. Nosotros intentamos manejarlo como lo que es que es un tratamiento.

*¿Se presentan dificultades para que un paciente pueda llevar a cabo su tratamiento?*

Un paciente que ingresa es un paciente que está en un tratamiento de Salud Mental, con lo cual sabemos que en la Salud Mental por más que vos hagas todo lo que hagas existen momentos de descompensación y desestabilización. A traves del tratamiento lo que nosotros notamos es que se reducen en general los períodos de descompensación. O sea pacientes que venían con muchas descompensaciones e internaciones, digamos que gracias al tratamiento logran una mayor estabilización. Esto no implica que el paciente no se pueda descompensar, que le pasen cosas y tenga un problema.

*¿Cuáles son las causas más comunes por las cuales los pacientes no finalizan el tratamiento?*

Hay pacientes que abandonan y no quieren venir más. Ha habido descompensaciones que han hecho que no puedan venir más, no es lo habitual pero las hay. Ustedes saben que el tratamiento acá es de aproximadamente dos años de duración y hay pacientes que se han descompensado clínica y psiquiátricamente y han tenido que abandonar y algunos a veces retoman. A veces pasa un tiempo y vuelven, también hay pacientes que abandonan por distintos motivos... Síntomas negativos, pocas ganas, que se aburren y no les gusta la actividad. Muchas veces todo esto por su cuadro psiquiátrico hace que abandone.

*¿Desde la Institución se realiza un seguimiento post-alta de los pacientes?*

Esa es una asignatura pendiente para nosotros. A veces se los convoca o vienen solos, se trata de programar... Hubo distintos lineamientos... Es una asignatura pendiente.

En general siempre nos pasó que no tuvimos la cantidad de profesionales suficientes como para poder abordar tantas cosas a la vez. En general actualmente lo que se hace es: Cada taller, una vez que el paciente se va lo convoca para que venga en tal fecha, luego en tal otra para ver como anda. Pero esto no es algo que esté absolutamente sistematizado. En determinado momento se hizo pero por algún motivo no tuvo tanta repercusión digamos.

El paciente desde que ingresa ya sabe que el tratamiento es limitado o sea que tiene un tiempo. Y el proceso de cada uno es trabajado en el tiempo, no es “Cumpliste los dos años y te vas”. Siempre con la cuestión de los objetivos porque hay pacientes que por ahí no necesitan llegar a los dos años. Por ejemplo un paciente joven, con muy buena interrelación social, primer brote... En ese caso tiene la posibilidad de insertarse en otras cosas y por ahí esto es cosa de un tiempo y después seguir. Y hay pacientes que en lugar de dos años son tres años, porque decís “me gustaría trabajar con este paciente un poquito más tal cosa, tal objetivo”, y esto hace que se prolongue un poco más.

*¿De qué manera se fijan los objetivos para cada paciente?*

Los objetivos para cada paciente se fijan de forma interdisciplinaria. Cada área va a evaluar determinados aspectos y después en reuniones de síntesis y demás... En general no varían demasiado las dimensiones a trabajar sino que cada uno lo va a abordar desde distintos ángulos. A veces estos objetivos quedan grandes y a veces quedan chicos y entonces proyectas sobre la marcha. También uno revisa los objetivos que se fijaron al principio. Sí, es más me acuerdo una vez que se hizo una expo salud, los pacientes que estaban en los emprendimientos sociales en general tenían una mayor adherencia aquellos que habían pasado por este tratamiento, porque tenían trabajadas algunas cuestiones que otros pacientes no tenían.

*¿Se planifican estrategias desde la Institución para que el paciente pueda comenzar a tejer redes extra muro?*

Nosotros cada vez tratamos que lo más pronto posible lo intra muro deje de serlo. Por ejemplo a Calidad de Vida viene una Nutricionista pero después nos vamos a verla a ella que está en la Estación Saludable, y así hacemos gimnasia y estamos con el Profesor. También los que van al Taller Literario se van a las bibliotecas y están con los Bibliotecarios, son ellos quienes les enseñan, quienes los convocan.

Intentamos que no sea que todo se lo demos nosotros. Pasa mucho también que van al odontólogo en el Hospital Borda, al gastroenterólogo en el Hospital Borda y no, no es todo en el Hospital Borda. Se trata también que se atiendan en lugares cercanos a sus casas, se les brinda la información necesaria de otros Hospitales cercanos. Tratamos de que sea lo más rápido posible extra muro, para que sepan que hay algo más allá del Hospital a donde podes ir y que tenes el derecho de hacerlo y podes hacerlo como cualquier ciudadano. El mundo no se limita al Borda.

**Entrevista a A.A., Lic. En Terapia Ocupacional de TT.PP.**

*¿Desde cuando te desempeñas en el cargo?*

Estuve trabajando acá siete años. Renuncié cuando dependía de Nación y luego volví en el año 95, cuando ya era parte del Gobierno de C.A.B.A. con la nueva estructura, o sea que en total tengo veinte años.

*¿Que situaciones demandan la intervención profesional de un Terapeuta Ocupacional?*

Yo estoy en el taller de ingreso de la Institución, por ahí es un poco diferente al resto de los talleres ya que lo que se intenta en esta primera etapa que son tres meses es lograr el sostenimiento de rutinas, hábitos y demás. En el caso puntual de Terapia Ocupacional, nosotros lo que hacemos es un seguimiento en relación a lo que tiene que ver con los patrones de ejecución, que es esto: rutinas, roles, hábitos y las destrezas de ejecución, que estrictamente están más dirigidas a lo cognitivo. Entonces hacemos una evaluación, participamos por supuesto (somos dos Terapeutas Ocupacionales en este sector) de las reuniones que se hacen semanalmente con los pacientes y también de las multifamiliares y demás. Más que nada el abordaje de Terapia Ocupacional estaría dirigido a las habilidades, las destrezas que la persona tiene para el sostenimiento de una rutina en primera instancia. Nosotros tomamos evaluaciones que estrictamente tienen que ver con el desempeño ocupacional, en función de la historia que tiene esa persona. Cuando hablamos de desempeño ocupacional hablamos de todas las áreas, desde las avd (Actividades de la Vida Diaria), que es lo que tiene que ver con la higiene, hasta el manejo de dinero, el cuidado de la salud, hasta la participación en la comunidad. Evidentemente en alguna de esas áreas, personas que concurren acá van a tener una o varias áreas afectadas. Eso es lo que detecta el Terapeuta Ocupacional en esta etapa del tratamiento. Eso se hace a partir de un seguimiento, a partir de entrevistas, tenemos las multifamiliares donde de alguna manera también recibimos mayor información acerca del usuario/paciente o nombre que refirieran. Detectamos las áreas que están más afectadas en el desempeño ocupacional, que lamentablemente son varias.

Sabes bien que el tratamiento en esta Institución no está dirigido a que la persona logre insertarse en un empleo competitivo sino casualmente lograr habilidades sociales que le permitan participar en todo aquello que verdaderamente tenga deseo y que pueda. Ese sería el trabajo de Terapia Ocupacional o el abordaje de Terapia Ocupacional en este sector, donde lo que se hace es delinear los objetivos fundamentales para la otra etapa que es la etapa de entrenamiento.

A veces lo que hacemos es detectar que por estas áreas que están tan comprometidas en este tiempo de adaptación que son tres meses aproximadamente (que puede estirarse un poco más), si vemos que la persona no logra alcanzar esos objetivos mínimos que nos hemos planteado todo el equipo, lo que hacemos es orientar, indicar un tratamiento... que sería como un paso anterior a poder venir acá: llámese Hospital de día de acuerdo a las características. O por ahí a veces, esto lo vemos con la médica psiquiatra, hay que fortalecer un poco más el tratamiento psico terapéutico y psico farmacológico.

*¿Cómo es el ingreso de los pacientes a los TT.PP? ¿Cuáles son los criterios que manejan como Equipo Profesional en el momento de la Admisión?*

El paciente deja de asistir y la sugerencia se la hacemos al equipo tratante que derivó a esa persona acá, también lo hablamos con las familias y generalmente cuando eso pasa es porque hemos agotado todas las estrategias que nosotros tenemos. Nunca decimos no de entrada, a veces ingresamos pacientes que consideramos van a tener severas dificultades para sostener el tratamiento, a veces nos equivocamos. Pero muchas veces, por ejemplo una persona que tiene una ansiedad que es constante, si viene a la entrevista de pre admisión y el familiar manifiesta que es algo constante que no es por la situación de entrevista, en ese caso o mantenemos un nuevo encuentro para que se calme la situación o bien porque esa persona hoy no está para ingresar. Tenemos muchos pacientes que han venido a las entrevistas, han hecho primero Hospital de día y luego han vuelto y realmente el resultado es muy bueno. Y tenemos algunos pacientes que en este momento están en una situación de pre alta en Hospital de día, van por la tarde por ejemplo tres veces por semana, están viniendo acá...Luego le dan el alta de Hospital de día y siguen el tratamiento por consulta externa.

*¿Participas de las reuniones multifamiliares? ¿Existe una presencia de las familias de los pacientes durante este tratamiento?*

Las multifamiliares se encuentran programadas y a veces por una cuestión que es indispensable tener una entrevista individual con algún familiar, lo citamos por fuera de esas reuniones multifamiliares.

Un promedio, no sé por ejemplo la última multifamiliar eran ocho familiares y vino el cincuenta por ciento de la población que teníamos. Algunos porque han perdido el contacto con la familia, nosotros también recibimos pacientes que están internados en el Hospital Borda (digo Borda porque del Hospital Moyano en este momento tenemos una sola paciente acá en adaptación) y en otros casos familias que no acompañan o esto famoso de los cuidadores que se van cansando de tantas entrevistas, sobre todo los que tienen un largo periodo de tratamiento. Igual nosotras somos seguidoras, somos de llamar, no dejamos la cosa librada al azar. Sobre todo cuando vemos que son pacientes que verdaderamente tienen interés y si la familia no acompaña es un problema bastante serio. Y si no hay familia le damos igual para adelante y molestamos mucho más al equipo que derivo.

*¿En qué situaciones se ve reflejado el acompañamiento del entorno familiar?*

Es mucho más fácil cuando tienen referentes, porque también los referentes acompañan cuando observamos que hay algo que no está funcionando bien y tenemos a quien acudir para ver de qué manera puede colaborar para que esto mejore. En ambos casos, tanto en el equipo que derivó como en la familia. Porque a veces lo que vemos de los equipos derivadores es que derivan y después el paciente no viene una semana y no llaman por teléfono, no informan. El paciente vuelve y no tiene un certificado de nada, o sea que a veces es dificultoso cuando hay ausencia sobre todo en el caso de los que fueron derivados por un equipo. Y en el caso de familia se nota absolutamente cuando hay acompañamiento, puedes trabajar mejor.

*¿Se realiza un seguimiento de los pacientes que se encuentran próximos a recibir el alta de los TT.PP.?*

En general, en este momento lo que hay es un grupo de pre-alta. Existe como prestación, en este momento no está funcionando. Lo que se estaba haciendo que es relativamente nuevo es un grupo de seguimiento de los pacientes que se fueron de alta y que tenían deseos de continuar de alguna manera asistiendo a talleres una vez por mes o algo así para ver como se habían organizado por fuera una vez finalizado el tratamiento aquí. No quiero mentir, pero creo que en este

momento tampoco hay pacientes porque no se han dado muchas altas en el último tiempo. No se han dado altas por finalización del tratamiento, se han dado altas por otras cuestiones.

*¿Visualizas cambios en los pacientes que llevan adelante y finalizan aquí este tratamiento?*

Yo al menos la experiencia es por un lado, te hablo de algo desde la base, y trabajo en una clínica psiquiátrica con internación y en varias oportunidades... casualmente ahora hay dos personas que están por ingresar acá, conozco a esas personas desde el episodio agudo por el que fueron internados y después con el equipo pensamos en que una vez que se vayan de alta ingresen acá. Los cambios son superlativos, obviamente que tiene que ver con la adherencia que tenga ese paciente al tratamiento y con el deseo, mas allá de la problemática que tenga, de generar cambios. Yo creo que hay cosas que se tienen que modificar, un hábito de higiene lo tenes que modificar sí o sí porque si no queda por fuera del circuito, un hábito o rutina que tiene que ver con el contacto social si no hay deseo del paciente no va a pasar, y esto lo ves a lo largo del tiempo. Vos podés insistir, promover y sobre todo cuando ha pasado por distintos equipos que han abordado lo mismo. No quiere decir esto que uno tire la toalla, sino aceptar que es así, aparte tenes personas que vienen y te dicen “a mí la verdad comunicarme no me interesa, me comunico cuando voy a comprar algo o hacer un trámite”. “No tengo amigos, estoy aislado” y esto es así; y yo con eso no puedo hacer mucho. En líneas generales más allá de esta cuestión de deseo que no tiene que ver con lo atemomónico, con lo que le pasa a la persona, hablamos de la parte saludable, los cambios son increíbles. Yo he visto cambios en personas increíbles, y en otros no, el cambio que ves es que pasan de una apatía absoluta a lograr venir todos los días, cumplir un horario, llegar a este lugar de una manera prolija, manejarse dentro de los parámetros lógicos de nuestra sociedad.

Que va a pasar después, es la gran pregunta que nos hacemos. Porque después te enteras, porque el paciente viene de visita o porque coincidentemente conoces a la gente que lo sigue atendiendo y pacientes que una vez que han venido acá los cambios que han generado han sido mínimos. Esto tiene que ver con la cuestión del enquistamiento que tiene la problemática de la salud en esa persona y que hay cosas que no se van a modificar, al menos por el momento, nunca es un no rotundo. Es como esa gente que se va de aquí y al tiempo vuelve, se van de aquí porque abandono el tratamiento, entonces vos le preguntas “¿Qué hiciste?” y es una historia muy terrible en cuanto

al desempeño ocupacional... “Estuve en casa”, “alguna compra hacía”, “ordenaba un poco mi cuarto”, y esa persona estuvo quizás un año acá haciendo el tratamiento. Yo creo que ahí uno lo ve con más claridad, en los pacientes que reingresan. Es un poco aceptar esto, tenes algunas historias que son en proporción las menos, en donde la persona viene reingresa y te dice “estuve trabajando” “estuve estudiando” “me puse de novio” y tuvo una descompensación, que muchas veces tiene que ver con el abandono... que nosotros también dentro de lo que es el desempeño lo trabajamos, que es el sostenimiento de los tratamientos para el mantenimiento de la salud, en cuanto a las áreas de desempeño.

Muchos reingresos hay que uno piensa “¿Cómo?, viniste un año acá, ¿Qué pasó?” y bueno pasó eso, porque pasó no lo sé, creo que tiene que ver con esto de la enfermedad lamentablemente.

*¿Consideras que se da una confusión en los pacientes respecto a considerar a los TT.PP. como un empleo y no como un tratamiento?*

Eso fue un tema que tratamos en un ateneo. A mí antes cuando los pacientes decían “trabajo” me molestaba y con el paso del tiempo, por ejemplo, yo Terapeuta Ocupacional, en internación cuando vamos a hacer el día de taller, cada uno “trabaja” con una actividad y yo les digo “nos ponemos a trabajar”, entonces que connotación tiene ese término, que en realidad es ponernos a “hacer”. Pero yo utilizo esa palabra, entonces entiendo que los pacientes que vienen acá más allá de tener una problemática no son tontos. Saben que si esto fuera un trabajo lo que se les paga es una miseria, no tienen vacaciones pagas, no tienen obra social; o sea saben que no es un trabajo. La connotación que la persona le da yo creo que tiene que ver con este cambio de rol, de no hacer a hacer. Y si esto tiene el título de trabajo para ellos hoy no me perturban y está bien, porque saben que no es un trabajo. Que sea un como sí, porque se tienen que poner un equipo para cuidar su ropa, un calzado, tienen un horario, cobran un dinero; pero repito, creo que tiene que ver con el cambio de rol, el cambio del lugar, el paso de no hacer a hacer. El rol de la persona que viene acá al tratamiento es muy distinto del rol cuando va a consultorio externo o cuando va al hospital de día, es distinto el modo de llegar. Acá llega, saca una tarjeta y firma, o sea hay toda una cuestión con la identidad muy fuerte, y si esto no lo quiere llamar trabajo que lo llame trabajo.





**Foto Nº 1:** Mural en la entrada de los TT.PP. sobre la intersección de las Avenidas Ramón Carrillo y Suárez.



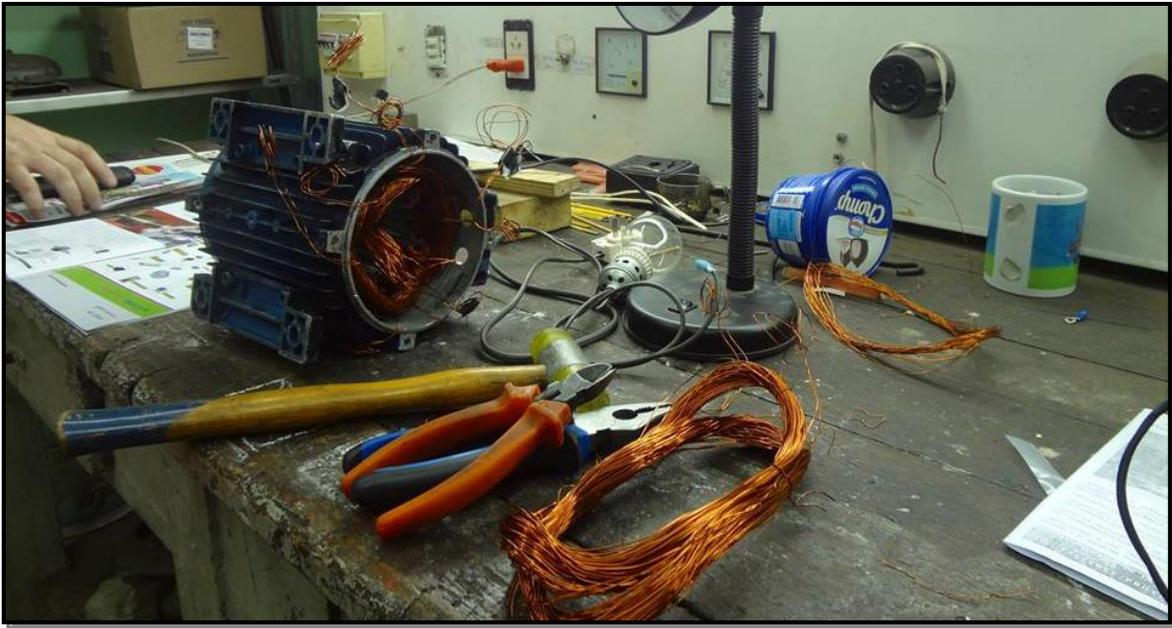
**Foto Nº 2:** Mural en la entrada de los TT.PP. sobre la intersección de las Avenidas Ramón Carrillo y Suárez.



**Foto N° 3:** Imagen perteneciente a una actividad desarrollada en el Taller Textil.



**Foto N° 4:** Imagen perteneciente a una actividad desarrollada en el Taller de Carpintería.



**Foto N° 5:** Imagen perteneciente a una actividad desarrollada en el Taller de Bobinado de Motores.



**Foto Nº 6:** Imagen perteneciente a una actividad desarrollada en el Taller Textil.