



Tipo de documento: Tesina de Grado de Trabajo Social

Título del documento: "Estar, y estar, y estar... y repetir" : las representaciones sociales de profesionales de la salud mental y su relación con la implementación de sistemas de apoyo

Autores (en el caso de tesis y directores):

Lucía Podetti

Gabriela Silvina Bru, dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis: 2023

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





UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL
ÁREA DE INVESTIGACIÓN

*“Estar, y estar, y estar... y repetir”: las representaciones
sociales de profesionales de la salud mental y su relación
con la implementación de sistemas de apoyo*

Trabajo de Investigación Final/Tesina

Autora:

Lucía Podetti, DNI 37.247.413

(lupodetti@gmail.com)

Directora temática:

Gabriela Silvina Bru

(gabrielasilvinabru@gmail.com)

Seminario TIF/Tesina:

2020

Fecha de presentación:

8 de junio de 2023

Agradecimientos

A la Universidad Pública y todxs sus trabajadorxs, por darme la oportunidad de realizar este recorrido y por su compromiso con la construcción de un mundo más justo.

A la institución que me abrió sus puertas para poder realizar mi práctica pre-profesional y consecuentemente esta investigación. Y a todas las personas dentro de ella que me acompañaron y enseñaron, tanto profesionales como usuarios del hospital.

A Gabriela Bru, por la calidez y sabiduría con la que me acompañó en el proceso de escritura.

A mis compañeras de cursada y de carrera, por la generosidad al compartir sus conocimientos, sus mates y su cariño.

A Sebastián, mi compañero, por su compañía y su amor a lo largo de todo este proceso.

A mi familia, amigxs y compañerxs de militancia, por la paciencia y la confianza todos estos años de carrera.

Resumen

Título: “Estar, y estar, y estar... y repetir”: las representaciones sociales de profesionales de la salud mental y su relación con la implementación de sistemas de apoyo

Autora: Podetti, Lucía (lupodetti@gmail.com)

Fecha de presentación: 8 de junio de 2023

Palabras claves: representaciones sociales - sistemas de apoyo - participación - salud mental - discapacidad

La presente investigación de tipo cualitativa y de alcance descriptivo-exploratorio está enmarcada dentro del Trabajo de Investigación Final de la Licenciatura de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires y se propone analizar la relación entre las representaciones sociales de lxs profesionales de un hospital monovalente en salud mental de la Ciudad de Buenos Aires acerca de la salud mental y la discapacidad, y sus prácticas vinculadas a la implementación de sistemas de apoyo en pos de la externación de los usuarios. El trabajo de campo fue realizado durante los años 2017 y 2019 en un departamento de dicho hospital, en el cual dos de sus servicios atravesaron un proceso de reconversión, de la modalidad de internación a un servicio de rehabilitación con grado de apoyo medio y alto. Se recabó información a través de diversas instancias de observación participante y se realizaron trece entrevistas semi-estructuradas a profesionales de los servicios, así como a cuatro usuarios. A través de esta investigación se busca aportar al estudio de la salud mental y la discapacidad desde un enfoque multidimensional y de Derechos Humanos, y así explorar los efectos que la *ideología de la normalidad* (Rosato y Angelino et al., 2009) tiene sobre los cuerpos y las experiencias de las personas con padecimientos mentales y discapacidades. En este sentido, es posible reconocer relaciones complejas y no-causales entre las representaciones descritas y las prácticas implementadas, en las que las construcciones simbólicas y las condiciones materiales de trabajo se condicionan y limitan mutuamente a la hora de diagramar las trayectorias de tratamiento y de externación de los usuarios.

Índice

I.	Introducción	5
II.	Abordaje metodológico	6
	1. Tipo de estudio y metodología seleccionada	7
	2. Unidades de análisis, universo y muestra	8
	3. Recaudos éticos	9
	4. Estrategias de análisis	9
III.	Marco teórico	
	1. Una aproximación a las tensiones en el campo de la salud mental y la discapacidad	12
	2. Cambio de paradigma en el campo de la salud mental de Argentina en la actualidad	13
	3. Cambio de paradigma en el campo de la discapacidad de Argentina en la actualidad	16
	4. Los sistemas de apoyo en la vida cotidiana	19
	5. Representaciones sociales, prácticas y espacios institucionales	20
IV.	Capítulo 1: Representaciones sociales. Entre la enfermedad y el padecimiento	23
	1. “Sujetos” vs. “constructores de subjetividades”: modos de nombrar y de nombrarse	24
	2. Las <i>enfermedades</i> y los <i>pacientes</i> que las padecen	29
	3. Consideraciones parciales: las representaciones sociales en el trabajo en Salud Mental. Entre contradicciones y avances	35
V.	Capítulo 2: Sistemas de apoyo. Entre el cuidado y el control	38
	1. Los sistemas de apoyos desde la mirada de lxs profesionales	38
	2. “Propender a la normalización”: entre la autonomía y la reproducción cotidiana	43
	3. Los sistemas de apoyo desde la mirada de los usuarios	45
	4. Consideraciones parciales: construir desde la agencia lateral, la vulnerabilidad común y el cuidado	50
VI.	Capítulo 3: La participación de los usuarios en sus trayectorias de tratamiento y proyectos de externación	53
	1. Participación y toma de decisiones: cómo se piensa el “adentro” y el “afuera”	
	1.1. <i>Mirando hacia adentro: la participación en tanto ejercicio terapéutico</i>	53
	1.2. <i>Mirando hacia afuera: la participación como ejercicio de ciudadanía</i>	58
	2. Procesos de externación: ¿objetivo final del tratamiento?	62
	2.1. <i>Trabajo con redes familiares y vinculares</i>	63
	2.2. <i>(In)suficiencia de las políticas públicas en materia de salud mental</i>	65
	2.3. <i>Estrategias elaboradas por los equipos de trabajo en pos de la externación</i>	68
	3. Consideraciones parciales: externación ¿vs.? cronificación. Caminos posibles en un contexto de múltiples dificultades	70
VII.	Recapitulación y conclusiones	72
VIII.	Bibliografía	79

I. Introducción

El objeto del presente trabajo es presentar los resultados de la investigación llevada a cabo en el marco del Seminario de Tesina de Grado de la carrera de Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Dicha investigación se desarrolló entre los meses de febrero y mayo del año 2019. A su vez, la motivación para su realización fue el desarrollo de las prácticas pre-profesionales de la materia Taller IV en un hospital monovalente en salud mental de la Ciudad de Buenos Aires durante el año 2017. En el departamento donde desarrollé dichas prácticas, dos de sus servicios estaban atravesando un proceso de reconversión, de la modalidad de internación a un servicio de rehabilitación con grado de apoyo medio y alto. Es por esto que el campo temático de la presente investigación es el de salud mental, elaborando también nociones vinculadas al campo de la discapacidad.

La pregunta problema que guía esta tesina es “¿cómo se caracterizan las representaciones sociales acerca de la salud mental y la discapacidad de lxs profesionales del departamento investigado en un hospital monovalente en salud mental en relación con sus prácticas vinculadas a la implementación de sistemas de apoyos en pos de la externación?”. A lo largo de este trabajo se buscará describir y analizar las relaciones entre estos fenómenos, con el fin de aportar al estudio de la salud mental y la discapacidad desde un enfoque multidimensional y de Derechos Humanos, y así explorar los efectos que la ideología de la normalidad (Rosato y Angelino et al., 2009) tiene sobre los cuerpos y las experiencias de las personas con padecimientos mentales y discapacidades.

En este sentido, el objetivo general de la presente investigación consiste en analizar las representaciones sociales de lxs profesionales de los servicios investigados acerca de la salud mental y la discapacidad, en relación a sus prácticas vinculadas a la implementación de sistemas de apoyo en pos de la externación de los usuarios de dicho espacio. A su vez se establecieron los siguientes objetivos específicos:

- 1) Describir el contenido de las representaciones sociales (cogniciones, afectos y normativas) de lxs profesionales del departamento investigado en un hospital monovalente en salud mental acerca de los usuarios del servicio y sus padecimientos.
- 2) Caracterizar la vida cotidiana en los servicios del departamento investigado en un hospital monovalente en salud mental en lo que respecta a los vínculos, los procesos de comunicación y las actividades de organización de la vida diaria.
- 3) Comprender los procesos de participación social de los usuarios en sus tratamientos y procesos de externación.

II. Abordaje metodológico

El presente trabajo de investigación se basa en una metodología cualitativa. La misma ha sido elegida ya que “resulta conveniente para comprender fenómenos desde la perspectiva de quienes los viven y cuando buscamos patrones y diferencias en esas experiencias y su significado” (Hernández Sampieri, 2010:9). En el presente caso, son las experiencias de lxs profesionales y los usuarios entrevistadxs, y los significados otorgados a ellas, las que se encuentran bajo análisis.

A la hora de pensar el abordaje metodológico en el proceso de realización de este trabajo, el concepto de reflexividad ha sido sumamente importante, entendiendo que la misma implica “examinar las condiciones sociales, éticas, políticas y académicas de las condiciones en las que [se] produce conocimiento” (Meo y Navarro, 2009). Dicha categoría ha sido largamente discutida en el campo de las ciencias sociales, y es posible afirmar que no hay acuerdo al respecto de cómo llevarla a cabo en el proceso de investigación (Meo, 2010). Es mi intención trascender la concepción puramente individual de este concepto, descentrar el rol de quien investiga para poner el eje en las condiciones de producción del conocimiento, en las relaciones construidas a través de ese proceso con todas las personas participantes, entendiendo que todas las investigaciones de ciencias sociales, especialmente las de carácter cualitativo, son producciones colectivas. En este sentido, múltiples actorxs son y han sido partícipes de este proceso.

En lo que refiere al marco institucional que acompañó este proceso, la Universidad de Buenos Aires otorgó el aval institucional y el acompañamiento pedagógico para poder llevar a cabo mi práctica en el hospital y luego realizar la presente tesina de grado. Dicho hospital es la institución cuyas dinámicas son objeto de análisis en la presente investigación. Durante el tiempo que duró mi práctica me fue otorgado el acceso al tiempo y el espacio privado de los usuarios, para lo cual fue requerido su consentimiento informado y se acordó con lxs profesionales del servicio las condiciones de las entrevistas. Dicha disposición del tiempo y el espacio toma características particulares al tratarse de personas que se encuentran atravesando internaciones de larga data en un hospital monovalente de salud mental.

Por otro lado, y fundamentalmente, este trabajo cuenta con la participación de profesionales de los servicios en los que se realizó la investigación, quienes ofrecieron su disponibilidad durante su horario laboral. Dichas personas son lxs principales sujetxs de investigación del presente trabajo, y la información aquí construída busca contribuir con el proceso que llevan adelante en dichos servicios. Al ser un proyecto novedoso en el entorno hospitalario, esta

investigación contó con el apoyo y entusiasmo de los equipos profesionales, quienes lo vieron como una oportunidad propicia para construir conocimiento a partir de la experiencia de los servicios. Estas condiciones resultaron favorables para la inserción tanto de la práctica como del trabajo de campo para la investigación.

En términos temporales, una significativa cantidad de tiempo pasó entre la realización del primer proyecto de investigación (2017), la realización del trabajo de campo (2019) y la realización del segundo proyecto y escritura de la tesina propiamente dicha (2021/2022/2023). Esto se debió a diversas circunstancias personales, así como al ineludible contexto de la pandemia de COVID-19 que a nivel mundial afectó radicalmente las vidas cotidianas de las personas. Estos tiempos diferidos de inserción, realización del trabajo de campo, análisis y redacción del trabajo final dificultaron el proceso de investigación, ya que implicaron el análisis de nuevas variables y dimensiones contextuales y temporales a la investigación. Sin embargo, como sostienen Meo y Navarro (2009), los avances, retrocesos y desviaciones son propios de los procesos investigativos, especialmente en las investigaciones cualitativas, las cuales pretenden entender los fenómenos sociales con los sentidos otorgados por lxs sujetxs sociales que los atraviesan, en su contexto de desarrollo. Este trabajo es el producto de ese proceso creativo de construcción de conocimiento con sus múltiples dificultades y complejidades.

II.1. Tipo de estudio y metodología seleccionada

Como fue mencionado anteriormente, para alcanzar los objetivos propuestos se desarrolló una investigación de tipo cualitativa, dado que se buscó acceder a las representaciones que lxs profesionales hacen de su campo de trabajo, para poder luego vincularlas con sus prácticas. En este sentido, se estableció un proceso de articulación y tensión entre la teoría y la práctica, entre la construcción de la información y las significaciones otorgadas por lxs propixs sujetxs. Hernández Sampieri caracteriza este movimiento dialéctico propio de los estudios cualitativos al explicar que los mismos “pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y análisis de los datos (...). La acción indagatoria se mueve de manera dinámica en ambos sentidos: entre los hechos y su interpretación, y resulta un proceso más bien ‘circular’ y no siempre la secuencia es la misma...” (Hernández Sampieri, 2010:7).

En cuanto a lo que refiere a su alcance, la presente investigación es de tipo descriptivo, es decir, busca “describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan” (Hernández Sampieri, 2010:80). A su vez, al desarrollarse en el

contexto de un dispositivo de reciente implementación, no han habido otras investigaciones a su alrededor, lo cual otorga un elemento exploratorio a esta investigación.

Se considera como una técnica invaluable para acceder a los universos de sentido de lxs sujetxs de investigación la entrevista semi-estructurada, ya que como define Mallardi la misma es una “instancia dialógica entre el profesional y los/as usuarios/as, pudiendo ubicar en la misma dos momentos regidos por la lógica de estar insertos en un mismo contexto, cuya relación no es lineal sino dialéctica”. Dichos momentos refieren a la reconstrucción de las manifestaciones de la cuestión social y de la visión que lxs sujetxs tengan de las mismas, y el ejercicio de desnaturalización y problematización de las problemáticas planteadas. En este sentido, la relación que se establece a partir de la situación de la entrevista es compleja, mediada por dinámicas de poder, por lo cual resulta imprescindible tener presente siempre la dimensión ético-política de la práctica investigativa, es decir, de qué forma se busca que el conocimiento construido pueda contribuir a la transformación de una realidad identificada como problemática.

En segundo lugar, se recurrió a la técnica de la observación participante, la cual constituye una herramienta fundamental a la hora de “detectar los contextos y situaciones en los cuales se expresan y generan los universos culturales y sociales, en su compleja articulación y variabilidad” (Guber, 2005:109). Se incorporaron en el análisis las instancias de observación participante llevadas a cabo a lo largo del 2017 como parte de la práctica pre-profesional desarrollada, ya sea en reuniones de equipo, en entrevistas y en la participación en asambleas de pacientes. Los registros llevados en el cuaderno de campo serán la herramienta que permitirá incorporar tales datos a la investigación. A su vez, dicho análisis se complementó con la información obtenida a partir de las entrevistas semi-estructuradas a profesionales y a usuarios, procurando entrevistar a informantes claves que puedan dar cuenta de los procesos históricos del departamento, es decir, trabajadorxs o pacientes que tengan una trayectoria considerable como parte de esos servicios. Entonces, la presente investigación cuenta con las mencionadas fuentes primarias de información, y no requirió de la utilización de fuentes secundarias.

II.2. Unidades de análisis, universo y muestra

Las unidades de análisis de la presente investigación son lxs profesionales de un departamento de un hospital monovalente en salud mental de la Ciudad de Buenos Aires. El universo está compuesto por lxs profesionales del hospital en su conjunto. Si bien no fue posible acceder a información reciente acerca de la cantidad de personas que componen ese

universo, sí es posible hacer referencia a algunos indicadores de su magnitud y actividad. Según el anuario estadístico elaborado por la Ciudad de Buenos Aires, durante el 2017 en el hospital hubo 36.408 consultas externas y 853 egresos, distribuidas a lo largo de sus departamentos. En el departamento investigado funcionan cuatro (4) servicios de internación con equipos interdisciplinarios que los componen, dos de los cuales atravesaron un proceso de reconversión para comenzar a funcionar como dispositivos de rehabilitación con grado de apoyo medio y alto.

En función del problema planteado, se trabajó con dos submuestras conformadas por la modalidad de selección intencional no probabilística.

La submuestra de profesionales del Departamento se compone de trece (13) personas, de las cuales ocho (8) son trabajadorxs de los servicios que comenzaron a funcionar como servicios de rehabilitación (SR), y cinco (5) pertenecen a los otros dos servicios, que continuaban funcionando como servicios tradicionales de internación (SI). Se buscó trabajar con informantes claves, que puedan dar cuenta de los cambios y de los aspectos persistentes en las prácticas profesionales a lo largo de la historia del Departamento.

Por otro lado, también se trabajó con una submuestra de cuatro (4) usuarios del departamento, en función de construir información suficiente como para lograr saturar las categorías teóricas, considerando a la vez la viabilidad de acceso a dichxs entrevistadxs a partir de criterios establecidos en conjunto con los equipos profesionales.

II.3. Recaudos éticos

Toda la información obtenida y construida junto con lxs sujetxs de investigación ha sido utilizada puramente a los fines del presente trabajo, y se buscó proteger sus identidades a partir de la utilización de nombres ficticios, lo cual les fue debidamente informado con anterioridad a la realización de las entrevistas. Se preservó también la identidad de la institución, como parte del esfuerzo por preservar la privacidad de las personas participantes de esta investigación. A su vez, se solicitó el consentimiento de lxs entrevistadxs para poder grabar las entrevistas.

II.4. Estrategias de análisis

Las fuentes primarias de información para la realización de esta investigación fueron las entrevistas realizadas a profesionales (13) y usuarios (4) de los servicios investigados. A su vez, las instancias de observación participante desarrolladas durante mi práctica pre-profesional en el año 2017, así como durante mi trabajo de campo en el año 2019, fueron

registradas en mi cuaderno de campo, el cual también fue utilizado como fuente primaria de información.

Para analizar las entrevistas primero las desgrabé de forma textual a medida que fui realizándolas, lo cual me permitió, por un lado, incorporar en la desgrabación impresiones, gestos, inflexiones de la voz, y demás observaciones realizadas en el momento de la recolección de la información. Por el otro, fue posible tomar emergentes de las primeras entrevistas realizadas como insumos a la hora de realizar las entrevistas subsiguientes, por ejemplo para la elaboración de repreguntas de manera espontánea. Luego realicé una lectura atenta de las desgrabaciones, marcando con diferentes colores las categorías analíticas que surgían de dichas lecturas, y relacionándolas con los objetivos del presente trabajo. A partir de estas categorías, elaboré una matriz de análisis, la cual consistió en un cuadro de doble entrada: en el eje horizontal se ubicaron lxs profesionales, junto con su servicio de pertenencia y el cargo que ocupan, mientras que en el eje vertical se ubicaron las dimensiones y subdimensiones de análisis. En las intersecciones de dichos ejes se fueron ubicando los extractos de las entrevistas de cada entrevistadx, habiendo dos cuadros diferenciados, uno para profesionales y otro para usuarios.

Las dimensiones y subdimensiones utilizadas fueron las siguientes:

Profesionales

- Trayectorias profesionales
- Lugar de la profesión en la estructura hospitalaria
- Representaciones sociales de la salud mental y la discapacidad
 - Caracterización de los sujetos (usuarios)
 - Caracterización de sus padecimientos/psicopatologías
- Dinámica entre profesionales y usuarios
 - Rehabilitación y participación en tratamiento
 - Autonomía vs control
 - Trabajo con las redes familiares
 - Trabajo con redes comunitarias
 - Externación y perspectiva de tratamiento
 - Funcionamiento cotidiano del servicio
- Dinámica entre profesionales
 - Ley N°26.657: discusiones y cambios
 - Interdisciplina

- Posicionamientos teóricos
- Condiciones materiales de trabajo
 - Recursos materiales y humanos
 - Infraestructura hospitalaria

Usuarios

- Trayectoria de internación
- Representaciones de profesionales acerca de los usuarios
 - Caracterización de los sujetos (usuarios)
 - Caracterización de sus padecimientos/psicopatologías
- Dinámica con profesionales
 - Rehabilitación y participación en tratamiento
 - Autonomía vs control
 - Trabajo con las redes familiares
 - Trabajo con redes comunitarias
 - Externación y perspectiva de tratamiento
 - Funcionamiento cotidiano del servicio
 - Cambios en la atención en los últimos tiempos
- Dinámica entre profesionales
 - Ley N°26.657: discusiones y cambios
 - Interdisciplina
- Condiciones materiales en los servicios
 - Recursos materiales y humanos
 - Infraestructura hospitalaria

Para analizar las observaciones del cuaderno de campo, realicé una lectura atenta del mismo, a la luz de las categorías elaboradas en el análisis de las entrevistas.

III. Marco teórico

III.1. Una aproximación a las tensiones en el campo de la salud mental y la discapacidad

Para comenzar a analizar el campo de la salud mental, particularmente en el contexto de la Argentina de los últimos años, resultan de utilidad los aportes conceptuales de Pierre Bourdieu (1993, 2000). El autor plantea que el mundo social y sus relaciones se pueden entender en términos de *campos* de disputa, donde lxs diversxs actorxs, ubicadxs en posiciones determinadas (siempre dinámicas) y con intereses particulares, luchan por la acumulación de los capitales específicos que se disputan en ese contexto determinado, para poder imponer los *principios de visión y división* del campo, es decir, *las reglas del juego*. En esta lucha, la acumulación de capital simbólico (en pocas palabras, el poder de la palabra legitimada) es un factor central, sin el cual la acumulación de capital económico o de fuerza física no es posible de ser llevada a cabo. Las posiciones que se ocupan en dichas disputas, los capitales que se ganan o se pierden, y los intereses que se detentan, están en relación dialéctica con los *habitus* de lxs actorxs, los cuales son estructuras dinámicas que funcionan como disposiciones de acción. De este modo, los *habitus* no determinan pero sí condicionan los modos de accionar en un campo determinado.

Las categorías utilizadas por Bourdieu también resultan de utilidad para analizar las representaciones que se construyen alrededor de la discapacidad, particularmente aquellas con las que cargan lxs profesionales entrevistadxs. A partir de los trabajos de Ferrante (2008, 2014) y Ferrante y Dukuen (2017) es posible analizar esta relación: lxs autorxs buscan comprender a la “discapacidad”¹ como una relación de dominación y analizar los desafíos de la investigación de dicha relación bajo esa lente. En esta relación de dominación el Estado juega un rol histórico fundamental en la construcción de taxonomías y las consecuentes atribuciones en términos de derechos y posibilidades de acción de lxs sujetxs. Ferrante y Dukuen sostienen que es la violencia simbólica ejercida desde las instituciones estatales la que naturaliza la construcción de relaciones de dominación, las cuales son vividas de formas singulares por cada sujetx: “Es necesario descubrir las operaciones institucionales de objetivación de la dominación y la experiencia vivida de ellas, y por lo tanto, los efectos de sentido que producen en los cuerpos” (Ferrante y Dukuen, 2017:159). Angelino, Rosato, et al. (2009) también remarcan la importancia de pensar el Estado como actor y marco de referencia (como *campo* de disputa) para pensar la discapacidad, un actor que crea sujetxs a

¹ Lxs autorxs eligen entrecorillar las palabras “discapacidad” y “deficiencia” en su trabajo como un modo de “ejercer una constante vigilancia epistemológica respecto al carácter político de estos términos”. En los momentos en los que me refiera a las palabras de su trabajo, reproduciré este recurso para ser lo más fiel posible a su postura.

partir de los rótulos que asigna. Aquí existe una tensión fundamental en lo que refiere a la ciudadanía de la que pueden gozar las personas con discapacidad, y las desigualdades a las que se enfrentan en un mundo que es discapacitante: “La tensión central es que el mismo agente que produce la clasificación y la demarcación que aleja a los discapacitados de los normales/ciudadanos es el que reproduce las condiciones para que tal demarcación se sostenga y legitime” (Angelino, Rosato et al., 2009:102).

Considero que dichas tensiones, expresadas en el espacio micro-social de los servicios investigados, son expresión de las disputas presentes en el campo de la salud mental en Argentina, de las cuales la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en el 2010 es también resultado.

Faraone, Bianchi y Giraldez (2015), al analizar los cambios que la Ley 26.657 implicó en el campo de la salud mental, hacen particular énfasis en lo que la misma significó para el poder disciplinar, cuya hegemonía en dicho campo era (y, con mayores o menores resistencias, continúa siendo) detentado por la psiquiatría en primer lugar, y la psicología en un segundo plano. A continuación detallaré los principales cambios que esta normativa trajo al campo de la salud mental en nuestro país, así como también otras legislaciones que han acompañado el cambio paradigmático que se ha atravesado, y que en muchos sentidos seguimos transitando.

III.2. Cambio de paradigma en el campo de la salud mental de Argentina en la actualidad

La Ley N° 448, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires fue promulgada en el año 2000 y reglamentada en 2004 luego de diversas luchas y disputas de intereses, donde los sectores vinculados a corporaciones médicas y farmacéuticas se opusieron rotundamente a su implementación. Esta Ley hace marcado énfasis en la importancia del respeto a los Derechos Humanos de los usuarios, al plantear la necesidad de pensar a la salud mental como inescindible de la salud en términos integrales, determinada histórica y culturalmente, y planteando la necesidad de que la persona usuaria pueda acceder a la concreción de todos sus derechos, desde el poder trabajar hasta el poder tener un ambiente para habitar que sea saludable. Plantea a su vez la importancia del trabajo interdisciplinario e intersectorial, priorizando abordajes comunitarios y de prevención y promoción de la salud, determinando que la internación sea utilizada como estrategia sólo “cuando no sean posibles abordajes ambulatorios” (Art. N° 2).

Gracias a antecedentes como la Ley 448, entre otras leyes provinciales y municipales, es que en el 2010 se promulgó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, la cual es un

instrumento legislativo reconocido internacionalmente por su énfasis en la protección y promoción de los Derechos Humanos de las personas con padecimientos mentales, profundizando así los planteos de la Ley Municipal. La salud mental es definida en dicha legislación 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”. Cabe destacar que el proceso que llevó a la sanción de dicha Ley contó con la participación de múltiples actores del campo de la salud mental, y fue el producto de consensos pero también de disputas que hasta el día de hoy no se encuentran saldadas, según detalla Faraone (2012). Dicha autora plantea que la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental pone en jaque diversas prácticas y lógicas históricas del campo de la salud mental. Analiza, sobre todo, las *transformaciones discursivas* y su vinculación con las prácticas sociales concretas, las cuales se articulan de forma tensionada.

Eugenia Bianchi (2010), retomando los aportes de Foucault y de Conrad, explica el concepto de *medicalización* como una forma de aproximarse al tratamiento de la salud de individuos y poblaciones enteras puramente desde su dimensión biológica, en lugar de hacerlo de forma integral. De este modo, la medicina forma parte de un entramado de construcción de relaciones de poder, “del núcleo duro de las estrategias tendientes a la normalización de los cuerpos individuales y sociales” (Bianchi, 2010:1). En este sentido, el discurso de la medicina, y el proceso de medicalización de la sociedad, se tornan legítimos reguladores de aspectos de la vida cotidiana no puramente biológicos, sino también “sociales”.

Dicho proceso está íntimamente ligado a lo que lxs autorxs vinculadxs a la Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericana y otras corrientes críticas han denominado el Modelo Médico Hegemónico, definido por Menéndez (1985:1) en base a “su biologismo, ahistoricidad, asocialidad, pragmatismo, individualidad, participación subordinado”. En este sentido, el autor continúa explicando que “los factores etiológicos y curativos son depositados en la persona o, a lo sumo, en un ambiente ‘natural’ donde los procesos colectivos determinantes de la enfermedad son muy secundariamente tomados en cuenta...”. La propuesta teórico-metodológico-política de dicha corriente, de la que Menéndez es exponente, implica entender y explicar la realidad sanitaria “a través de la postulación del carácter social del proceso salud-enfermedad” (Laurell, 1986:4). Dentro de sus análisis incluyen el rol de las políticas públicas en salud, los factores económicos, políticos y hasta ideológicos como condicionantes de los padecimientos, abogando por una mirada integral de

la salud de lxs sujetxs, entendida como un proceso bio-psico-social. No es menor el hecho de que dicha perspectiva es la adoptada por la actual Ley N° 26.657.

Tal mirada sobre el padecimiento subjetivo y lxs sujetxs, así como su referencia en términos de práctica médica (la Medicina Social/Salud Colectiva) se encuentra en disputa con otras perspectivas correspondientes a paradigmas vinculados al ya mencionado Modelo Médico Hegemónico. Faraone (2013) hace un recorrido de las diversas denominaciones que han recibido dichxs sujetxs a lo largo de las transformaciones que el campo de la salud mental ha atravesado en las últimas décadas, tanto a nivel nacional como en términos globales. Así profundiza en el concepto de enfermedad mental y sus diversas asociaciones con la *peligrosidad*, lo *patológico*, el *diagnóstico médico* y la práctica del *encierro* compulsivo, donde lxs jueces detentaban cuotas de poder significativas. Luego, elabora las conceptualizaciones hechas alrededor de la figura del *trastorno* o el *síndrome*, los cuales son definidos como una simple reelaboración de la noción de *enfermedad*, y retomando a Augsburger plantea que “la psiquiatría, como práctica política, encuentra nuevos nichos de control social que instituyen innovaciones al proceso de medicalización, redefiniendo la significación de lo normal o lo patológico (siempre en términos de anormalidad) y las terapéuticas, específicamente las de encierro institucional” (Faraone, 2013: 32). Arriba, así, al concepto de padecimiento mental/subjetivo/psíquico, el cual enfatiza (acompañado de una serie de leyes y tratados internacionales) la protección de los derechos de las personas identificadas como padecientes, y vincula tal caracterización a una lectura integral de la realidad del sujeto, y no exclusivamente de sus condicionantes biológicos.

Otra categoría importante perteneciente a la corriente de Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericana refiere al proceso que atraviesan lxs sujetxs en relación a los diversos padecimientos de la salud: el *proceso de salud-enfermedad-atención*. A partir de esta construcción teórica se busca romper con el binomio salud-enfermedad como dos extremos mutuamente excluyentes, poniendo el acento en el carácter de continuo que existe entre ambas condiciones, e integrando a la atención como parte fundamental del proceso. En los últimos años se ha incluido dentro de este concepto a la dimensión del *cuidado*, la cual ha sido entendida de formas divergentes dependiendo desde qué disciplina o territorio se la refiera. A los propósitos de la presente investigación, se entenderá que el cuidado implica “que las prácticas en Salud -entendida ésta en un sentido amplio e integral- exceden a lo que puede -y debe- hacer el sector sanitario y a ciertas prácticas hegemónicas dentro del mismo. (...) se habla de integralidad, de relaciones horizontales, simétricas y participativas, y de intersectorialidad” (Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez, 2014:220). A su vez, esto implica

entender que la mirada sobre la atención deberá modificarse, sin poner el acento en las prácticas de lxs profesionales de instituciones médicas, sino que lo que se debe mirar es el vínculo trabajador/a-usuarix; a partir de esa relación es posible entender y organizar las prácticas, para acercarse cada vez más a un modo de *hacer salud* que entienda la integralidad y complejidad de lxs sujetxs y sus contextos.

III.3. Cambio de paradigma en el campo de la discapacidad de Argentina en la actualidad

En la actual legislación argentina, la mirada adoptada en relación a la discapacidad es la de la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad (CDPD), la cual tiene carácter constitucional desde el año 2014. En este documento se considera a dicha categoría en términos *relacionales*, es decir, como el resultado de la interacción entre características personales y subjetivas, y las diversas barreras que se hallan en el medio. A su vez, se hace un marcado énfasis en la importancia del desarrollo de la autonomía de las personas con padecimientos subjetivos y/o con discapacidad, entendiendo que esto no es posible de realizar sin la existencia de apoyos para el ejercicio pleno de los derechos. Éste documento expresa en su Artículo 25, inciso d) que: “Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado”.

Tanto la CDPD como el Código Civil y Comercial de la Nación en su Artículo 31, desde su reforma vigente a partir del año 2015, plantean que la capacidad de las personas se *presume*, lo cual implica que la restricción a la capacidad de ejercicio de diversos derechos y obligaciones debe ser excepcional y siempre en el beneficio de la persona en cuestión, a la vez que determinada de forma interdisciplinaria (Gulli, 2019). En este sentido, la posibilidad del desarrollo de la autonomía (en sus múltiples dimensiones) es un aspecto fundamental para el cumplimiento efectivo de los derechos de las personas, tarea en la cual la implementación de sistemas de apoyos resulta fundamental. Esta categoría ha sido estudiada desde diversas

disciplinas, en su mayoría desde el campo de la psicología² y/o del derecho³. Si bien estas conceptualizaciones resultan de utilidad fundamentalmente a la hora de analizar cómo describen los sistemas de apoyo lxs profesionales de los servicios, este trabajo se centrará en una definición que pone el acento en el cuerpo del sujetx con padecimiento de su salud mental, lo que permite centrar el análisis en la experiencia de recibir dichos apoyos. Alberto Canseco, desde una perspectiva butleriana, entiende a los apoyos como “aquella exterioridad de la que depende un cuerpo para realizar sus actividades, de manera que su carácter limítrofe respecto de lo externo e interno del cuerpo se torna difuso y variable, aunque no por eso inexistente” (Canseco, 2019: 159). De este modo, es posible entender los apoyos relacionados con los contextos de cada sujetx, los cuales necesariamente van cambiando a lo largo de la vida, y que no quedan circunscritos a las necesidades de las personas con discapacidad solamente.

En general, la bibliografía que aborda esta temática se posiciona desde un *enfoque multidimensional*, perspectiva perteneciente al modelo o paradigma *social* (Oliver y Zarb, 1989; Oliver, 1994; Palacios, 2008), el cual consiste fundamentalmente en una mirada basada en los Derechos Humanos, y pone el acento en el rol de los Estados a la hora de garantizar las condiciones para una vida digna. Si bien este modelo se encuentra plasmado en la legislación de nuestro país, y está avalado por la normativa internacional, en la práctica todavía existen fuertes resistencias relacionadas fundamentalmente con el modelo *rehabilitador*, el cual pone el acento en las falencias que la persona con discapacidad porta y que son pasibles de ser “curadas”, “modificadas” o “normalizadas” para que pueda integrarse a la vida social. El nacimiento de este modelo se condice con los desarrollos científicos propios de la edad Moderna, y alcanza su punto cúlmine (en términos de su reflejo en los marcos normativos de diversos territorios) a principios del siglo XX (Palacios, 2008). A su vez, es posible aducir que, así como estos dos modelos coexisten hoy en día, también otro modelo, aún más primigenio, persiste en las prácticas cotidianas en relación a la discapacidad. Me refiero a lo que Palacios nombra como el modelo de prescindencia, el cual ubica las causas de la discapacidad en lo divino o providencial, y comúnmente asociado al castigo. Bajo esta mirada, las personas con discapacidad son innecesarias en la vida social, y a lo sumo pueden ser vistas como objetos de compasión y asistencia.

² Podemos entender a los apoyos como “recursos y estrategias que promueven el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar de la personas y que tienen como resultado una mayor independencia y productividad personal, mayor participación en una sociedad interdependiente, mayor integración comunitaria y mejor calidad de vida” (Luckasson, 2002 citado por Thompson, 2010).

³ En términos jurídicos, esto implica favorecer la posibilidad de toma de decisiones “para dirigir su persona, administrar sus bienes y celebrar actos jurídicos en general” (CDPD, en Gulli, 2015:179).

Con el desarrollo de diversas prácticas vinculadas al modelo social en países de la región, también han proliferado las críticas al mismo. Rosato y Angelino et al. (2009), Ferrante (2014) y Ferrante y Dukuen (2017) plantean que el modelo social sostiene la “discapacidad” como una producción social cuyo origen se encuentra en las relaciones sociales opresivas construidas en el capitalismo, las cuales actúan como una fuerza determinante y no permiten contemplar al cuerpo y la experiencia singular de cada sujetx como un espacio creativo y de transformación: “Así, para el modelo social necesariamente ser “discapacitado” significa atravesar la opresión, la discriminación, la vulnerabilidad y los asaltos abusivos a la propia identidad y estima” (Ferrante y Dukuen, 2017:159). Aún así, Ferrante (2014) plantea que el modelo social posee plena vigencia para analizar la discapacidad, especialmente en contextos periféricos como el latinoamericano. A partir de estas críticas se busca potenciar la capacidad del poder del modelo social y de su teoría para comprender la actual endémica exclusión de las personas con discapacidad e ir más allá, así como brindar elementos para aportar a la lucha política. Rosato y Angelino et al. (2009) proponen pensar estos procesos analizando la ideología de la normalidad que impregna las prácticas que se alinean con el modelo médico, desde la cual la discapacidad se constituye en un sistema de clasificación que produce y divide a lxs sujetxs en “normales” (funcionales, productivxs) y “anormales” (disfuncionales, improproductivxs, que deben ser rehabilitadxs y reinsertadxs).

Entendiendo estas complejidades, es necesario preguntarse cómo se llevan a cabo los sistemas concretos de apoyo y cómo se desenvuelve ese acompañamiento en el fortalecimiento de la autonomía, sin que se reproduzcan los mecanismos paternalistas de control vinculados a paradigmas anteriores, pero aún vigentes, en el trabajo con personas con discapacidad. Las nociones de *cuidado* y de *apoyos*, abordadas anteriormente, pueden resultar útiles para dar luz a esta situación, ya que permite poner el acento en la dimensión colectiva de la salud y de la autonomía. Si bien el campo de investigación acerca del rol de los apoyos en la elaboración de estrategias de externación es un campo relativamente novedoso, es posible hacer referencia a investigaciones llevadas a cabo en los últimos años que dan cuenta de su relevancia en actual contexto de nuestro país. Costa Lima y Ribeiro Gonçalves (2019), en Brasil, analizando la perspectiva de trabajadorxs de dispositivos comunitarios de salud mental hallaron que la implementación de sistemas de apoyos son considerados una herramienta indispensable en el trabajo de la institución, pero su aplicación es aún incipiente debido a impedimentos de tipo estructurales (relacionados con las condiciones laborales y el modo de funcionamiento de la institución) e ideológicos (tensiones entre el paradigma biomédico y psicosocial). Hallazgos similares expone Ingui (2017) en su investigación

llevada adelante en la provincia de Santa Fe, Argentina. La autora concluye que el “fin de los manicomios” es percibido como un imperativo ético por parte de lxs trabajadorxs, pero su efectiva realización encuentra obstáculos no sólo de índole material, sino también simbólico, al no estar la lógica manicomial circunscripta al interior de los muros de los hospitales.

También resultan fundamentales en este aspecto los aportes que desde el trabajo social se pueden realizar en este campo, habitualmente trabajado por disciplinas asociadas a la medicina (como la terapia ocupacional o la enfermería) y por las ciencias jurídicas. El énfasis de esta profesión en la intervención desde diversos niveles y dimensiones, así como nuestra historia de trabajo interdisciplinario (tanto desde instituciones del Estado, como organizaciones no gubernamentales y militantes) por garantizar condiciones de vida digna para poblaciones usualmente vulneradas, hacen que las contribuciones que podamos hacer al estudio de los sistemas de apoyo y de la autonomía como un proceso intrínsecamente social resulten necesarias.

III.4 Los sistemas de apoyo en la vida cotidiana

Para analizar la implementación de sistemas de apoyo en la vida cotidiana de los servicios estudiados se entenderá dicha categoría como el espacio personal y general en que lxs seres humanos desarrollamos tareas de producción y reproducción, no sólo material sino también simbólica. En ese espacio construimos nuestra historia, y *la* historia, pero también construimos lo inconsecuente, lo nimio, los detalles (Gianna, 2011). Desde una perspectiva materialista, es posible pensar que es en el espacio de lo cotidiano, especialmente a través del trabajo como forma de interacción con el mundo y las personas que nos rodean, donde lxs sujetxs se objetivan, en tanto no sólo producimos ese entorno sino que a la vez somos productidxs: “Para reproducir la sociedad es necesario que los hombres particulares se reproduzcan a sí mismos como hombres particulares. La vida cotidiana es el conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres particulares, los cuales, a su vez, crean la posibilidad de la reproducción social. (...) La reproducción del particular es reproducción del hombre concreto, es decir, el hombre que en una determinada sociedad ocupa un lugar determinado en la división social del trabajo” (Heller, 1991:19).

En este sentido, la vida cotidiana es un espacio de mediación de las personas particulares con la sociedad en su conjunto, pero que se encuentran condicionadas por el cuadro comunitario del que forma parte cada sujeto, y cuyas actividades van a variar según las condiciones a las que dentro del sistema capitalista cada actor es capaz de acceder. Por otro lado, la autora explica la importancia que los deseos y las necesidades ocupan en la construcción del espacio

cotidiano de cada sujetx. Dichos aspectos del ser humanx son productos históricos, que se relacionan de forma dialéctica con la particular personalidad de cada unx en tanto ser social. Heller distingue de su definición de vida cotidiana las concepciones que la asocian al consumo, por un lado, y a la vida privada, por el otro. En relación a la primera concepción, la autora explica que “el consumo en este caso implica una *actitud* y una *conducta* de los consumidores, es decir, una actitud pasiva frente al mundo, frente a los objetos, etcétera. (...) la mayoría de las formas de actividad cotidiana *no está dirigida hacia los objetos, sino hacia las personas...*”⁴ (Heller, 1991:99). En relación a la segunda, la autora contextualiza la escisión entre la vida privada y la pública, en relación a su importancia en la reproducción de la vida, dentro del modo de producción capitalista, por lo cual no es posible generalizar su definición para igualarla a la de vida cotidiana, simplemente se pueden entender las superposiciones como producidas históricamente.

III.5. Representaciones sociales, prácticas y espacios institucionales

Para abordar el problema de investigación de mi tesina se buscará analizar las disputas previamente planteadas a partir de las *representaciones sociales* que lxs profesionales del departamento investigado del hospital tienen acerca de la salud mental y la discapacidad. Para entender dicho concepto en términos históricos y relacionales, se tomaron como insumos analíticos los aportes de Denise Jodelet (1986). Esta categoría, según lo analizado por Jodelet, nace de estudios sociológicos, pero pronto es adoptado por la psicología social, disciplina que le dio vigor a través de múltiples investigaciones. Esta característica reviste a la *representación social* de una particular utilidad para poder analizar los fenómenos colectivos desdibujando la dicotomía entre lo individual y lo social, de manera análoga a lo que posibilitan los conceptos de *campo* y *habitus* analizados por Bourdieu, previamente expuestos.

Al referirnos particularmente a las representaciones sociales acerca de la salud mental, resulta ineludible los cambios que la Ley Nacional de Salud Mental introdujo en las instituciones. Diversxs autorxs destacan en sus hallazgos una relación cercana entre las representaciones que lxs profesionales expresan y las prácticas que llevan a cabo (Betancur et al., 2014; Fonseca Sousa et al. 2018; Saidel y Campos, 2020; entre otrxs) dando cuenta de la prevalencia de discursos del sentido común y de las contradicciones que pueden presentarse entre las normativas (lo que “debería ser”) y lo que efectivamente se lleva adelante en las

⁴ Bastardillas utilizadas en texto original.

instituciones. Estas contradicciones se vuelven más prevalentes a la hora de pensar en las condiciones materiales con las que se cuentan en los dispositivos y hospitales, factor que resulta marcadamente significativo en los trabajos realizados en Argentina, luego de la promulgación de la Ley de Salud Mental (Fotia y Assis, 2012; Heredia y Barcala, 2017; Remesar, 2017).

A la hora de abordar el análisis de las representaciones sociales acerca de la discapacidad, investigaciones analizadas en la última década dan cuenta de la prevalencia del modelo médico en las representaciones y prácticas de lxs profesionales del sector (Vidarte Claros y Avedaño, 2017; Díaz Llanes y Prieto Sedano, 2014; Mendoza Zapata, 2016). Sin embargo, también es posible mencionar los hallazgos de Vélez Pachón (2016) quien describe una estrecha relación entre la familiarización con el modelo social de la discapacidad y el desarrollo de miradas más positivas hacia las personas con discapacidad. Cabe aclarar que este campo específico de investigación (representaciones sociales de profesionales de la salud acerca de la discapacidad) no ha sido ampliamente estudiado, siendo más habitual hallar investigaciones hechas desde el campo de la educación o del acceso al trabajo.

Por último, un autor fundamental para analizar las dinámicas de poder dentro de las instituciones es Erving Goffman; especialmente dentro de una institución concebida como *total*, como lo es una institución psiquiátrica (lo cual está puesto en tensión a partir de los movimientos de reforma que abogaron, y abogan, por la desmanicomialización). En primer lugar, el autor define a las instituciones como “sitios (...) donde se desarrolla regularmente determinada actividad. (...) La tendencia absorbente o totalizadora está simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y al éxodo de los miembros, y que suelen adquirir forma material: puertas cerradas, altos muros, alambre de púa, acantilados, ríos, bosques o pantanos” (Goffman, 2001:17). En este sentido, resulta importante indagar hasta qué punto dichas tendencias se sostienen en la dinámica institucional del Hospital investigado, para entender también las posibilidades concretas de trabajar la externación, desde una mirada desmanicomializadora de la atención de la salud, y hasta qué punto existen resistencias institucionales a la realización de este cometido.

A la luz de los aportes teóricos presentados, se buscará analizar cómo es la relación entre las representaciones sociales de lxs profesionales entrevistados con sus prácticas de implementación de sistemas de apoyos para la externación. Para esto, se dividió el análisis en tres partes: en el primer capítulo se describieron las representaciones sociales de lxs profesionales acerca de la salud mental y la discapacidad. En el segundo capítulo se analizó la vida cotidiana en los servicios investigados y la implementación de sistemas de apoyo en ese

contexto. Y por último, fueron analizados los procesos de participación de los usuarios en sus trayectorias de tratamiento y externación.

IV. Capítulo 1: Representaciones sociales. Entre la enfermedad y el padecimiento

Para poder alcanzar los objetivos de esta investigación, en el presente capítulo se buscará describir las representaciones sociales que lxs profesionales entrevistadxs expresan en sus relatos para poder vislumbrar posibles relaciones existentes con las prácticas de la vida cotidiana a ser descritas en el capítulo siguiente.

La categoría de representaciones sociales ha sido estudiada desde diversas disciplinas, particularmente desde la sociología y la psicología social. Tomando los planteos de Moscovici, Jodelet (1986) explica que si se estudia a las representaciones sociales de manera global es posible entenderlas como campos estructurados, en los que diferentes sujetos ocupan ciertas posiciones con respecto a objetos cuyos valores son determinados socialmente. En cambio si se las estudia de manera específica, funcionan como núcleos estructurantes del conocimiento, que orquestan las significaciones construidas alrededor de un determinado objeto. En términos de Bourdieu (1993), son campos de disputa de sentido, a la vez que objetos con valor simbólico que forman parte de esos campos y condicionan los sentidos construidos por lxs actorxs.

A modo de definición, Jodelet concluye que las representaciones sociales son una “forma de pensamiento social cuyas génesis, propiedades y funciones deben ser vistas en relación a los procesos que afectan la vida social y las comunicaciones, los mecanismos que tienden a la definición de la identidad y la especificidad de los sujetos sociales, individuos o grupos” (Jodelet, 1991:15)⁵. En este sentido, este concepto permite relacionar cómo la construcción de la identidad de un grupo particular (en el caso de la presente investigación, lxs profesionales de la salud mental que forman parte de los servicios entrevistados) condiciona la percepción de lxs otrxs, quienes no forman parte de ese grupo (los usuarios). A su vez, desde esta definición es posible entender los relatos de lxs entrevistadxs como parte de una trama histórica y relacional, sin considerarlos experiencias aisladas y subjetivas ni un producto directo de las fuerzas sociales propias de su entorno.

A la hora de analizar las representaciones sociales de lxs profesionales de los servicios entrevistados, se tuvieron en cuenta dos aspectos principales: los modos de nombrar a los usuarios y los modos de referir a sus padecimientos.

⁵ Texto original en inglés, traducción propia.

IV. 1. “Sujetos” vs. “constructores de subjetividades”: modos de nombrar y de nombrarse

En lo que respecta a la caracterización de los usuarios de los servicios, en términos generales, lxs profesionales de los SR hicieron referencia a la condición de tener un padecimiento en la salud mental, destacando el carácter circunstancial de dicho fenómeno. Esto es posible verlo en los relatos (Cuadro N° 1) vinculados al hecho de que “nadie está exento” de la locura (equiparándola con la enfermedad mental), que “todos necesitamos apoyo” de alguna u otra manera o que “la sociedad es la que discapacita”; también, más generalmente, diversxs profesionales remarcaron el carácter de “personas”/“sujetos” de los usuarios, y la necesidad de generar códigos de respeto mutuo, en tanto tales:

...y siempre el respeto obviamente. Si bien son pacientes psiquiátricos son seres humanos, y sí, es cierto, porque no en todos los lados los tratan como seres humanos, desgraciadamente lo ves mucho y si vas a tener la posibilidad de pasar por distintos servicios es así. No por el maltrato, ojo eh, se los trata bien, pero el no estar atento a las necesidades del otro, de repente si yo tengo un paciente que veo que no se baña yo tengo que ir a bañarlo, tengo que llevarlo, acompañarlo, apoyarlo en ese desarrollo. (Enfermerx, Servicios de Rehabilitación).

Al analizar los relatos de los SI en relación a este mismo punto es posible ver que, si bien unx de lxs entrevistadxs expresan operar bajo la premisa de que los usuarios “son sujetos”, también la misma persona expresó que en ese servicio lxs profesionales son “cazadores de subjetividades”, para describir el trabajo que realizan. Esta caracterización, junto con diversas descripciones de los padecimientos de los usuarios y la constante referencia a la “patología” y la “enfermedad” (con una predominancia del criterio diagnóstico/médico explícita), dan cuenta de una distinción entre quienes *poseen salud* y quienes no.

CUADRO N°1: Modos de lxs profesionales de nombrar a los usuarios según servicio de pertenencia	
Servicios de rehabilitación	Servicios de internación
...y siempre ponerte en el lugar del otro. Enfermería tiene desde el vamos saber eso. Acordarte de que vos podes estar en ese lugar: vos, tu hijo, tu familiar. Si vos tenés en la mente eso, y, vas a ser buena enfermera. Si no te importa el otro, dedicáte a otra cosa porque no va. (Enfermerx)	Hay todo (sic) una concepción... digamos, cuando llega el paciente lo primero que se piensa es en qué está tomando, cuál es la medicación y eso, digamos, la receta, la indicación (...). La primer palabra arranca de ahí, como que todos empiezan a girar y a veces es difícil que a uno... también hacer escuchar la voz de uno. (Trabajadorx social)

<p>La patología es bastante grave, es bastante de largo tiempo (...) Los pacientes que llegan acá son pacientes carentes de varias cosas. Carentes de cuestiones económicas, carentes de recursos familiares, y con patologías más graves que los que ves en otros lugares. (...) Acá llegan pacientes que tienen más años con patología. (...) Entonces es una población que para mí es más vulnerable y carente. (Psiquiatra)</p>	<p>Nosotros trabajamos muy fuertemente bajo la égida de que existen sujetos. Como venía pensando hoy en el camino, tanto jefe de servicio como yo somos cazadores de subjetividades, ahí donde la psicosis arrasó con el sujeto... algo, una hebra, de ir tirando de ahí para enaltecer al sujeto. E intentamos encontrar las mayores posibilidades de crear entornos para ese sujeto. (Psicólogo)</p>
<p>No es algo mágico ni vas a recuperar... digamos no es que le vas a obtener una restitución íntegra del cuerpo, eso no existe, pero sí por lo menos recuperar algunas habilidades sociales, que recupere formas vinculares. Pero eso va a depender de cada paciente, de las posibilidades de cada paciente, y del grado de defecto. O sea no solamente del grado de defecto de la enfermedad sino también de la personalidad, vos además de la enfermedad tenés la personalidad del paciente, entonces ese combo es lo que te va a dar después las posibilidades de evolución. (Psiquiatra)</p>	<p>Es una población de bajos recursos económicos y culturales. Con características de desintegración de las familias, familias desintegradas, y empobrecidas. no tienen muchas condiciones de proteger a los parientes internados, y hay muchos abandonados por la familia. (Psicólogo)</p>
<p>Todavía no se puede hablar de residencia y que los pacientes siguen estando internados voluntariamente, pero que me parece que es algo también a tener presente, más allá de que se trabaje como si, todavía no se puede pensar como tal. Entonces en ese punto seguir hablando de pacientes, de internación, y formalmente todo lo que eso implica. (Psicólogo)</p>	<p>Hace 20 años cuando yo entré al hospital, la población era una población de mediana edad, tirando a más vieja, pero ahora la población cambió y ahora lo que escuchas es cumbia. Y esto también tiene que ver con la crisis social y económica, hay muchos más jóvenes reventados por la droga y la psicosis, porque la droga desencadena mucho en muchos casos la psicosis, y la población actual es mucho más de gente joven. (Psicólogo)</p>
<p>Es como con los chicos del jardín de infantes, digo yo. Ir a comprar y que cada uno hizo la fila y se compró lo que quiso, y me preguntaban “¿Está caro? ¿Está barato?” No tenían idea. (Enfermerx)</p>	<p>Hay pacientes que no se van a poder ir nunca de acá o a otra institución, pero no van a poder participar o estar en viviendo afuera y solos... o sea hay pacientes que nunca van a poder estar solos (Trabajadorx social)</p>

(Fuente: elaboración propia a partir de entrevistas)

Este aspecto del discurso es posible vincularlo con lo analizado por Míguez (2006) acerca de las determinaciones que atraviesan a la discapacidad como fenómeno social⁶, una de las cuales es la *alteridad*: “...en tanto identificarse desde un ‘nosotros’ e identificar unos ‘otros’, es darle estatuto de ‘alteridad’, ese ‘otro’ -categoría entendida como ajeno-. Se definen estas categorías como diferencias biológicas, pero se construyen sobre la interpretación cultural de las desigualdades entre unos y otros” (Míguez, 2006:128). La autora vincula esto con los tres tipos de identidades definidos por Henri Tajfel: aquellas que excluyen la alteridad, las que la integran y las que presentan una indefinición con respecto a la alteridad.

Entendiendo que las representaciones sociales dan cuenta de la relación entre los relatos particulares y la construcción de identidades colectivas más amplias, es posible analizar los

⁶ La relación entre la dicotomía salud/enfermedad y la construcción de la discapacidad se desarrollará con mayor profundidad en el capítulo siguiente, entendiendo que los usuarios del hospital donde se llevó a cabo esta investigación son definidos dentro de esos términos, en tanto personas con diagnósticos en relación a su salud mental y en tanto portadores de Certificados de Discapacidad, producto de ese diagnóstico.

relatos de lxs profesionales acerca de los usuarios a partir de la distinción entre el “ellos” (usuarios) y el “nosotros” (trabajadorxs). En los relatos de los SR no se describe a los usuarios de manera esencialmente separada de lxs profesionales, sino que la condición del padecimiento es descrita como una circunstancia que cualquiera puede enfrentar, en tanto humanxs; en términos de Tajfel, el modo de construir la identidad del grupo integra la existencia de la alteridad ya que “...se reconoce la diversidad, recuperando los aspectos ‘normales’ y ‘anormales’ de su identidad, lo que permite cuestionar también la ‘normalidad’ del ‘nosotros’” (Tajfel, 1984; en Míguez, 2006:129). Sin embargo, en las descripciones realizadas por lxs profesionales de los SI, no se tiende este puente, sino que se plantea una separación fundamentada en la “objetividad” del diagnóstico médico, lo cual se condice con la descripción de Tajfel de una construcción de la identidad fundada en la exclusión de la alteridad, la cual define como “...delimitación por oposición y como negación uno del otro, dando cuenta de una exclusión por definición oposicional, delimitando claramente el adentro - ‘nosotros’, los ‘normales’- y el afuera - ‘otros’, los ‘anormales’...” (Tajfel, 1984; en Míguez, 2006:129).

Si bien los relatos guardan ciertas similitudes, es posible analizar los elementos que los distinguen a la luz de las diferentes formas de significar la discapacidad a lo largo de la historia, y dan cuenta de que dichos “modelos”, en la práctica, se encuentran imbricados. Lxs profesionales de los SR caracterizan a los usuarios teniendo en cuenta el contexto en el que se encuentran, teniendo una mirada relacional e histórica, la cual se condice con lo planteado por el modelo o paradigma *social* (Oliver y Zarb, 1989; Oliver, 1994; Palacios, 2008). Sin embargo, también es posible ver cómo este posicionamiento se encuentra también permeado por el modelo *rehabilitador*, el cual pone el acento en las falencias que la persona con discapacidad porta y que son posibles de ser “curadas”, “modificadas” o “normalizadas” para que pueda integrarse a la vida social. Los relatos expresados por lxs profesionales de los SI es posible ubicarlos más cerca de esta postura, teniendo también algunos relatos que se condicen con características del modelo de la *prescindencia*, o en términos de Wright (1991; en Míguez, 2006), con el mito de la discapacidad como *tragedia*: cuando unx enfermerx describe a la locura desde el “dolor”, o unx trabajador social sentencia que “nunca van a poder”. Frente a estas descripciones, surge el cuestionamiento: ¿cómo se relacionan estas concepciones con el contexto material en el que se desenvuelven los usuarios, y en el que trabajan lxs profesionales? Después de todo, fue unx profesional de estos servicios quien expresó que:

No hay ni casas de medio camino en donde se puedan generar derivaciones que los pacientes continúen una vida posible organizada entre ellos con asistencia. No hay trabajo, ni para ellos ni para nadie en este momento, entonces para ellos menos. Y no prosperan porque esto requiere subvención estadual, y no prosperan emprendimientos que puedan formalizar una relación de producción potable en la sociedad y para ellos... entonces estamos trabajando con una condena. (Psicólogox, Servicios de Internación)

Las posibilidades materiales con las que cuentan lxs profesionales a la hora de pensar proyectos de externación y perspectivas de tratamiento juegan un rol de marcada importancia en los relatos, especialmente de los trabajadorxs de los SI. Si bien se analizará este aspecto en mayor profundidad en el tercer capítulo, resulta ineludible su importancia al analizar cómo son referidos los usuarios en los relatos.

Otra dimensión a partir de la cual es posible analizar las representaciones sociales en términos de conformaciones identitarias tiene que ver con las relaciones de poder existentes hacia adentro de los servicios, no sólo en los vínculos profesional-usuario, sino también entre lxs profesionales. A pesar de las normativas nacionales e internacionales que han buscado mejorar las condiciones de tratamiento en las instituciones de salud mental, producto de resistencias y luchas tanto de trabajadorxs como de usuarixs y sus familiares, el poder médico-psiquiátrico (Faraone, Bianchi y Giraldez, 2015) continúa teniendo prevalencia en las dinámicas cotidianas de dichas instituciones. Este aspecto aparece reflejado en los relatos de lxs profesionales de diversas maneras. Un modo en el que es posible entenderlo es analizando el rol de la “psicoeducación”, mencionado reiteradas veces en los relatos de lxs profesionales de los SR, tanto hacia los usuarios como hacia sus familiares y la comunidad más amplia:

“Bueno, siempre buscando mucho apoyo desde la trabajadora social, los juzgados a veces que nos ayuden, los equipos de los juzgados, para convocar a las familias, y en la medida de lo posible hacer el apoyo familiar, lo que se llama terapia vincular y familiar, las estrategias de multifamilia, para que una familia se apoye en la otra, y con lo que hay que trabajar mucho es con las cuestiones de psicoeducación, ¿no? Es decir trabajar con psicoeducación con la familia, con el paciente, para que sepa de qué se trata su enfermedad y sepa cómo se evitan recaídas”. (Psiquiatra, Servicios de Rehabilitación)

“...por lo que la locura genera, por el lugar que ocupa la locura en la sociedad, por esta cosa estigmatizante que tiene la locura. Nadie esconde a un canceroso, pero sí esconde al psicótico en la familia. Nadie se avergüenza por tener un hermano con cáncer pero sí se avergüenzan por tener un hermano con esquizofrenia y tiene que ver con el estigma, esas

cosas hay que romper. Y bueno, psicoeducación, no queda otra”. (Trabajadorx social, Servicios de Rehabilitación)

Lxs trabajadorxs son quienes ocupan el lugar del saber autorizado (que tiene asociado en el discurso una tarea de cuidado hacia usuarios y sus familiares) en esta dimensión pedagógica del vínculo; por otro lado, es posible ver cómo toma un rol importante en esta dimensión el trabajo intersectorial, así como también la posibilidad de construir la intervención en conjunto con las familias y lxs usuarios, lo cual busca desestructurar la jerarquía del poder médico mencionado anteriormente. Por otro lado, en los SI se mencionan repetidas veces los dispositivos grupales que se llevan adelante, en los cuales el rol pedagógico está ocupado por los propios usuarios, quienes comparten su experiencia con su padecimiento y su medicación a otros que se encuentran en otra etapa de su tratamiento. Esta dinámica habilita un lugar de protagonismo a los usuarios, donde su palabra puede ser escuchada:

...es un grupo, un dispositivo, de producción discursiva. Más allá de que nosotros tomamos eso que pasa en el grupo como para subir y bajar, indicar una medicación. O sea cada paciente viene, dice la enfermedad que tiene. (...) Entonces esas cosas se comparten y se genera un discurso común en relación a la patología y a la medicación que uno toma y a los efectos que esa medicación genera en cada uno. (Psiquiatra, Servicios de Internación)

[el trabajo con familias y pacientes] ahora lo estoy haciendo en un grupo que cree este año (...) son media, tres cuartos de hora, todos los días. Nos reunimos a charlar de lo que sea para construir amistad (...) se busca justamente esto, el entramado con los compañeros, generar amistad. Antes a esto se le decía “familia sustituta”. (Psicólogox, Servicios de Internación)

Es posible relacionar estos fragmentos con lo planteado por Basaglia (2000) acerca del *rol pedagógico* que tienen lxs trabajadorxs de la salud y la salud mental. El autor describe este atributo de los vínculos médicx-paciente como una oportunidad para construir otros modos de relacionarse entre profesionales y con los usuarios. En este sentido, Basaglia introduce la posibilidad de construir vínculos que, sin dejar de expresar relaciones de poder, puedan fundamentarse en la construcción de salud, y no en el sometimiento o la opresión de las personas con padecimientos en su salud mental. Esta dimensión pedagógica, entonces, se relaciona con la construcción de un fin común *con* los usuarios, de modo de cuestionar ciertas barreras de las jerarquías y el poder médico: “Desde el momento en que entendimos que el manicomio no responde a las necesidades del enfermo y que, por el contrario, las considera

como criminales en el sentido de que las vive como situaciones de culpabilización, como situaciones que deben - y por eso hablo de criminalizar las necesidades - ser castigadas, vimos cómo la salida a esta situación era establecer una relación diferente; una relación en la que tanto el médico, como el enfermero y el enfermo pudiesen vivir la misma situación, pudiesen vivir una situación en la que todos compartieran un fin en común” (Basaglia, 2000:24).

En las entrevistas realizadas lxs profesionales de los SR mencionaron la importancia de “tirar para el mismo lado”, al referirse al trabajo interdisciplinario, y en los relatos de los propios usuarios es posible notar una conciencia del trabajo que allí se está realizando, siendo a la vez mencionado por lxs profesionales a la hora de explicar cómo se definen los encuadres y los planes de tratamiento:

Mínimo una vez por semana con la psicóloga y con la psiquiatra, mínimo. Me ha pasado, tuve suerte, tanto con la psicóloga como con la psiquiatra que como te dije, fuera de serie, que te atienden por ahí no solo una vez por semana sino todas las veces que consideran que vos necesitas ayuda te atienden, así que hay un compromiso importante (Silvio, Servicios de Rehabilitación).

A modo de contraste, es posible destacar en los relatos de lxs profesionales de los SI las formas de referirse a los encuadres de tratamiento como un lugar de marcada potestad de lxs profesionales a la hora de tomar decisiones, con particular protagonismo de las decisiones médicas. Como se puede ver en el Cuadro N° 1, unx de lxs trabajadorxs sociales, que expresa que lo primero que se indaga acerca de un usuario nuevo es “qué está tomando” y que la intervención suele ser “pedida” por un profesional médicx o psicólogo, y unx de lxs psicólogxs explica que los encuadres y las decisiones del tratamiento son organizadas en las reuniones de equipo.

Dentro de los relatos recabados, los usuarios fueron mencionados casi inseparablemente de sus padecimientos. A continuación se explorarán las representaciones sociales acerca de los mismos, y las diferentes implicancias que éstas tienen en relación a las prácticas llevadas adelante en los servicios.

IV. 2. Las enfermedades y los pacientes que las padecen

CUADRO N°2: Modos en que lxs profesionales refieren a los padecimientos según servicio de pertenencia	
Servicios de rehabilitación	Servicios de internación

<p>A ver, si categorizo a la mayoría de los pacientes, en cuanto a la psicopatología, el mayor porcentaje son pacientes que tienen esquizofrenia. De cualquier manera también tenemos trastorno bipolar, tenemos pacientes con depresiones mayores... (Psiquiatra)</p>	<p>[Pregunta: ¿A qué se deben las internaciones prolongadas?] Y, tanto al cuadro, a su patología, y también fundamentalmente a eso. También hay una cuestión social, digamos, que está pero lo fundamental es la patología, que esa persona no puede sostenerse afuera por más que vos le des, no sé, apoyo económico... si no hay familia y por más que tenga apoyo económico, que es fundamental [para] sostenerse afuera, muchos no lo logran. (Trabajadorx social)</p>
<p>Sin duda la cuestión social y económica hace que una persona se descompense, vivir años en situación de calle hace que una persona se descompense, porque el no tener contención, cuidados, hace que la persona en algún momento... [no termina la oración] (Trabajadorx social)</p>	<p>La locura es dolor, es dolor, mucho dolor. y hablando de locu... A ver, me refiero a locura, me refiero a los estados de patología, porque podemos decir de la locura romántica, esta cuestión que por ahí se mezcla. Pero la enfermedad mental es dolor, es dolor. Y es intentar que se lo lleven un poquito mejor. (Enfermerx)</p>
<p>En realidad se apunta ya directamente a la rehabilitación con pacientes ya compensados de la pato... del cuadro agudo. Uno tiene que intentar pensar la rehabilitación desde que empieza el tratamiento con el paciente pero obviamente hay muchas cosas que no se pueden implementar, no se puede implementar un taller, ir a alguna actividad si el paciente está con una descompensación aguda del cuadro. (...) Digamos, el tratamiento no es farmacológico, sino que es con apoyo, fomentando las actividades, fomentando la iniciativa, en pacientes que eso ya sabemos que está en estado deficitario por la patología. (Psiquiatra)</p>	<p>A diferencia de otros servicio quizás acá hay muchos pacientes que están... no están compensados. O sea entonces eso hace a la... o sea uno intenta, propone, surgen cosas pero no lo puede sostener, no están compensados, muchos también que están con internación involuntaria entonces también eso. (Trabajadorx social)</p>
<p>Cuando ingresé acá en el hospital mis hijos me decían: “Mamá, ¿cómo vas a trabajar...?” Porque todavía está en la sociedad esto de la salud mental, el cuco. Y no es así, porque nadie está exento absolutamente. (Enfermerx)</p>	<p>En todas partes del mundo (...) el 50% de los pacientes de un servicio regular son resistentes al tratamiento. (...) El 70% responde y el 30% no responde al tratamiento: acá, en la China, en Inglaterra. Esos son pacientes que se llaman pacientes resistentes al tratamiento, necesariamente tiene que tomar Clozapina. (...) Muchos de esos pacientes están internados acá, la mayoría está afuera. Sin ningún tipo de atención. (Psiquiatra)</p>
<p>Acá tienen toda la libertad del mundo porque de hecho ellos tienen todos permisos semanales. Los pacientes hacen programas para salir los sábados a la noche, van a cenar, van a ver espectáculos, o sea que tienen toda la libertad. Obviamente limitado a algunos pacientes que sí, que solamente salen acompañados pero porque son un retraso mental, porque son pacientes que todavía no se manejan solos en la calle, entonces cada uno tiene sus limitaciones también... (Enfermerx)</p>	<p>[La Ley de Salud Mental] pone el derecho a la supuesta libertad de elección por sobre el derecho a ser atendido por una enfermedad que padece. Yo quisiera que a mi hijo si tuviera una enfermedad mental grave y está en la calle lo agarraran, le dijeran “vamos al hospital, te vamos a atender”. ¿Es un forzamiento? Sí, es un forzamiento. ¿Es una inhibición de la libertad de esa persona? No, porque la libertad la tenía perdida porque no tenía posibilidad de elegir antes, porque su juicio estaba desviado. (Psiquiatra)</p>

(Fuente: elaboración propia a partir de entrevistas)

Como fue adelantado en el apartado anterior, uno de los aspectos que atraviesan los relatos de lxs profesionales a la hora de caracterizar a los usuarios es la descripción de sus padecimientos. Si bien se encuentran diversos puntos de contacto entre los diferentes servicios, también existen algunas distinciones que resultan llamativas.

El primer descriptor que se puede notar en los relatos de lxs profesionales, compartido por ambos servicios, se relaciona con las palabras con las que se refieren a los usuarios en situaciones de entrevista, y al hablar de ellos en tercera persona: principalmente, el término utilizado es *paciente*. Si bien las implicancias teóricas, políticas e históricas de dicho término han sido largamente analizadas por diversxs autorxs (Menéndez, 1985/2003; Alcántara et al, 2018), para los propósitos de la presente investigación se buscará analizar de qué forma ese modo de nombrar se relaciona con otras características del discurso de lxs profesionales y con sus prácticas. Ya que si bien todxs utilizaron este término de manera recurrente y naturalizada, los discursos referidos al trabajo con los usuarios varían en diversos puntos.

Para analizar esta categoría resultan de utilidad los aportes de Thomas Szasz (1973), que la analiza en términos de un *rol* que se adjudica y se asume, el cual no necesariamente se condice con la condición de padecer una enfermedad (que para el autor es una condición verificable empíricamente). Este rol puede ser asumido voluntaria o involuntariamente, siendo éste último caso común para personas que tienen un padecimiento de su salud mental. En este primer punto es posible notar una diferencia significativa entre lo relatado por lxs profesionales de los diferentes servicios: en el caso de los usuarios de los SR, en el momento de la realización del trabajo de campo, se estaba llevando a cabo un proceso de “pasar” las internaciones involuntarias a voluntarias mediante la firma de consentimientos informados por los usuarios. Este proceso se encuentra relacionado, en los relatos de lxs entrevistadxs, con lograr la “conciencia de enfermedad” (lo cual será analizado en mayor profundidad en el siguiente capítulo) a la vez que forma parte de los objetivos de los servicios, en pos de fortalecer la autonomía mediante el trabajo de rehabilitación. En paralelo, en los SI la mayoría de los usuarios se encuentran internados de forma involuntaria, lo cual unx de lxs trabajadorxs del servicio relaciona con el hecho de que

“...a diferencia de otros servicio quizás acá hay muchos pacientes que están... no están compensados” (Trabajadorx social, Servicios de Internación)

El uso del término *paciente* resulta relevante a la hora de analizar los dos atributos principales mencionados frente a la pregunta por las características de la población del servicio y del hospital: el tipo de *enfermedad* o *padecimiento* y la *cuestión social*. Asociados al primero fueron utilizados términos tales como “defectuados”, “cuestión deficitaria”, “crónicos”/“agudos” y en relación a la segunda se hizo referencia a condiciones que caracterizan a la población del hospital y los servicios vinculadas a la situación social y

económica de los mismos (“olvidados”, “solos”). En los SI en particular, los discursos de lxs profesionales hacen foco repetidas veces en las faltas o carencias (de habilidades sociales, de capacidades cognitivas, de salud, de recursos, de familia, etc).

Como una primera aproximación a cómo se construye esta imagen de los usuarios, es necesario tener en cuenta el contexto en que lxs profesionales llevan a cabo su labor: un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires. Las características descritas por lxs profesionales se condicen con diversas investigaciones que buscan dar a conocer información acerca de cómo se compone la población que recibe atención en hospitales públicos, especialmente luego del proceso de descentralización y desregulación del sistema de salud llevado a cabo en los años ‘90 y la crisis económica del 2001, entre otros factores macroeconómicos. Siguiendo este análisis, las condiciones materiales en las que lxs profesionales trabajan no pueden ser ignoradas: lxs profesionales de los SI manifestaron que sus servicios cuentan con una mayor cantidad de usuarios (entre 19 y 21 personas, o como fue nombrado por unx trabajador, “servicio completo”) así como con menor cantidad de profesionales que los SR.

Teniendo en cuenta este componente material de las representaciones sociales, fundado en la experiencia de trabajo en estos servicios, tampoco puede ser ignorado el componente simbólico que expresan estos relatos, y cómo se relacionan con las formas en las que la salud mental y la discapacidad son representadas globalmente.

En este sentido, es posible ver cómo las “faltas” o “carencias” referidas anteriormente, mencionadas por lxs profesionales de los SI, fueron reiteradas a la hora de preguntar por los motivos de las internaciones prolongadas en el hospital, haciendo hincapié en los obstáculos que el padecimiento implica para los procesos de externación de los usuarios. En contraste, frente a esta misma pregunta, las “cuestiones sociales” fueron mencionadas más frecuentemente por lxs profesionales de los SR. Éste modo de describir los motivos de las internaciones prolongadas introduce dentro de esta forma de identificación (externamente adjudicada) los contextos más amplios socio-económicos en los que los pacientes están inmersos, lo cual podría entenderse como una forma de situar a los sujetos con los que trabajan en un entramado más amplio de condicionamientos, y no simplemente ser definidos por los obstáculos que su padecimiento implica. Estas concepciones podrían discutir con lo que Míguez (2006) llama “el mito de la inadaptación general”, concepto que toma de Wright (1991), ya que es posible entender esta dificultad de adaptación es su relación con un contexto desfavorable y un sistema desigual (que genera pobreza, exclusión, marginalidad, etc) y no como una cualidad propia de los usuarios. Esta categoría describe la “concepción

generalizada a partir de la cual las personas con discapacidad tenderían a ser más inadaptables que las personas consideradas ‘normales’” (Míguez, 2006:129). En contraste, en las entrevistas recabadas es posible identificar que en los relatos de los SI, se deja ver un mayor énfasis en el “no-poder”, en esta incapacidad de adaptación, generalmente asociado al diagnóstico del usuario y al estado en el que se encuentra con respecto al padecimiento (por ejemplo, la centralidad que en los relatos toma el hecho de encontrarse “descompensado”, siendo esto un obstáculo para realizar cualquier forma de tratamiento que no sea farmacológica). Esta descripción desde un criterio diagnóstico busca cubrir con un manto de objetividad a esta identificación de los usuarios como “carentes de”.

Para comprender estas características de los relatos recabados resulta útil la distinción existente en el campo de la salud mental a la hora de hablar de “padecimiento” o de “enfermedad”. Si bien los términos “enfermedad” y “(psico) patología” fueron utilizados indistintamente por casi todos los profesionales entrevistados, de ambos servicios (siendo los profesionales médicos quienes se centraron en estas categorías a la hora de describir a la población del hospital), en los SI el término *padecimiento* fue recibido con abierta hostilidad, particularmente por un profesional:

Pregunta: ...lo que tiene que ver con la toma de medicación, con el conocimiento de la propia condición, del propio padecimiento...

Respuesta: enfermedad.

P: ...de la propia enfermedad...

R: ...del padecimiento producido por la enfermedad. Que ese es otro concepto erróneo de la Ley de Salud Mental, no nombra la palabra *enfermedad*. Y la verdad que los pacientes tienen derecho a la atención no por estar sufriendo. (...) Es una discriminación, es una negación, es negacionismo. (Psiquiatra, Jefe de Servicio de Internación)

Si bien esta persona fue la única que explicitó vehemente rechazo hacia el término *padecimiento* (vinculado de manera ineludible a la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental), resultó llamativa la preferencia por el uso de *enfermedad* o *patología*, aún de profesiones no médicas.

La Ley 26.657 y los cambios que ésta implicó resultan ineludibles a la hora de pensar las representaciones sociales en el campo de la salud mental en Argentina, tanto en términos discursivos como prácticos. Uno de los cambios fundamentales establecidos por la legislación, en lo que compete al tema del presente capítulo, es el modo de nombrar la condición de salud de las personas sujetos de la ley, ya que habla de ‘padecimientos

mentales’, en lugar de enfermedades; es éste punto el que es discutido por la persona citada anteriormente.

Faraone (2013), desde una perspectiva socio-antropológica, explica que “el término ‘enfermedad’ circunscribe al sujeto de la intervención a la mediación de la biomedicina y, por lo tanto, la problemática del campo de la salud mental queda capturada por una disciplina que adquiere carácter médico y a partir de la cual el hospital asume un espacio que está determinado por lo curativo-terapéutico (Foucault, 1996). Precisamente este concepto proviene asociado a la medicina biológica, en términos a-históricos, fijo en su diagnóstico, a-cultural” (Faraone, 2013:31).

Esto se relaciona con lo que Conrad e Ingleby (1982) llaman la “medicalización de la anormalidad”: con el advenimiento de las sociedades industriales, las definiciones de la anormalidad pasan de tener tintes religiosos y morales, a mezclarse con definiciones médico-científicas. Es ahí donde la enfermedad, como desviación de la norma, se vuelve potestad casi absoluta de las profesiones médicas: “La clase médica domina la organización de la asistencia sanitaria y goza de un virtual monopolio sobre todo lo que se defina como tratamiento médico, especialmente en términos de lo que constituye ‘enfermedad’ y de cuál es la intervención médica apropiada” (Conrad e Ingleby, 1982:139). Esta potestad casi absoluta es la que la Ley 26.657 viene a cuestionar, y las resistencias a estos cambios resultan transparentes en el discurso de la persona citada anteriormente:

Ningún traumatólogo es compelido a justificar su práctica médica de internación de una persona, no necesita la firma de un kinesiólogo. La Ley de Salud Mental iguala las dos prácticas, la del médico psiquiatra y la del psicólogo, para internar a una persona o para decidir un tratamiento. Las incumbencias del médico son más amplias que la del psicólogo, o son más específicas. El psicólogo tiene más amplitud en otros campos que el médico psiquiatra. (Psiquiatra, Jefx de Servicio de Internación)

Al analizar estos fragmentos es posible notar que, junto con la centralidad que tienen los intereses de la profesión médica, son mencionados también los intereses de los usuarios, en términos del derecho a la salud. Esta disyuntiva donde el acceso a derechos entran en tensión con las categorías utilizadas resulta pertinente a la hora de hablar sobre la discapacidad y las representaciones sociales a su alrededor. Faraone, en su artículo citado anteriormente, detalla la relación que tiene la categoría *discapacidad* con la genealogía de la ‘enfermedad mental’. Dicha noción es utilizada en documentos de organismos internacionales vinculados a la salud mental como forma de nombrar a los sujetos de intervención del campo, y si bien no figura en

la legislación de nuestro país específica en la materia, en la práctica y en la retórica ocupa un lugar central (Faraone, 2013). La autora explica que a partir de dicho término, diferentes textos jurídicos ligaron la garantía de derechos con la posibilidad de dar cuenta de dicha discapacidad en términos diagnósticos. Esto por un lado es una herramienta de reivindicación de organizaciones y grupos de usuarios, trabajadorxs y familiares, quienes buscan la expansión de dichas políticas compensatorias, las cuales las más de las veces resultan insuficientes (Vallejos, 2009; Almeida, 2009). Por otro lado, se institucionaliza una barrera de acceso al derecho a la salud íntimamente relacionada con los criterios diagnósticos, resignando así a quienes no pueden legitimar su condición.

En lo que refiere al propio concepto de *padecimiento*, el cual el presente trabajo adopta para su realización, Faraone explica que implicó una ruptura epistemológica en el campo de la salud mental ya que se vincula con “la propia relación del sujeto (incorporando su punto de vista) con lo social y lo cultural” (Faraone, 2013:36). En este sentido, el padecer es contextual, y no una característica ontológica del sujeto; la experiencia de la enfermedad (Cortés, 1997; Barber, 2015) forma parte de su definición, en vez de ser atribuida externamente en base a una serie de criterios puramente biomédicos. En lo que respecta a la presente investigación, lxs profesionales de los SR expresaron nociones más cercanas a esta caracterización, más allá de emplear o no la categoría padecimiento. Al referirse a la importancia de conocer la experiencia de vida de los usuarios, sus trayectorias de internación y su conformación familiar, es posible inferir que se está buscando un abordaje que entienda a la salud desde una perspectiva integral.

IV. 3. Consideraciones parciales: las representaciones sociales en el trabajo en Salud Mental. Entre contradicciones y avances

A lo largo de este capítulo se esbozaron algunos puntos de contacto y otros de distancia entre las diferentes modalidades de atención en los servicios estudiados. En los relatos de los SR se puede ver una relación entre diferentes fenómenos, como lo son las internaciones prolongadas, las rígidas estructuras institucionales, el hospitalismo, la desigualdad y la marginalización de la población usuaria del hospital. Estas representaciones acerca de los usuarios como sujetos cuyos derechos se encuentran en muchos casos vulnerados dan cuenta de una perspectiva que integra las diferentes dimensiones de la vida de los sujetos, sin circunscribirse a mirarlos exclusivamente como poseedores de un padecimiento mental.

A partir de los relatos recabados en los SI es posible ver que el padecimiento en la salud mental de los usuarios los distingue de forma tajante del grupo de profesionales. Es posible

relacionar esta posición que ocupan los usuarios en ese entramado con ciertas interacciones registradas en el cuaderno de campo que acompañó la presente investigación, en las cuales lx profesional entrevistadx se dirigió hacia y refirió a ciertos usuarios de formas minorizantes (Muyor Rodríguez, 2019), lo cual refuerza las estructuras tradicionales jerárquicas en las que son lxs profesionales lxs sujetos con autonomía, capacidad de toma de decisiones y, en última instancia, salud:

Paciente (*a través de la puerta*): Dame un poquito de yerba.

Profesional: La verdad que no mi amor.

El paciente intenta abrir la puerta cerrada y lx profesional, abriendo apenas la puerta, se dirige a él.

Profesional: (*no logro escuchar la primera parte*) ...entonces yo te lo hago, mañana yo te lo hago el permiso mi amor.

Paciente: No me digas mi amor, no soy mariposa, mariposón, no soy mariposa traicionera...

Luego de un intercambio que no logro escuchar bien, el profesional se dirige al paciente.

Profesional: Usted va a tener permiso con su acompañante, perfecto, perfecto, voy a seguir con la señora...

Paciente: Salió lo del documento...

Pero antes de que pueda concluir la oración, lx profesional cerró la puerta

(Registro de campo, 2/5/2019)

Si bien existen espacios que buscan romper con las lógicas tradicionales de la internación psiquiátrica, las cuales se condicen además con la actual legislación en materia de salud mental, lo hacen *a pesar de* la persistencia de representaciones acerca de los usuarios de los servicios asociadas a concepciones biomédicas de la salud y la capacidad.

En los relatos de lxs profesionales se puede ver cómo la “falta de” define a los sujetos, y en tanto pacientes, toman un rol más pasivo en su proyecto de tratamiento. El hecho de que sus internaciones en su mayoría sean involuntarias da cuenta de esta relación, expresada por lxs profesionales en sus relatos, que la enfermedad guarda con la falta de poder de decisión, que obtura la libertad y los derechos (en lugar de identificar a las estructuras institucionales y macroeconómicas como posibles causantes de dichas desigualdades). Las dinámicas grupales mencionadas, a su vez, se combinan con instancias de entrevistas públicas, en las que la privacidad de los usuarios no está considerada como un factor de importancia; es posible realizar dos lecturas complementarias de este fenómeno: por un lado, es una estrategia para poder sostener tratamientos con cierta regularidad por parte de todo el equipo, teniendo en cuenta la limitación de los recursos, a la vez que implica un borramiento de la particularidad de cada sujeto en su proceso.

La complejidad que conlleva el análisis de las representaciones sociales que lxs profesionales expresan sobre los usuarios no sólo se relaciona con las implicancias simbólicas de las posturas que expresan, sino también con las relaciones que éstas tienen con los contextos materiales en los que se desarrolla su tarea. Las “faltas” nombradas por lxs profesionales también se vinculan con dichas condiciones, las cuales se encuentran signadas por la escasez y la sobrecarga de responsabilidades. Esta problemática incluye la falta de dispositivos intermedios para el tratamiento, lo cual fue un reclamo expresado por profesionales de ambos servicios. Si bien este aspecto se abordará en mayor profundidad en el tercer capítulo, resulta pertinente contrastar esa postura con la presentada por unx trabajadorx social de los SR, quien planteó la importancia de que los servicios de internación puedan también trabajar bajo la lógica de la implementación de apoyos:

Yo digo, ¿por qué esto [el trabajo interdisciplinario de rehabilitación] no se puede hacer en todos los servicios? Porque a mí no me parece que sea algo complejo de hacer, con más/menos profesionales pero no me parece que sea algo complejo de llevar a cabo, me parece que así tendría que funcionar todo el hospital. (Trabajadorx social, Servicio de Rehabilitación)

Estas experiencias de transformación del servicio podrían dar cuenta de una compleja construcción de identidad conjunta entre profesionales y usuarios, en la que se mantienen aspectos jerárquicos de los vínculos construidos, a la vez que se busca que todxs lxs participantes tengan un rol activo en el proceso desde su lugar, con mayores o menores resistencias, entendiendo que el poder médico sigue teniendo prevalencia en las prácticas cotidianas. Si bien las condiciones materiales en las que se desarrollan las intervenciones pueden impactar en las representaciones que se construyen acerca de los sujetos con los que se trabaja, la relación no es causal, ya que las divergencias en posicionamientos se relacionan con múltiples factores, entre ellos, la relación de lxs profesionales con la Ley 26.657, sus objetivos, terminologías y significancia. En el capítulo siguiente se analizará cómo se desenvuelve la vida cotidiana en los servicios, para conocer el rol que la implementación de sistemas de apoyo tiene en la práctica de lxs profesionales entrevistadxs. De este modo es posible comenzar a ver el rol que las representaciones aquí descritas tienen en dichas prácticas.

V. Capítulo 2: Sistemas de apoyo. Entre el cuidado y el control

La vida cotidiana ha sido ampliamente analizada desde las ciencias sociales, siendo una categoría significativa a ser estudiada a la hora de pensar las dinámicas diarias en contextos de internación por un padecimiento de salud mental (Tamburrino, 2009). En el presente capítulo se buscará caracterizar la vida cotidiana de los servicios estudiados, para de ese modo poder aproximarnos a las condiciones en las que se implementan los diversos sistemas de apoyo que conforman las prácticas de lxs profesionales de los servicios.

V.1. Los sistemas de apoyos desde la mirada de lxs profesionales

En relación a las características de los servicios analizados, la vida cotidiana está marcada por los diversos acompañamientos (o apoyos) que desde el equipo profesional se le provee a los usuarios. Dicha característica es parte de los objetivos de los servicios de rehabilitación con grado de apoyo medio y alto, por lo que es una mediación fundamental en la construcción de vínculos usuario-profesional. En los servicios que llevan adelante una dinámica de internación más tradicional dicha mediación no tiene un rol menor, ya que son servicios donde la mayoría de los usuarios “son crónicos”.

Desde la perspectiva de Canseco (2019), es posible entender los apoyos en su relación con los contextos de cada sujetx, los cuales necesariamente van cambiando a lo largo de la vida, y que no quedan circunscritos a las necesidades de las personas con discapacidad solamente; como plantea unx profesional entrevistadx de los servicios de rehabilitación,

...pero si vos lo pensas por ejemplo en función de vos, ¿cuántas veces consultamos porque no lo sabemos todo? (...) también necesitás apoyo. Pero en la gente común no se ve esto (...) Cuando sos madre y tenés hijos, ¿cuántas veces haces consultas? Eso también es apoyo pasa que no se ve. O uno no lo ve como apoyo, pero también es apoyo. Estas personas necesitan un poco más de apoyo en algunas cuestiones. Necesitan más, pero solamente eso. (Trabajadorx social, Servicios de Rehabilitación)

En las entrevistas realizadas a profesionales diversos aspectos de la vida cotidiana se repiten en casi todos los relatos, en relación a cómo ésta se ve organizada y a la implementación de diversos sistemas de apoyo.

En los relatos podemos ver que con frecuencia son mencionados aspectos como: el manejo del dinero, la higiene personal y la vestimenta, el aseo de los espacios personales y compartidos, la realización de trámites, cumplir con turnos médicos y cuidar de su propia

salud, la adherencia al tratamiento y la alimentación. En un segundo orden de importancia, es posible destacar la relación con redes familiares o vinculares más amplias, el desarrollo de hábitos laborales, las salidas del hospital en general y la resolución de conflictos cotidianos. A continuación se presentan ejemplos de dichos aspectos del trabajo cotidiano con los usuarios en este cuadro de doble entrada.

Cuadro N° 3: Principales dimensiones del trabajo con apoyos en la vida cotidiana abordadas por profesionales		
	SR	SI
Manejo del dinero	... estamos trabajando muy fuerte eso, anotar cuánto se cobra, cuánto gastaron, en qué se puede gastar, en qué no es el momento para gastar. (...) no lo hacemos con todos porque hay algunos que no necesitan ese apoyo, que la verdad es que se manejan super bien y sería medio al pedo meternos en eso cuando no es necesario. (Trabajadorx social)	... hay pacientes que de estos casos que no pueden manejar dinero, no saben, no pueden. Si están afuera estarían totalmente desprotegidos en ese sentido. (...) qué puede comprar, qué no puede comprar, en que lo pueden gastar (...) Acá se puede hacer pero en mejor lugares son los dispositivos, se dedican mas a eso. (Enfermerx)
	[El usuario] tiene que estar de acuerdo con que uno le controle de alguna manera porque no deja de ser un control, el tema de cómo maneja su dinero, que es terapéutico pero el otro lo puede sentir con un control (...). El otro tiene el derecho si algún día quiere darse un gusto hacer lo que quiera, es su plata. Y la idea es ayudarlo a administrar su dinero, no a decirle lo que tiene que comprar. (Trabajadorx social)	[Entrevistadora: ¿Cada paciente maneja su dinero?] Eso depende del Jefe de Servicio, si considera que puede retirar todo, lo deja. Si considera que no, se va sacando y se le va dando de a poco, se le va diciendo en que lo puede gastar... (Enfermerx)
Higiene (personal y del espacio) y vestimenta	Hay un paciente que siempre tiene la costumbre de que le dan ropa en el Centro Cultural y se viene con gorros, bonetes, cosas que quizás en una actividad es algo divertido pero para salir quizás puede ser estigmatizante de que otro lo vea... (Psicólogx)	Hay gente que se hace su propia cama, no hay que decirle nada. “Tenés que lavarte la cara a la mañana, lavarte los dientes”, lo hacen solos. En cambio otros que sí, hay que decirle “andá a bañarte, cambiate la ropa”, porque no lo hacen. (Enfermerx)
	[En el servicio] hasta ahora no ha habido ningún tipo de incidente, esto prueba que estableciendo algunos pactos, algunos aprendizajes los pacientes por ejemplo no fuman en la sala, cosa que esto fue realmente un trabajo largo porque los pacientes en algunos servicios estaban acostumbrados a comer irse a la cama fumarse un cigarrillo y apagar el cigarrillo con el peligro que esto significaba de los colchones, etc. (Psicólogx)	No se le impone, se le dice reglas de por ejemplo no llevar comida adentro de la sala, que a la hora de la medicación es a tal hora, que a la hora del almuerzo tienen que estar todos porque el camarero se va y se quedan sin comer. Después no hay reclamo. Y bueno, distintos horarios entre que se tienen que bañar, los horarios que se cambian las sábanas, y bueno esas de lo cotidiano, de la convivencia. (Enfermerx)
Cuidado de la salud	Nosotros tenemos una planilla donde manejamos pacientes diabéticos (...) uno [es] insulino dependiente, y nosotros le enseñamos a ese paciente a hacerse el control del hemoglucotest el solo... (Enfermerx)	[Es necesario hacer] cosas que naturalmente en un consultorio como psicólogo no hacés. Ver que esté aseado, el cuidado de su salud. Porque acá venimos y ellos viven acá y uno comparte de alguna manera el hecho de que estén viviendo acá, existe esa experiencia de convivencia. (Psicólogx)

<p>Conciencia de enfermedad + adherencia al tratamiento</p>	<p>Tenemos varios talleres. Como que están ponele el de manejo de la medicación, que eso lo hace sobre todo [lx enfermerx], la idea es que cada paciente pueda ser consciente de la medicación que toma, en el momento en que la toma, y que empiece a generar esa autonomía para con su medicación. (Trabajadorx social)</p> <p>[El acompañamiento de la vida cotidiana] tiene que ver con (...) poder reconocer en principio la necesidad de tomar medicación, ¿no? Tener conciencia de enfermedad. (...) Más allá de eso es la cuestión clínica, entonces si además de eso físicamente necesitas ir a ver un dermatólogo, ir a ver al clínico... (Terapista ocupacional)</p>	<p>Para pensarlo [al usuario] afuera siempre son digamos esas tres cuestiones: lo que se trabaje acá adentro, (...) que la medicación que esté sea la que le hace bien al paciente, que sostenga eso, que cumpla con ese plan farmacológico; que tenga un espacio de escucha si necesita; si se da eso, [y] se da afuera que hay referente y demás, hay muchas posibilidades de que el paciente pueda salir. (Trabajadorx social)</p> <p>Se trabaja muchísimo [en el acompañamiento cotidiano]. De hecho hoy hay un grupo que se llama Grupo de Medicación que es para pacientes ambulatorios pero les pedimos a los pacientes internados que también vayan porque tienen que ir aprendiendo. El efecto, cómo se maneja, escuchar a otros como lo hacen, y los beneficios y también algunas situaciones de incomodidad que genera la medicación. (Psicologx)</p>
<p>Alimentación</p>	<p>Nosotros antes controlábamos en el almuerzo si comían o si no comían. Hoy no solamente controlamos quién come quién no come sino por qué no come, si tiene dentadura, ocuparnos de pedir la interconsulta para llevarlo al odontólogo, si es necesario hacer prótesis... O sea es un cuidado más profundo... (Enfermerx)</p>	<p>Desde lo económico es con respecto a los recursos lo que se podría decir... medicación, recursos mobiliarios, recursos de alimentación, cosas que a veces no se le presta atención la verdad, que la alimentación de los pacientes podría ser mejor. No digo que es mala como lo anterior, siempre falta ese plus para que sea lo recomendado. (Enfermerx)</p>
<p>Hacer trámites</p>	<p>...también intervengo en entrevistas individuales, muchas veces acompañando en cuestiones de la vida cotidiana, por ejemplo en ir al cajero, o tramitar el certificado de discapacidad. Trato igual de que ellos hagan la mayor cantidad de lo que puedan solos, un poco para generar la autonomía obviamente, y otro poco porque la demanda es gigante... o que aparezca el familiar o un acompañante terapéutico... (Trabajadorx social)</p>	<p>...hay pacientes que se acercan ellos, el tema del dinero es lo que a ellos más los motivó, de que otro tiene la pensión, o cómo tienen el pase, y vienen por esa cuestión. Hay pacientes que vienen directamente, hay otros que el equipo, el psicólogo tratante, el médico, reclama o pide la intervención de uno para que se sume al trabajo... (Trabajadorx social)</p>

(Fuente: elaboración propia a partir de entrevistas)

El principal aspecto a trabajar en la vida cotidiana de los usuarios, en los relatos de lxs profesionales, es el manejo del dinero. El mismo aparece mencionado de tres formas diferentes pero complementarias: en primer lugar, y quizás menos significativamente figura como un trabajo necesario en tanto los usuarios se encuentran “desprotegidos” debido a su padecimiento, por lo cual necesitan aprender el valor del dinero en tanto forma de protección frente a su status de vulnerabilidad. Complementariamente a este discurso, surge en los relatos la necesidad de trabajar el manejo del dinero como actividad terapéutica, como parte de su trabajo de rehabilitación. Este segundo sentido finalmente lleva al tercer motivo para enfocarse en este aspecto de la vida cotidiana que es la posibilidad de consumir, en tanto sujetos partícipes del mundo social; esto se expresa a partir de relatos donde se valora “darse

un gusto” o “invitarle algo a un compañero”, relacionando la participación en el mercado como consumidores con nuestra capacidad de sociabilizar.

El segundo aspecto que aparece recurrentemente es lo vinculado a la higiene personal, la higiene del espacio y la vestimenta. Agrupo estas categorías dado que en los discursos aparecen muchas veces relacionadas, ya que hacen a la “prestancia” [sic] de los usuarios. En esta dimensión de la vida cotidiana surgen otras tres formas de interpretar la importancia del trabajo con los usuarios: vuelve a mencionarse la dimensión de la desprotección, esta vez vinculada al peligro que ciertos comportamientos (como fumar en la cama) pueden significar, y esta interpretación se encuentra ligada de manera cercana con la importancia de acatar los acuerdos o reglas de convivencia, algunos de los cuales pueden ser establecidos de forma colectiva en asamblea, pero que por lo general resultan de normas vinculadas a la dinámica institucional más amplia, lógicas del cotidiano propias de un hospital. En este sentido Heller explica que todxs lxs sujetxs, a la hora de habitar espacio sociales, ingresamos en un contexto con una historia, una trayectoria preexistente, con normas a las que debemos adaptarnos. En un contexto de internación esto toma una característica particular, ya que el rango de acciones posibles está mediado por estructuras más rígidas, fundamentalmente en lo que respecta a la organización del tiempo y del espacio (Goffman, 2001; Tamburrino, 2009). La tercera interpretación que figura en los relatos es la relación existente entre los patrones de aseo y vestimenta con la posibilidad de ridículo o estigmatización por el común denominador de las personas, entendiendo esto como una afronta directa hacia la dignidad de las personas. Dicho concepto es puesto en primer plano por lxs profesionales de los servicios de rehabilitación en otras ocasiones, por ejemplo cuando unx de lxs psicólogxs refiere que el hecho de que los usuarios puedan ahora comer con cubiertos de metal está directamente relacionado con la dignidad.

El concepto de dignidad puede vincularse a la calidad de vida y al respeto de los derechos humanos, fundamentalmente en lo que concierne a las condiciones económicas, sociopolíticas y culturales de las que goza un sujetx determinadx, así como la valoración que hace de las mismas (Heller, Petrella y Vilarnovo, 2013). Sin embargo, cuando se habla de personas en contextos de internación esta dimensión es nombrada desde otra perspectiva. La dignidad pasa a estar teñida por su padecimiento, por su sintomatología (particularmente la sintomatología negativa⁷), y la incidencia que esto tiene en su bienestar. Profundizando en

⁷ Este término refiere a los síntomas asociados con la falta de motivación, de ánimo, el dejar de hacer actividades. En los relatos de lxs profesionales estas formas de comportamiento son asociadas en algunos casos a algo propio del padecimiento, y en otros a las consecuencias de estar muchos años internados. Generalmente se mencionan ambas causas, casi sin distinción.

esta línea, en los relatos de lxs profesionales es posible ver cómo la *restitución de dignidad* se vincula no solamente con los efectos que su padecimiento tenido en su desenvolvimiento cotidiano, sino que existe un marcado vínculo con los efectos que los años de internación han ocasionado en ellos. Al decir de unx trabajadorx de estos servicios:

...[En] este servicio en general hay varios pacientes que están acá más por hospitalismo, que son pacientes que hace mucho tiempo que están internados. (...) Vienen de una internación prolongada, que la enfermedad o el hospitalismo generó que perdieran habilidades de la vida cotidiana, en relacionarse, el poder viajar en colectivo, el ocuparse de hacer su cama, ocuparse de sí mismos, entonces capaz que sí se trabaja más con esa población que lamentablemente todavía falta mucho por avanzar en términos de la ley, de la desmanicomialización... (Trabajadorx social, Servicios de Rehabilitación)

La tercera categoría que es mencionada en los relatos de lxs profesionales se relaciona íntimamente con la anterior: el auto-cuidado de la salud. En diversos relatos se puede ver relacionada esta categoría con la higiene y la presentación personal en términos de aseo y vestimenta. Si bien en ambos servicios es mencionada bajo esta relación, existe una diferencia fundamental entre los servicios analizados: en los SI el cuidado de la salud es mencionado como necesario para favorecer la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento, mientras que en los SR se establece el cuidado de la salud en diversos ejes, fundamentalmente la salud clínica y la psíquica. Esto se ve reflejado en los fragmentos seleccionados en el Cuadro N°3, pero también es posible verlo en el hecho de que los SI llevan adelante un dispositivo grupal de medicación, cuyo objetivo es principalmente trabajar la adherencia al tratamiento vinculado al saber qué medicación debe tomar cada uno, y los segundos servicios implementan un dispositivo similar, a la vez que desarrollan un “Taller de salud”, en el cual se trabajan las dudas e intereses que los usuarios tienen acerca de su propia salud, esté directamente relacionada con su padecimiento psíquico o no (otros temas abordados han sido la diabetes o los accidentes domésticos, por ejemplo). Estas estrategias de intervención buscan generar instancias pedagógicas en la cotidianidad del servicio, las cuales pueden ser leídas como formas de romper con las rígidas estructuras de control que han caracterizado al hospital psiquiátrico, en tanto institución total, desde sus orígenes (Goffman, 2001). Sin embargo, simultáneamente refuerzan una de las pautas clave en lo que significa la salud dentro del ámbito de la psiquiatría: la adherencia al tratamiento. Bru (2022) al analizar las experiencias de personas con padecimientos en su salud mental que se encuentran judicializadas remarca que la adherencia al tratamiento se encuentra relacionada en los

discursos con “la responsabilidad y autonomía del paciente en la gestión e ingesta de la medicación” (Bru, 2022:146), siendo ésta una tarea que le atañe exclusivamente al individuo. En relación a lo analizado en el capítulo anterior, es posible dar cuenta nuevamente de cómo las narrativas vinculadas al cuidado de la salud de lxs usuarios se encuentran atravesadas por las concepciones biomédicas, a la vez que buscan romper con el carácter puramente individualizado de estas concepciones, generando espacios de intercambio y aprendizaje, no sólo de lxs profesionales hacia los usuarios sino entre compañeros de servicio también. Como explica unx de lxs profesionales de los SR:

...como que está muy la mirada puesta en esto de que lo hagan solos y de que puedan solos, y que si no lo pueden sostener bueno hay que bajar la exigencia también. (Trabajadorx social, Servicios de Rehabilitación)

Íntimamente relacionada con el cuidado de la salud aparece en los relatos la alimentación, como otro aspecto de la vida cotidiana con la que se trabaja. Tanto en este aspecto como en el acompañamiento en la realización de trámites, aunque con menor prevalencia, existe una distinción marcada en cómo es mencionada por lxs profesionales de los diferentes servicios. En los SI son mencionadas las dificultades en términos de recursos, ya sea del hospital más estructuralmente o de los usuarios en relación a su situación económica particular, en términos de necesidad. En cambio, en los SR toman prevalencia la dimensión del cuidado, de la elección personal y la dimensión pedagógica mencionada anteriormente. Esta característica la comparten las declaraciones vinculadas a los hábitos laborales, dimensión de la vida cotidiana abordada más tangencialmente en los relatos. Mientras que en los SR se menciona como un aspecto a trabajar, dentro de la intervención terapéutica de manera individual, en los SI prevalecen los obstáculos vinculados a las estructuras económicas y coyunturales (la falta de trabajo “para todos”).

V.2. “Propender a la normalización”: entre la autonomía y la reproducción cotidiana

Las narrativas de lxs profesionales es posible entenderlas en el marco de los que Rosato y Angelino et al. (2009) han dado por llamar *ideología de la normalidad*. Existen marcadores analíticos provenientes de dichas autoras que considero pueden ser fructíferos para identificar cómo esta ideología se introduce en las concepciones y prácticas cotidianas de lxs profesionales, aún cuando explícitamente sus declaraciones lo contradigan.

A la hora de pensar el trabajo terapéutico con estos usuarios, personas con un padecimiento en su salud mental que representa una discapacidad a la hora de interactuar con las estructuras y las formas de sociabilidad propias del mercado, es posible ver en los discursos una aspiración a la normalidad, pensada desde la productividad. En este sentido la re-habilitación se piensa como re-inserción en dichas estructuras, de las cuales se han visto excluidos por los años de internación (nombrada como “hospitalismo” por lxs propixs profesionales) y también en tanto personas de escasos recursos materiales, pertenecientes a familias de clase trabajadora⁸. En una de las entrevistas realizadas, unx de lxs trabajadorxs del servicio hizo referencia al proyecto de la residencia asistida, dentro de las cuales remarcó que:

...las funciones del equipo [son] garantizar que las actividades de la vida diaria que realicen los residentes propendan a la normalización, satisfacer las necesidades habitacionales de confort y calidad de vida de los residentes, brindar cuidados prolongados con seguridad y protección al mismo tiempo que se les da la oportunidad y apoyo para lograr el máximo nivel posible de autovalencia o autonomía... (Psicólogox, Jefx de Servicio de Rehabilitación).

En esta sucinta descripción es posible notar de manera explícita cómo se piensa la rehabilitación en el servicio como forma de acercarse lo más posible a ese ideal normativo de sujeto autónomo, el cual se refleja también en los relatos de lxs profesionales.

La autonomía es mencionada como uno de los objetivos terapéuticos principales de los SR, pensado en relación a las posibilidades y capacidades de cada usuario. Esto resulta importante en tanto contribución a su bienestar, vinculado al gasto de *su* dinero. Por otro lado en los SI se menciona con mayor prevalencia la necesidad de conocer el valor del dinero y poder administrarlo como forma de protección, en tanto sujetos vulnerables por su condición psíquica. Y en ambos relatos surge el control o la supervisión⁹ por parte de lxs profesionales (en los servicios de internación, particularmente por parte del jefx de servicio o de lxs trabajadorxs sociales) como un aspecto importante.

Aquí resultan útiles las categorías de Heller: dentro de estos relatos se esbozan las diferentes acepciones de la vida cotidiana que ella conceptualiza, aquella que refiere a la reproducción

⁸ Esta lectura presente en los relatos de lxs profesionales se enmarca en una lógica interseccional. La interseccionalidad es “la perspectiva teórica y metodológica que busca dar cuenta de la percepción cruzada o imbricada de las relaciones de poder” (Viveros Vigoya, 2016:2), usualmente es abordada desde la teoría feminista y queer pero resulta pertinente para la realidad que enfrentan la mayoría de los usuarios en estos servicios.

⁹ En términos de Goffman, esto hace referencia a la vigilancia característica de las instituciones totales, la cual es ejercida por “un pequeño grupo personal supervisor” (Goffman, 2001:20).

particular y social (conocer el valor del dinero para poder “proteger” sus bienes y a sí mismos), y aquellas que refieren al consumo y a la vida privada (declaraciones como “darse un gusto” o “pueden hacer lo que quieran con su plata” habla de esta actitud individual y pasiva frente al mundo como mercado de consumo). Es posible entender el trabajo en la mejor administración de los recursos personales como un aspecto necesario para facilitar la reproducción de los sujetos en tanto particulares, considerado éste un aspecto central a la hora de llevar adelante un proyecto de externación. De este modo, entiendo las prácticas de lxs profesionales entrevistadxs como atravesadas por múltiples tensiones y contradicciones, vinculadas a la práctica de la rehabilitación: la mirada normalizadora coexiste con estas estrategias de supervivencia y cuidado de los propios recursos, como un derecho que defender.

En los relatos de lxs profesionales de los diferentes servicios existen aspectos en los que difieren ligeramente. Estas diferencias es posible relacionarlas con los objetivos y modalidades de cada espacio: en los SR se admiten una menor cantidad de usuarios debido a que su fin es funcionar como una residencia protegida, por lo que se busca que cada usuario tenga mayor espacio. En contraste, los SI, si bien mencionan a la rehabilitación como un trabajo constante en sus prácticas, también cuentan con diferentes obstáculos que hacen que no sea la prioridad en sus objetivos: lidiar con pacientes que se encuentran en una etapa “aguda” de su padecimiento, tener el servicio completo (es decir, trabajar con entre 19 y 21 pacientes internados, y atender hasta 60 pacientes ambulatorios) sin tener suficientes profesionales para su atención, y no tener un “perfil” de admisión para los pacientes. Como expresó un trabajador de estos servicios:

El trabajo es la verdad que limitado (...). Esto lleva al equipo de salud a los límites. a los límites de estrés. Es mas, yo te estoy hablando ahora y me esta costando muchísimo, te lo juro. Y la verdad que uno viene todos los días y uno queda... la verdad que no puede dar lo mejor de sí al paciente y a los compañeros y eso se multiplica. (Enfermerx, Servicios de Internación)

V.3. Los sistemas de apoyo desde la mirada de los usuarios

Fueron realizadas cuatro entrevistas a usuarios de los servicios analizados, tres de ellas a usuarios de los SR, y una a un usuario de los SI. Esta distribución desigual se vincula con el hecho de que en los SR pude desarrollar una trayectoria a lo largo de varios meses de trabajo de campo, posterior a mi proceso de práctica pre-profesional realizado en esta institución, por

lo que ya había un vínculo construido tanto con los usuarios como con lxs profesionales. Esto facilitó la posibilidad de entablar las situaciones de entrevista. En los SI, sin embargo, este vínculo no fue construido, y sumado a restricciones de tiempo por la dinámica cotidiana, fue posible entrevistar a un solo paciente. Si bien esto implicó que la información obtenida fuera menor en el caso de los servicios de internación, de todas formas resulta invaluable el aporte que los usuarios han dado a la hora de abordar el tema investigado.

Los relatos de lxs profesionales tienen algunas superposiciones y algunas divergencias de interés en relación a los de los usuarios. En dichas entrevistas, la resolución de conflictos cotidianos (ya sea en conversaciones espontáneas con profesionales, como interlocutorxs principales o como mediadorxs en conflictos entre compañeros de servicio) son de los aspectos cotidianos más destacados. Luego, se menciona la “libertad” con la que cuentan en el servicio para poder hacer o no hacer determinadas cosas. También se destaca mucho la atención/preocupación que brindan lxs profesionales a lxs pacientes, la administración del dinero (aunque se traen más a colación los gastos grupales, además de los personales), la realización de trámites, el acompañamiento con problemáticas de salud, la higiene personal, la higiene del espacio, y la organización de la rutina diaria, tanto personal como grupal. Si bien se repiten varios aspectos, se enfatizan dimensiones diferentes (vinculadas a las instancias grupales) del mismo acompañamiento. A continuación se ilustran ejemplos de estos relatos con el siguiente cuadro.

CUADRO N°4: Dimensiones del trabajo con apoyos en la vida cotidiana abogadas por usuarios		
Resolver conflictos cotidianos	Ahora me hablo más con [un compañero] porque hay más <i>feeling</i> , con [otro compañero] (...) me hizo una cruz más grande que la de Jesús, y bueno no me habla ni me saluda ni nada. Y en una reunión de grupo como tuvimos hoy dijo delante de [lx trabajador social] que él iba a hacer la suya y que yo hiciera la mía. Eso fue lo último que dijo. (Daniel)	
	Tenemos dos asambleas, los lunes que es todos tenemos la asamblea. La asamblea es donde cada uno puede exponer sus problemas a nivel grupal, que por lo general hay algunas cosas, pero se van solucionando, y después tenemos la asamblea de solo el [servicio], que es los jueves. Que organizamos el manejo del dinero, los problemas del solo del [servicio], que hace algún tiempo que nadie plantea un problema. (Silvio)	

Libertad	Tenía más libertad cuando era [del SI] pero éramos muchos y siempre había uno que se quejaba por la música, otro que se quejaba por no sé (...) Libertad entre comillas, más o menos, podías dormir y nadie te molestaba pero (...) si yo quería escuchar música fuerte en ese momento y no podía lo apagaba y me iba a dormir. (Daniel)	[En Hospital de Noche] tenés mucha mayor privacidad y tenés la posibilidad de que tu familia te visite, y no la... acá no pueden entrar y por ejemplo la Casa de Medio Camino de otros lugares pueden entrar los menores a visitarlos. (David)
	Te explico, los lunes a las 11am tenes que estar, es obligación. A ver como andas, que hacés, lo que no hacés. (Camilo)	
Atención/ preocupación de lxs profesionales	Hay un trato de todos los trabajadores de acá de la salud intenso, hay un seguimiento del paciente muy, muy, muy intenso y, o sea, todas las personas que trabajan acá se las ve muy comprometidas, ofrecen su apoyo personal si tenés algún problema, si te pasa lo que sea ellos están muy dispuestos a ayudarte y como son varios los que te ayudan acá (...) no se ven en todos lados. (Silvio)	Ellos [el equipo profesional] tienen armado muy bien el esquema, por ejemplo, tienen la individualización, del individuo, del paciente, individualmente, gradualmente, grupalmente, y tienen diferentes contenciones, y prácticas médicas, clínicas. Entonces bueno me parece que es un informe bastante profundo lo que el paciente suele manifestar de toda la enfermedad que tienen y bueno con eso lo van asistiendo para tratar de llevarlo por el mejor camino posible... (David)
	Pero sino si tenés algún problema, ponele, por ejemplo, te peleaste con tu hermano y llegaste acá llorando y no te podés consolar, te llama la terapeuta ocupacional (...) y te tratan de consolar, qué sé yo, te pueden dar una pastilla para que te dé sueño y puedas descansar, y te pase el malestar digamos. (Daniel)	
Gastos individuales y colectivos	[En la asamblea] sacamos el importe que queremos gastar en la semana, si necesitamos comprar algo, que sé yo (...) después preguntan cómo va la convivencia, cuando somos los cinco, que estamos los cinco. (Daniel)	
Trámites	[Entrevistadora: ¿Necesitás acompañamiento en alguna tarea de la vida cotidiana?/] Por ahí hacer trámites y esas cosas, yo lo puedo hacer pero me cuesta mucho. Pero no es que no pueda. (Silvio)	
Problemáticas de salud	Acá los profesionales por ejemplo me dicen “Camilo mañana tenes que ir al dentista” y yo voy, voy a todo, y es por mi bien. (Camilo)	Se meten en todos [los pacientes], los van a cada... a preguntarle a cada paciente qué le está pasando, cómo está su vida, que lo hace [lx psiquiatra, Jefx de Servicio], van paciente por paciente...
Higiene personal	Acá es un buen servicio, cómo te puedo decir, nos obligan a bañarnos, hacer la cama, o sea nos prepara para el día en el futuro... (Camilo)	

Higiene del espacio	Se puso una categoría nueva que no se puede comer acá, no se puede fumar, no se puede traer comida ni guardar comida adentro de los cofres, pero bueno ves que no ves ni nada, ni un insecto caminando por el piso ni en los pasillos, ni nada. (...) los profesionales lo dictaron así... (Daniel)	Yo creo que a algunas personas sí se les brinda acompañamiento lo que pasa es que la estructura edilicia no está preparada para tener a tantos pacientes internados por una cantidad de meses que no lo pueden sostener porque falta... alguien que si lava la ropa todos los días ¿dónde la cuelga? Que guarda ropa todos los días ¿dónde la guarda? Acá está preparado para que sea una internación bastante rápida, me imagino yo, eso es lo que pude ver, pero lo que pasa es que después recorro a la realidad y hay pacientes que están hace más de diez años acá, entonces la cotidianeidad por ahí se tiene que adaptar a no tener ropa y con lo que le pagan que es por debajo del salario mínimo (David)
Organización diaria personal y colectiva	Generalmente tenés un par de tareas que te hacen hacer acá (...) y después el acordarte cuando tenés que poner la mesa, cuando tenés que levantarla, y lavar los utensilios, limpiar las mesas, barrer (...) es bueno porque el día de mañana si vos te vas a vivir solo, tenés que hacer todas esas cosas porque no van a venir tus hermanos y te lo van a hacer por vos, o tu viejo... (Daniel)	[La organización del servicio] ya estaba armado a partir del día que yo ingrese acá ya tenían armado todo el itinerario. (David)
	Hoy puse la mesa Sí, sí, yo ayudo. (...) a la hora del almuerzo, cena, merienda, tiene que estar, es una terapia (Camilo)	Con el tema de la cotidianeidad es todos los días lo mismo y eso también te apaga un poco, te tensiona. y no está bueno. (David)
	Cuando por ejemplo hacemos la asamblea está el tema de organizar el dinero, pero también qué es lo que tiene que hacer cada uno, organizarlo para ver día por día qué tiene que hacer. (...) si tenés que hacer trámites, si tenés que ir a ver a alguien, si tenés un problema en el trabajo... (Silvio)	
Trabajo con las familias	Sí, lo conversé [con la psicóloga] y le dije, y ella me dijo que mi mamá no me hacía muy bien para mí y es verdad porque yo iba a visitarla y salía con la cabeza así (...). Y ahora es como que el vínculo que se cortó con mi mamá estoy más tranquilo, todo el mundo me ve más tranquilo, mis hermanos, todo. (Daniel)	Me llama la atención por ahí el proceso de revinculación con las familias, acá hay mucha gente que parece que está como abandonada porque no tiene a nadie en condiciones en las cuales el hospital las contiene, la gran pregunta de todos es ¿el hospital está preparado para contenerlos? (David)

(Fuente: elaboración propia a partir de entrevistas)

Resulta llamativo que, a diferencia de los relatos de lxs profesionales, el primer aspecto que es destacado por los usuarios tiene que ver con las dinámicas vinculares y las herramientas que en el servicio se generan para lidiar con los conflictos, tanto los espacios grupales pre-establecidos (por ejemplo, las asambleas), como las conversaciones más informales en las que unx profesional toma el rol de mediadorx del conflicto. Al referir a estas instancias en diversas ocasiones se hace referencia al rol diferencial que lxs profesionales ocupan, siendo quienes coordinan y muchas veces proponen los temas a tratar. Es notorio cómo en los relatos de los servicios de rehabilitación se destaca el rol del trabajo en las actividades cotidianas, el

cual es reconocido como una “terapia” o que “es por su bien”, de manera similar a cómo es nombrado por lxs profesionales. Los usuarios reconocen el carácter de obligatoriedad que tienen ciertas dinámicas (realizar actividades fuera del servicio, participar de las instancias grupales) e incluso uno de ellos nombra a lxs jefes de servicio y de sección como “los que pueden decir que pase acá, o que toquen esto, no toquen aquello...”.

En el caso del usuario de los SI, es mencionado como un aspecto negativo el hecho de que la cotidianeidad es reiterativa (“todos los días lo mismo”), lo cual se condice con lo planteado por unx profesional de su servicio, quien al serle preguntado por la cotidianeidad de los usuarios explicó que realizan “alguna cosa, una salida” sólo “si puede”.

En lo que respecta a la implementación de sistemas de apoyo por parte de lxs profesionales, es posible destacar entonces que el mayor énfasis es puesto en apoyos del tipo *vincular, afectivo o emocional*, siendo el apoyo brindado en cuanto a los aspectos materiales de la cotidianeidad mencionados más pasajeramente. Resulta interesante pensar estos vínculos contruidos entre profesionales y usuarios, con la particularidad de que dicha relación está mediada por la intervención.

Heller (1991) define a las relaciones humanas como las relaciones entre dos posiciones dentro de la división social del trabajo diferenciadas. Esta forma de entender la formación de vínculos en el espacio y tiempo cotidianos se relaciona a lo que Pierre Bourdieu (1993, 2000), analizó desde la disciplina de la sociología. El autor plantea que el mundo social y sus relaciones se pueden entender en términos de campos de disputa, donde lxs diversxs actorxs, ubicadxs en posiciones determinadas (siempre dinámicas) y con intereses particulares, luchan por la acumulación de los capitales específicos que se disputan en ese contexto determinado, para de ese modo poder imponer los principios de visión y división de ese campo, es decir, las reglas del juego. Si bien en este trabajo se comprenderán los vínculos bajo esta lente, eso no significa que todas las formas que toman las relaciones sociales son de antagonismo y disputa. En los espacios sociales, como son los de la vida cotidiana, existen relaciones de cooperación, existen alianzas así como confrontación; en términos de Heller, es posible pensar los vínculos cotidianos a rasgos generales como relaciones de igualdad y desigualdad, y éstas últimas es posible dividir las en relaciones de dependencia o de superioridad-inferioridad.

Las relaciones contruidas entre profesionales y usuarios, del modo en que han sido expuestas en las entrevistas y las asambleas observadas, pueden ser descritas como relaciones de desigualdad, en tanto lxs profesionales tienen un rol diferenciado, de mayor jerarquía, en la dinámica y toma de decisiones en los servicios; en términos de Bourdieu es posible pensar

que su acumulación de capital (sobre todo de capital simbólico, del poder de la palabra legítima) es mayor. Si bien parte del objetivo de los servicios de rehabilitación es fortalecer la autonomía de los usuarios, y favorecer la posibilidad de toma de decisiones, en la práctica siguen siendo lxs trabajadorxs quienes tienen la potestad de decidir acerca de las diversas dimensiones de la vida de lxs usuarios. A su vez, es posible ver que la demanda (como elemento de la intervención profesional que se construye a partir de múltiples fuentes) media los vínculos usuario-profesional en la dinámica cotidiana (Gianna, 2011): no sólo la demanda expresa de los usuarios, sino las demandas institucionales, las cuales son diferentes para las diferentes modalidades de servicios (SR y SI). Este aspecto toma importancia si se cuestiona la cristalización de estos vínculos y estructuras cotidianas, entendiéndolas como productos históricos, y por lo tanto, contingentes (Heller, 1991).

V.4. Consideraciones parciales: construir desde la agencia lateral, la vulnerabilidad común y el cuidado

Frente a las tensiones existentes en relación con la práctica rehabilitadora en los servicios analizados, entre la mirada normalizadora y la garantía de derechos de personas con padecimientos en su salud mental que se encuentran internadas, los aportes de Alberto Canseco pueden resultar de utilidad. El autor parte de los cuestionamientos que Judith Butler realiza a la ontología liberal del sujeto, el cual se caracteriza por “ser efectivamente libre de las voluntades ajenas, libre de cualquier relación con otr*s¹⁰, excepto de aquellas en las que entre voluntariamente y en vistas de su propio interés” (Canseco, 2019:147). Desde esta perspectiva, el autor toma la propuesta de Butler de fundar una nueva ontología corporal, basada en la noción de vulnerabilidad común y de interdependencia fundamental, pero aplicándola a los estudios y el activismo de las personas con discapacidad/diversidad funcional¹¹. De este modo define a la vulnerabilidad como “no sólo la posibilidad de sufrir un daño, sino también la proximidad no elegida de los demás cuerpos y de las circunstancias con las que los cuerpos deben invariablemente enfrentarse” (Canseco, 2019:152). Una crítica

¹⁰ Esta forma de escritura es la utilizada por el autor para “suspender poética y políticamente la presunción de conocimiento sobre las percepciones sexo-genéricas de los sujetos. Sigo así la decisión escriturística de una compilación de ensayos de teoría trans.” (Canseco, 2019:147)

¹¹ La categoría diversidad funcional, principalmente utilizada por organizaciones y académicxs de España pero que cada vez tiene más pregnancia en los desarrollos teóricos argentinos y latinoamericanos, refiere a un modelo para entender la discapacidad que “parte de una visión basada en los Derechos Humanos y considera el trabajo en el campo de la bioética una herramienta fundamental para alcanzar la plena dignidad de las personas...” (Palacios y Romañach, 2020:44). Si bien considero que esta categorización se alinea teórica y éticamente con la posición de esta investigación, continuaré utilizando la categoría *discapacidad*, ya que es la utilizada en la institución en la que fue realizada la investigación, y es la categoría mayormente utilizada por las organizaciones de personas con discapacidad en el país.

similar hace la autora estadounidense Lauren Berlant, la cual cuestiona la categoría de soberanía como el dominio absoluto del yo, vinculada a la constitución de sujetos intencionales, transparentes, acabados. Describe dicha categoría como “una fantasía que el reconocimiento erróneo convierte en un estado objetivo: una posición aspiracional de performatividad personal e institucional autolegitimante, con la consiguiente sensación afectiva de control ligada a la fantasía de seguridad y eficacia que dicha posición ofrece” (Berlant, 2020:181). Es por esto que considera ese término como inadecuado para hablar de *agencia* o de *autonomía*. La autora propone la noción de *agencia lateral*, desde la cual busca superar las aspiraciones liberales acerca de la autonomía de lxs sujetos, despegando dicha categoría de las nociones de intencionalidad y de soberanía, y pensarla de forma más difusa o dispersa (Macón, 2014) y siempre vinculada a los contextos en los que nos desenvolvemos, a las diferentes tecnologías con las que interactuamos para acompañar nuestro accionar, y fundamentalmente poniendo en primer plano la relación que se genera entre cuerpos con diferentes características y capacidades.

Otro término explorado en las narrativas de lxs profesionales fue el del control, y cómo interactúa con la búsqueda de autonomía de los usuarios. La cuestión del control de la vida cotidiana en el trabajo con personas internadas, particularmente aquellas que tienen un padecimiento de su salud mental, ha sido ampliamente estudiado, y se remonta a los orígenes del hospital psiquiátrico y a los modelos de abordaje de la discapacidad previos al S. XX (Palacios, 2008; Bianchi, 2019). Si bien en términos de modelos teóricos y jurídicos estos paradigmas han sido fuertemente cuestionados, resabios de aquellas prácticas perduran. Es posible ver cómo esta categoría convive en los relatos de lxs profesionales con otra, correspondiente a paradigmas más contemporáneos en relación a la atención de la salud y al trabajo en discapacidad: la noción de *cuidados*. La misma es posible entenderla vinculada a la corriente de Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericana, dentro de la cual se describe el proceso que atraviesan lxs sujetxs en relación a los diversos padecimientos de la salud como *proceso de salud-enfermedad-atención*. A partir de esta construcción teórica se busca romper con el binomio salud-enfermedad como dos extremos mutuamente excluyentes, poniendo el acento en el carácter de continuo que existe entre ambas condiciones, e integrando a la atención como parte fundamental del proceso.

En los últimos años se ha incluido dentro de este concepto a la dimensión del *cuidado*, el cual a los fines de la presente investigación se entenderá como una categoría que desborda a lo que el sector sanitario, en su acepción más hegemónica, puede hacer por la salud de las poblaciones. En su lugar, propone abordar la salud como un proceso dinámico e integral, que

fomente relaciones comunitarias, participativas, interdisciplinarias e intersectoriales, y horizontales (Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez, 2014). A su vez, esto implica entender que la mirada sobre la atención deberá modificarse, sin poner el acento en las prácticas de lxs profesionales de instituciones médicas, sino que lo que se debe mirar es el vínculo trabajadorx-usuario. Es posible leer la preocupación por la desprotección de los usuarios en relación al dinero, o por la posibilidad de estigmatización frente a la vestimenta que utilizan, como caminando en esta fina línea que existe entre el control y el cuidado, entre la normalización y la agencia, corriéndose más hacia un lado o hacia el otro en diferentes momentos, conviviendo de manera tensionada constantemente. Estas características se ven de un modo aún más claro cuando se analizan los discursos de los propios usuarios en relación a los apoyos que reciben en su vida cotidiana, y especialmente a la hora de analizar los vínculos que en esa cotidianidad se construyen.

A partir de los relatos tanto de lxs profesionales como de los usuarios es posible pensar la construcción de vínculos en esos contextos de forma variable y transformadora. Como se ve en las entrevistas, es el aspecto que más es valorado por los usuarios: la “ayuda” y la “preocupación” que muestran lxs trabajadorxs por su bienestar y salud, y las acciones que llevan adelante para que eso se vea fortalecido. Algunxs profesionales también hacen énfasis en los vínculos que se construyen en la cotidianidad, fundamentalmente aquellos que son de las áreas de enfermería, trabajo social y, en menor medida, psicología.

Acá lo que da resultado es esto de estar, y estar, y estar... y repetir, y repetir, no hay otra manera. No hay otra manera de rehabilitar, vos pensás que son pacientes en gran mayoría con muchos años de internación y las internaciones prolongadas producen iatrogenia.
(Trabajadorx social, Servicios de Rehabilitación)

No es casual que la profesión que más menciona este aspecto sea la de enfermería, ya que son las personas que más tiempo pasan con los usuarios en el día a día, que comparten muchos aspectos de la vida cotidiana, como pueden ser el momento de despertarse, o las comidas. Cabe destacar que en el caso de los servicios de rehabilitación, algunas de estas tareas han sido repartidas entre el equipo profesional como parte del objetivo compartido de conformarse como una residencia protegida, como por ejemplo el acompañamiento a la hora de almorzar. En el capítulo siguiente se abordará cómo estas estrategias se ponen en juego a la hora de pensar las trayectorias de internación y proyectos de externación de los usuarios.

VI. Capítulo 3: La participación de los usuarios en sus trayectorias de tratamiento y proyectos de externación

En el presente capítulo se analizarán los procesos de participación social llevados adelante en los servicios investigados, con el fin de comprender cómo son trabajadas las externaciones en los mismos, así como el rol que los usuarios tienen en sus propias trayectorias de tratamiento. A los fines de la presente investigación, el análisis de estos procesos resulta significativo en el marco de la Ley N° 26.657, la cual reconoce en su artículo N°7 inc. k) el derecho de las personas con padecimientos en su salud mental a “...poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades”.

La participación como derecho (en relación a la posibilidad de tomar decisiones) se encuentra de esta forma reconocida y a la vez es posible entender un matiz: al aclarar que cada persona tomará decisiones “dentro de sus posibilidades”, se reconoce la existencia de diferentes formas de tomar decisiones, como es el caso de personas que requieran apoyos para poder hacerlo. En este capítulo se analizará cómo se desarrolla la participación en los servicios investigados, entendiendo que éste es un campo en el que existen múltiples resistencias frente a los cambios de la Ley N° 26.657.

En las entrevistas realizadas fue posible ver cómo la participación era narrada en los relatos de dos formas complementarias: como parte de la internación (participación *en el* tratamiento y *como* tratamiento, pensándola desde la óptica de la rehabilitación) y como forma de relacionarse con el *afuera*. A continuación se analizarán estas relaciones.

VI.1. Participación y toma de decisiones: cómo se piensa el “adentro” y el “afuera”

VI.1.1. Mirando hacia adentro: la participación en tanto ejercicio terapéutico

CUADRO N°5: Modos de describir la participación de los usuarios en relación con su tratamiento	
Servicios de rehabilitación	Servicios de internación
En particular acá hemos dado un alta por pedido del paciente, que el paciente fue a la familia y si bien no estaban todavía dadas las condiciones por el contexto familiar... pero él pidió el alta y acá es todo internación voluntaria entonces el paciente cuando se quiere ir se puede ir. Tratamos de ver si están dadas las condiciones, en este caso sí y de hecho el paciente viene por consultorios externos, se los sigue atendiendo acá. (Enfermerx)	No se le impone, se le dice reglas de por ejemplo no llevar comida adentro de la sala, que a la hora de la medicación es a tal hora, que a la hora del almuerzo tienen que estar todos porque el camarero se va y se quedan sin comer, después no hay reclamo. Y bueno distintos horarios entre que se tienen que bañar, los horarios que se cambian las sabanas, y bueno esas de lo cotidiano, de la convivencia. (Enfermerx)
En algunos casos uno considera que si al paciente le hace bien, es bueno que venga y se trabaje con la familia, para que se ordene y que no lo excluya, y en otros casos por ahí nos metemos y preguntamos también al paciente qué quiere con respecto... Y ya ahí es otras redes, también es difícil dependiendo qué tipo de paciente. (Psicólox)	La mayoría son involuntarias, y las voluntarias existen pero son... pero de igual manera como los equipos médicos se manejan con los juzgados el involuntario muy probable es que pase a ser voluntario (Enfermerx)

<p>La verdad es que es bastante activa la participación de la mayoría. Creo que una de las condiciones de admisión y permanencia en el servicio es que justamente tengan voluntad en el sentido de saber que acá tienen que cumplir con ciertas reglas (...) Y después algunas variaciones con respecto también a las cuestiones anímicas, que quizás hay momentos que un paciente no está participando, o puede dejar una actividad o no se está ocupando de sus cosas, pero quizás también ahí justo le está pasando algo, entonces también ver en qué contexto se da eso, que no tiene que ver con que bueno no participa, sino que eventualmente o circunstancialmente está pasando por otra situación. (Psicólogo)</p>	<p>La participación es alta, el tema es que cada uno puede participar como puede. Nosotros la mitad de nuestros pacientes internados son resistentes al tratamiento y de esos resistentes al tratamiento, los que quedan internados hay un 70% que son ultra resistentes, o sea que no responden a nada. Igualmente nosotros hacemos trabajo con esos pacientes, o sea, le ponemos acompañante terapéutico, si no puede salir afuera del hospital ese AT los acompaña dentro del hospital, hacen actividades dentro del hospital, sale, toma mate, juega ajedrez, lo acompaña a la cantina para ver como gasta la plata en la cantina y como hace uso de sus recursos. (Psiquiatra)</p>
<p>[La participación de los pacientes] Es variable, depende del grado de deterioro de cada paciente. (...) No obstante lo que sí yo visualizo es que por lo menos desde el 2017 hasta ahora he visto como una mejoría en eso... Es decir pacientes que antes realmente era participación casi cero, hoy tienen por ahí una participación del uno al diez de tres o cuatro. Eran muy defectuados. En todos puedo decir que hubo un mayor aporte. De hecho por ejemplo, ellos compran algunos elementos en forma común. (Psiquiatra)</p>	<p>Y otra cosa por la que deja afuera esta ley es por... hay una entelequia que se inventó, un dispositivo de ficción, que plantea la Ley [N° 26.657] que es el riesgo cierto e inminente. antes estaba planteada en la Ley anterior la peligrosidad para sí o para terceros. Que era más amplio. (...) y pone por encima la Ley el valor de la libertad de elección de una persona sin tener en cuenta que esa persona tenga juicio o no tenga juicio conservado. (Psiquiatra)</p>
<p>No es algo directivo como puede pasar en otros servicios [el tratamiento], donde bueno vamos a hacer esto, aquello, como que la decisión la tienen los profesionales, la tiene el supuesto saber, donde el paciente tal vez se quede como al margen ¿no? De incluso de su propio tratamiento. (Trabajador social)</p>	<p>Tiene mucho más peso la palabra del compañero que la palabra mía, la mía también tiene peso pero es un peso distinto, es un peso de un par, y es la construcción de un discurso común. (Psiquiatra)</p>
<p>Que ellos puedan ver, a manera de consorcio, como si fuese una reunión de consorcio, bueno qué necesitan, qué falta, qué estaría bueno que tengan. Que lo decidan ellos, que puedan ser protagonistas de esta administración. (Trabajador social)</p>	<p>Los pacientes hay que estimularlos mucho para que participen, que es característico de pacientes con estas en... padecimientos mentales. La falta de deseo y de ganas de nada. Pero en este servicio como tenemos abierta la palabra, es un servicio que [con] el jefe sostenemos esta posición, ligada al psicoanálisis de la escucha y del valor de la palabra. (...) Participan, sí, participan mucho. (Psicólogo)</p>

(Fuente: elaboración propia a partir de entrevistas)

A la hora de hablar de *participación* es posible establecer un paralelo con lo planteado en el Capítulo 2 acerca de la autonomía, entendida desde una lente liberal e individualista, vinculada históricamente al fortalecimiento del Estado Moderno en Occidente. En este sentido, el sujeto que participa, particularmente en términos sociales y políticos, es el sujeto individual, racional y fundamentalmente ciudadano (Maffia, 2007). Existen múltiples sujetos que participan de la vida social que no encajan en esta concepción, los cuales representan un desafío para las estructuras institucionales que habitan. Las personas con padecimientos mentales y/o discapacidad son un ejemplo de dichos sujetos, por lo que se buscará cuestionar

estas concepciones liberales de la participación, y cómo se relacionan estos cuestionamientos con la práctica de la rehabilitación.

A los fines de este trabajo, se entenderá la participación como un proceso de construcción que es aprendido a lo largo de nuestras trayectorias vitales, siendo ciertas poblaciones excluidas de dicho aprendizaje debido a su carácter de “incapaces”. Estas personas, minorizadas por nuestro sistema (Muyor Rodríguez, 2019), son aquellas que no son consideradas como productoras de valor y capital social y por lo tanto su participación no es considerada necesaria, o incluso merecida.

En los relatos recabados es posible notar varios de estos aspectos coexistiendo en las experiencias de los servicios. En los SI son mencionados reiteradas veces los dispositivos grupales como el espacio privilegiado para la construcción de participación, ya que ahí es donde se generan las *leyes de convivencia* y donde es posible escuchar los relatos de los compañeros. Esta dinámica hace referencia a un tipo de participación social tradicional como son las asambleas, las cuales funcionan sobre la base de considerar a todos los sujetos participantes como iguales (Lorenzo Vila y Martínez López, 2005) en términos de capacidad y de voluntad, en decir, todos pueden participar de la misma manera y es un proceso inherentemente voluntario. Esta práctica es habitual en los servicios del hospital investigado, y si bien la puesta en práctica de ese tipo de dispositivos da cuenta de la intención de generar herramientas de toma de decisiones colectivas, cabe preguntarse hasta dónde esas decisiones tienen impacto en la cotidianeidad del servicio y en las trayectorias de los usuarios.

También fue mencionado que el encuadre del servicio a grandes rasgos está pautado de antemano (horarios, actividades prohibidas, esquema de medicación, etc) e incluso es descrito un dispositivo público de consulta con el equipo, el cual no permite la privacidad de los usuarios:

...el pase de sala, que es un dispositivo colectivo al revés, porque está todo el equipo y vamos pasando de a uno a uno a cada paciente. La entrevista es pública porque se hace en los pasillos, nosotros no tenemos al paciente al lado de la cama, no son pacientes de cama, entonces uno por uno vamos viendo a cada paciente (...). Trabajamos y tomamos decisiones en ese momento del pase de sala en relación a la dirección del tratamiento de ese paciente. (Psiquiatra, Jefe de Servicio de Internación)

Es posible ver cómo es el equipo profesional el que toma decisiones de cómo accionar en función de lo que los usuarios plantean, sin explicitar qué rol tiene el propio usuario en tratamiento.

El padecimiento en la salud mental de los usuarios fue mencionado como el principal motivo por el cual no pueden tomar decisiones o participar activamente en su proceso de tratamiento, refiriéndolo como el causante de una merma en el deseo y en la voluntad, así como un obturador de la libertad de los usuarios (ver Cuadro N°5). Esta apreciación viene a cuestionar directamente lo planteado por la Ley de Salud Mental, generando una distinción entre quiénes pueden y quiénes no pueden basada en un criterio médico-psiquiátrico, y reproduciendo una relación de poder jerárquica en la práctica cotidiana del servicio. Frente a esta caracterización de los usuarios, las estrategias que son mencionadas tienden a ser descriptas de forma inespecífica, a modo de listado: “les ponemos un AT”, “están los Cursos de Formación Profesional”¹², pero éstas no parecen ser pensadas de forma singular, para las necesidades de cada usuario, y dependerá de la responsabilidad y capacidad del usuario adaptarse a ese camino designado por lxs profesionales.

En parte esto se relaciona con el hecho de que las internaciones son en su mayoría involuntarias, debido a que muchos usuarios “no están compensados”; es aclarado por unx profesional que en la medida en que el tratamiento va siguiendo su curso se evalúa el pase a internación voluntaria, pero nuevamente la voluntad y participación del usuario no son mencionadas, siendo lxs protagonistas otrxs actorxs (el juzgado, lxs familiares del usuario) pero no el propio sujeto de cuya trayectoria se está hablando.

En el caso de los SR, es posible ver algunos elementos similares. Debido a los objetivos del servicio y a las características del proyecto de residencia protegida, lxs profesionales relataron diversos aspectos del encuadre que son condición de ingreso y permanencia en el espacio (ver Cuadro N°5), como por ejemplo la realización de actividades por fuera del servicio, o mantener las condiciones de limpieza y orden generales. En este aspecto es posible ver claramente la caracterización de la participación como un requerimiento terapéutico, en tanto se trabaja desde la lente de la rehabilitación. Si bien estas condiciones no son modificables por los propios usuarios, fue relatado por lxs profesionales que los potenciales ingresantes al servicio participan de entrevistas de admisión en las que se le comentan las características del encuadre, con el fin de que él pueda elegir si desea ingresar, y han habido casos en los que han rechazado la propuesta y no han ingresado. La posibilidad de elegir

¹² Los Centros de Formación Profesional son dispositivos dependientes de la Ciudad de Buenos Aires en los que es posible realizar cursos y talleres de oficios y diversas habilidades. Según el curso es posible que soliciten tener algún tramo de la educación formal completo (Primario y/o Secundario), pero algunos es posible realizarlos sin ese requisito. El Hospital investigado cuenta con uno de esos Centros cerca, por lo que las derivaciones y articulaciones son frecuentes.

aceptar cierto encuadre puede ser vista como una forma de participar en la toma de decisiones sobre la propia trayectoria de tratamiento, si bien esto no implica la potestad para cambiarlo. Por otro lado, fue mencionada también la merma de la voluntad de participación como una característica de la población con la que trabajan, pero la misma fue vinculada principalmente con el *defecto* o *deterioro* propio del tiempo de internación, de la trayectoria que hasta el momento han recorrido dentro del hospital, y no como una característica inherente de los usuarios en tanto personas con un padecimiento en su salud mental. Es decir, el padecimiento en sí mismo no es la causa única y directa de la falta de deseo o voluntad, sino que es una combinación de factores vinculados a la historia de vida del sujeto, particularmente en relación al tiempo excesivo de internación que la mayoría han atravesado. Frente a la falta de demanda de los usuarios, lxs profesionales presentan propuestas para poder trabajar en conjunto el deseo y la construcción de la participación.

Sin embargo, la cuestión clínica también aparece relacionada en los relatos con la posibilidad de participar de los usuarios en el caso de los SR. Como explica unx psiquiatra:

En particular el servicio, bueno, como te dije, son pacientes en general ya compensados de esa cuestión aguda donde una vez compensados no pueden externarse por diversas cuestiones que exceden a su cuestión social solamente... (Psiquiatra, Servicios de Rehabilitación)

El hecho de estar compensado es un requerimiento también de ingreso, lo cual implica una diferencia en términos de abordaje con los SI. Es por esto que en los SR se busca que todas las internaciones pasen a ser voluntarias, charlando ese proceso con los usuarios.

En los SR, si bien los usuarios cumplen con esta condición homogénea, lxs profesionales hacen énfasis en la necesidad de encontrar estrategias diferentes para cada sujeto, porque sus deseos y posibilidades van a ser diferentes. Algunxs profesionales explícitamente aclaran que en ese servicio se manejan de formas diferentes al resto del hospital (ver Cuadro N°5), dado que se tiene en cuenta la palabra de los usuarios en la toma de decisiones (por ejemplo, a la hora de trabajar la (re) vinculación con familiares, aspecto que se tratará en mayor profundidad en el siguiente apartado). Esto se puede ver a la hora de presenciar las intervenciones grupales como los diversos talleres, en los que los usuarios proponen temas para abordar según sus intereses e inquietudes, y cuando no hay ninguna propuesta, lxs profesionales acercan temas que consideran importantes trabajar con los usuarios. A la hora

de analizar las asambleas del servicio, sin embargo, la dinámica es un tanto diferente. Al decir de uno de los usuarios de los SR:

Generalmente en las asambleas de cuando se juntan los dos grupos (...) [Lx jefe de servicio], es el que se encarga de hacer la asamblea, también opina [lx psiquiatra], habla [lx trabajador social], [otrx psiquiatra] aporta algo, y... bueno todos aportan, todos los profesionales siempre aportan algo, tiran alguna idea o un consejo, o que paso esto o paso aquello, todo así. Después hablan con cada uno de los pacientes, les preguntan cómo estás, si pasó algo, si se siente bien, si estuvo cómodo el fin de semana, todo así. (Daniel, usuario de uno de los Servicios de Rehabilitación)

El aparente protagonismo que tienen lxs profesionales en el relato de Daniel también es posible presenciarlo en las asambleas de los servicios. Si bien la palabra de los usuarios circula, quien comanda la asamblea suele ser unx profesional, normalmente lx jefe de servicio. Esto implica que cuando los usuarios hablan, se dirigen hacia lxs profesionales, difícilmente a sus compañeros de Servicio:

Frente preguntas reiteradas por la salud de un compañero, y a quejas vinculadas al estado del Servicio (por ejemplo que hay muchos mosquitos o entran palomas), [lx jefe de servicio] responde “Saltar diciendo que no nos ocupamos me parece desproporcionado”. Ahí se pregunta qué les molesta del Servicio y todos comienzan a explicar, por ejemplo [un usuario] dice que quiere empezar terapia. No se hace una respuesta concreta a estas quejas, más allá de que las irán solucionando, y [lx jefe de servicio] expresa la necesidad de que “pongan una hora para cortar con el wi-fi” por las noches, planteando así otro tema vinculado a la convivencia. (Registro en cuaderno de campo, 25/3/2019)

Entendiendo a la participación como una construcción, es posible ver los intentos de construir esa participación habilitando la palabra y la queja por parte de los usuarios, mientras que también se hacen ver las resistencias que las estructuras hospitalarias ejercen: la palabra profesional es la que resuena con más fuerza, como poseedora de saber y autoridad.

VI.1.2. Mirando hacia afuera: la participación como ejercicio de ciudadanía

En términos generales, en los relatos de lxs profesionales la participación es entendida como un aspecto fundamental no sólo de su tratamiento, sino también como práctica para lo que venga después de la internación: como práctica para el *afuera*. Entendiendo la participación como una construcción, esta forma de práctica serviría como una forma de aprender (o

re-aprender) a participar, y ese aprendizaje es posible lograrlo ejerciendo esa participación, teniendo injerencia real sobre la propia trayectoria vital, y sobre los entornos colectivos de los que se forma parte.

CUADRO N° 6: Modos de describir la participación en relación con el “afuera” institucional	
Servicios de rehabilitación	Servicios de internación
[Cuando no se puede trabajar con las familias] se trabaja con el paciente y que la red la forme en otros lados, o en un taller o en un curso, con los propios compañeros de acá, que la red sea de otra índole (Psiquiatra)	Los miércoles también hay otro dispositivo que es cada dos semanas que se llama taller de [baile] (...) Nosotros tenemos en relación a lo que debe ser un dispositivo de [baile] para psicóticos abierto a la comunidad, viene mucha gente de afuera también. Nosotros vamos afuera también a bailar (...), hacemos salidas, con los pacientes, y con la gente de [baile]. (Psiquiatra)
Hay quienes no tienen familia entonces hay que armar otras redes, hay quienes no tienen problema para manejarse socialmente y hay quienes les cuesta un montón, como que me parece que lo mejor es recuperar de cada uno los recursos que tiene y laburar sus falencias y muchas veces como que ellos se acompañen, que no tenga que ser uno el que lo acompañe a hacer el trámite sino bueno el que sabe hacer el trámite que te acompañe y que te ayude porque no se nos sucede a nosotros también en la vida cotidiana, y eso está bueno porque empodera al que puede y también quita ese poder del profesional, ese paternalismo, no es lo mismo que me acompañe un par que que me acompañe la trabajadora social. (Trabajadorx social)	Teníamos terapeuta ocupacional asignada al servicio (...) Tener una TO todos los días se nota el trabajo. Uno siempre piensa en la rehabilitación y tratamos, no sé, de hacer derivaciones. Ya te digo, acá parte de los talleres, ya te digo de [baile], hay asamblea, siempre tratamos de por ejemplo en los cursos del Centro de Formación Profesional de derivarlos, esta sí de que el paciente pueda acceder participar y salga del servicio, la realidad es que todo eso uno lo puede hacer a la mañana (Trabajadora social)
Estamos empezando a que los pacientes vayan y pidan el turno, nos digan cuándo es y nosotros los ayudamos: "Bueno yo te voy a hacer acordar, enfermería te va a hacer acordar para si necesitas una preparación la tengas". Pero es esto, que empiecen a circular y a utilizar los recursos de la comunidad. Entonces aunque estén internados que haya una circulación por la vida social, por la comunidad por afuera que no sea todo acá adentro, esto es un poco el objetivo que tenemos en este servicio, en este dispositivo, a diferencia de otros. (Trabajadorx social)	Frente a ese otro que no está manicomializado el comportamiento de los pacientes se socializa, se normativiza, y reaccionan y responden no como locos reventados. Entonces quiere decir que hay algo de la falta de lazo social y de la falta de perspectiva hacia la reinserción social que enloquece, a ellos y a nosotros. Porque laburamos, laburamos y laburamos para que estén afuera pero no hay ninguna duda en esto también lo dijo Freud que el trabajo es un ordenador de salud mental. (Piscólogox)
Hay pacientes que votan, les buscamos el lugar dónde votan, y los que tengan interés hablamos de la importancia de asumir esa responsabilidad de elegir a nuestros representantes, hablamos. A veces se producen discusiones porque yo veo que profesionales bajan línea, entonces digo “bueno, bueno” viste. Es como difícil pero de hablar de las realidades en qué los beneficia o no determinado partido político, sí lo conversamos. Y los que tienen hay algunos que no tienen interés y otros que sí, que les interesa, entonces buscamos por internet las mesas, el lugar, la mesa donde les toca votar y ese día votan. (Trabajadorx social)	

(Fuente: elaboración propia a partir de entrevistas)

La significancia de esta dimensión en los relatos de lxs profesionales se vincula con la tradicional dinámica de los hospitales psiquiátricos en tanto instituciones totales. En este tipo de instituciones “la tendencia absorbente o totalizadora está simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y al éxodo de los miembros...” (Goffman, 2001:18). La Ley N° 26.657, desde su impronta desmanicomializadora (Heller, Petrella y Vilarnovo, 2013), busca romper estas barreras entre el adentro y el afuera. Si bien, como explica Goffman, muchas veces éstas consisten en separaciones físicas (como puertas cerradas, muros, etc), es posible reconocer separaciones simbólicas o materiales (como pueden ser los impedimentos económicos para la sustentabilidad de la externación) que tienen aún mayor peso en las trayectorias de los usuarios.

En los SI, fue mencionado en diversas ocasiones un taller de baile en el cual participan personas “de la comunidad”, es decir, que no se encuentran internadas en el hospital. El mismo, si bien funciona intra-muros, es una forma de conocer e interactuar con personas ajenas al entorno más inmediato y cotidiano, lo cual fue descrito por unx profesional como “socializador” y “normativizador” del comportamiento de los usuarios. Más allá de esta intervención, y algunas menciones a los Cursos de Formación Profesional, las articulaciones con otros dispositivos o espacios por fuera del Servicio y/o del Hospital no son tan fácilmente implementadas, ya que como describió unx trabajador social “todo eso uno lo puede hacer a la mañana”. Cabe destacar que la mañana es el momento en que hay presencia de profesionales en los servicios, más allá de enfermería, y es el momento del cotidiano en que lxs trabajadorxs pueden acompañar los procesos de los usuarios y atenderlos desde sus respectivos campos. Si los usuarios en ese momento se encontraran fuera del servicio, impediría esa interacción cotidiana.

Es posible vincular esta resistencia que se presenta en la dinámica cotidiana de los SI con lo que Agnes Heller (1991) nombra como el tiempo y espacio cotidianos, los cuales se encuentran indisolublemente ligados y hacen a la experiencia del contacto cotidiano entre sujetos. En el caso de los SI, es posible ver que la definición de esos tiempos y espacios es potestad del equipo profesional, priorizando la actividad *interna* al servicio por sobre la actividad que se sostiene en el *afuera*.

Esto contrasta sobremanera con lo planteado por lxs profesionales de los SR. Como fue mencionado con anterioridad, la participación de actividades por fuera del servicio es un requerimiento de ingreso. Y la dificultad que esto implica en la dinámica de atención de lxs profesionales es mencionado explícitamente por unx psicólogx en su relato; la conclusión de estx profesional es que es prioritaria la actividad de los usuarios por sobre los días de

consulta, y que es necesario adaptarse a los tiempos de ellos, no al revés. Asemejando esta dinámica a la de una vivienda, explica cómo es posible para los usuarios olvidarse que tenían terapia, o confundirse de día, como parte del proceso de habituarse a manejar los propios horarios y la propia cotidianeidad, que antes era puramente una responsabilidad depositada en el equipo profesional. Este proceso es acompañado por lxs profesionales, especialmente en lo que refiere a los turnos médicos, los cuales también se alienta a que se organicen por fuera del hospital. Si bien esta carga recae principalmente en enfermería, se busca que progresivamente sea tarea de todo el equipo, encuadrándose en los esfuerzos de rehabilitación que forman parte del trabajo de los SR.

En el caso de éstos servicios, la relación con el “afuera” del hospital cuenta con otras aristas mencionadas por lxs profesionales. Un objetivo claro del proyecto de residencia es la relación con la comunidad más amplia, no sólo para que los usuarios puedan participar y nutrirse de esos intercambios, sino también para cambiar la mirada que existe sobre los pacientes de la institución. En este sentido fueron mencionadas diversas formas de construcción de esta participación. En primer lugar fue nombrado por lxs profesionales la importancia de fomentar la construcción de vínculos de amistad y compañerismo (ver Cuadro N°7) entre los usuarios como forma de ampliar las redes vinculares y que no recaiga la responsabilidad del cuidado y el acompañamiento en los familiares exclusivamente. Éste aspecto también fue mencionado como una forma de romper el “paternalismo” del acompañamiento profesional, como única palabra autorizada en la cotidianeidad. Si bien los espacios de construcción de amistad fueron mencionados también por los SI, es notorio que dicho proceso se encuentra circunscripto a un espacio particular, motorizado por unx profesional, y no forma parte de la cotidianeidad general del Servicio.

Por último, lxs profesionales de los SR acompañan el ejercicio del derecho al sufragio de los usuarios, el cual es considerado la actividad de participación ciudadana por excelencia. Si bien lx profesional que relató esta experiencia explicó las dificultades que tiene el acompañamiento de este ejercicio en personas que han estado durante décadas privadas del incentivo de participar, también fue nombrado como un aspecto importante del trabajo de rehabilitación. Es posible entender este trabajo como una forma de re-ciudadanizar a los usuarios, que han estado por fuera de esas estructuras durante una parte significativa de sus vidas, dado que en su mayoría sus trayectorias de tratamiento se caracterizan por internaciones de larga duración.

En el apartado siguiente se abordará cómo los profesionales de cada servicio describen los procesos de internación de los usuarios, y cómo se organizan las intervenciones en función de dichos procesos.

VI.2. Procesos de internación: ¿objetivo final del tratamiento?

Según el informe del primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (SS, 2019), realizado entre el 2018 y el 2019, a 6 años de la reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657, en el país habían 12.035 personas internadas en instituciones monovalentes, la mitad de las cuales residían en instituciones del sector público y la otra mitad, en el sector privado. Asimismo, el informe sostiene que tan solo 36,4% de las personas internadas presentan riesgo cierto e inminente para sí o para terceros¹³, mientras que el 37,2% se encuentran internadas por “problemas sociales y/o de vivienda” según el equipo tratante, lo cual da cuenta de un elevado porcentaje de personas internadas sin motivos clínicos acordes a la ley. Otro aspecto relevante del informe indica que el tiempo promedio de internación de las personas censadas era de 8 años, estando el 25,3% de la población hospitalizada hace 11 años o más, lo cual interroga acerca de la eficacia de la internación como tratamiento de salud mental.

Estos datos dan cuenta de las dificultades en la implementación de los objetivos de la Ley, y es uno de los motivos por los cuales el proyecto de residencia protegida fue presentado. En palabras de un x de los jefes de servicio de los SR, refiriéndose a la redacción del proyecto:

Esto es una declaración más que nada. Es decir, lo que intenta la residencia asistida... deberá dar respuesta a las situaciones de padecimiento subjetivo que quedan por fuera de las modalidades de abordaje existentes en las cuales la institucionalización y la internación constituyen internaciones excesivas y iatrogénicas. Ofrecer alojamiento, materiales simbólicos destinado a personas que estén atravesando padecimientos subjetivos y que requieran de un espacio de residencia transitoria. (Psicólogo, Jefe de Servicio de Rehabilitación)

¹³ En el Artículo 20 de la Ley N°26.657 se estipula que “La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar: a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra; b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento; c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera”.

En este sentido, el “afuera” de la institución se encuentra presente en la cotidianidad del trabajo en estos servicios. Cómo se define este *afuera*, así como las trayectorias que llevan al mismo, tiene múltiples dimensiones que se analizarán en el presente apartado. Dentro de los relatos que refieren a los procesos de externación de los usuarios en ambos servicios, es posible encontrar diversos ejes que se superponen.

VI.2.1. Trabajo con redes familiares y vinculares

CUADRO N°8: Modos de trabajo con las redes vinculares en pos de la externación		
	Servicios de rehabilitación	Servicios de internación
Trabajo con redes familiares	Si uno no hace psicoeducación con la familia, ¿cómo ese paciente vuelve a esa casa? Si nada se modificó en esa familia. Lo mismo que lo enfermó, lo va a volver a enfermar, lo mismo que lo descompensó, lo va a volver a descompensar. Si uno no trabaja con la familia para mí es fundamental, pero no todo el mundo está de acuerdo, no todo el mundo. (Trabajadorx social)	Tener referentes afuera es vital. Es casi... digamos familia, referentes, amigos, para pensar en la externación. Obviamente que hay familias que son muy difíciles y que están y que uno no puede pensar que el paciente se externe y se incluya en esa familia, pero si hay afuera cierto referente el cuadro del paciente, o sea el estado de compensación y la patología que esté... digamos que logre cierta estabilidad (Trabajadorx social)
	Se está haciendo un trabajo de revinculación, mañana justo tengo que ir al juzgado para tener una reunión con esa familia porque no quieren venir al hospital y el paciente tiene problemas de adaptarse a ellos. Entonces bueno, eso se hará en sede judicial y ahí hacemos un proceso de revinculación que a veces es muy difícil, si ese proceso falla el paciente no puede ir a ese lugar, muchas veces los jueces dicen: “Le tienen que hacer un lugar en la casa, ¿no tiene lugar? Bueno, le tienen que cerrar acá y ponerle una cama”. Pero después los maltratan. Entonces el paciente no quiere ir así. (Psicólogox)	Le damos a la familia la posibilidad de estar en los otros dispositivos, tanto el dispositivo de [conversación] que es abierto a las familias, como el dispositivo de consulta externa de grupo de medicación. Que viene el familiar y el paciente. Y antes de irse de alta los pacientes empiezan a irse a ese dispositivo que van los externos. Entonces nosotros articulamos así el abordaje de la resocialización, de revinculación familiar, de entendimiento de la familia, de lo que es la enfermedad. (Psiquiatra)
	Nosotros hemos visto familias directamente tóxicas y que ponían palos en la rueda y que, bueno, maltratos a los pacientes, todo eso... en general o muchas veces es por parte de las propias familias... O sea cuando la familia es continente o ayuda fenómeno, hay que incluirlos. Pero cuando uno ya detecta que es tóxico y que verdaderamente ponen dificultades bueno que tomen distancia el paciente de la familia un poquito. A ver, no es que se los obliga a que no los vean, sino que se tiene que trabajar con autonomía y trabajar las redes y los vínculos que sean por fuera de la familia. (Psiquiatra)	El que la tiene más difícil siempre es el que no tiene familia. Y hay muchos. Básicamente, y por lo contrario el facilitador de que se le dé al alta al paciente, de que se vincule otra vez con el afuera, también es el familiar. (...) Yo desde enfermería no se trabaja mucho con el familiar, sí se trabaja en el sentido de que se le dice cómo es el manejo, cómo manejarse. (Enfermerx)

Trabajo con otras redes	Había pacientes que decían "no, no yo un geriátrico ni loco", qué se yo, y los pacientes lo iban a visitar al geriátrico y esas cosas de empezar a que circulen. Un paciente que no se quería ir porque decía que por la claraboya le iba a entrar gente entonces él tenía temor de que le robaran y yo fui a hacer la visita domiciliaria. La claraboya era nada, pero para que él se quedara tranquilo como había otro paciente que era maestro mayor de obras le puso una reja en la claraboya y se fue de alta. Pero estas cosas si vos no las hablás y no las vas y las constatás y vas con el paciente y lo acompañás y ves... (Trabajadorx social)	[El trabajo con familias y pacientes] ahora lo estoy haciendo en un grupo que creé este año (...) que son media, tres cuartos de hora, todos los días nos reunimos a charlar de lo que sea para construir amistad (...). Se busca justamente esto, el entramado con los compañeros, generar amistad. Antes a esto se le decía familia sustituta.
-------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(Fuente: elaboración propia a partir de entrevistas)

En lo que refiere a las menciones del trabajo con las familias de los usuarios, es posible ver diversas similitudes en los relatos recabados. En primer lugar, la “falta de familia” es nombrado como uno de los principales factores que causan externaciones prolongadas. Es muy habitual la aclaración de que las familias mencionadas no son “familias continentales”, explicando que muchas veces las familias que se encuentran presentes son “patológicas” o “tóxicas”. La presencia de familias “sanas” es nombrada también como un factor que facilita los procesos de externación, frente a la percibida ausencia de dispositivos adecuados para articular y derivar personas que necesitan apoyos para la vida cotidiana, pero se encuentran en condición de alta psiquiátrica (aspecto que se elaborará en mayor profundidad más adelante). En términos de Danani (2004), esta postura constituiría una estrategia de *familiarización* del cuidado, la cual profundiza las tendencias privatizantes e individualizantes que el sistema capitalista promueve a la hora de pensar en la gestión del bienestar. En los relatos recabados, se nombra reiteradas veces la responsabilidad no sólo de las familias sino también del Estado en garantizar el cuidado de los usuarios en sus procesos de externación, lo cual en términos de Esping-Andersen (1993) constituye la principal forma de desmercantilización del bienestar. Sin embargo, hay un tercer eje que fue mencionado, aunque en escasas ocasiones: esto es, la construcción de redes comunitarias que permitan sobrellevar las responsabilidades de cuidado.

En este sentido, lxs profesionales mencionaron algunas estrategias vinculadas al trabajo que se lleva adelante cuando no es posible trabajar con las redes familiares primarias. Como fue mencionado anteriormente, en ambos servicios se relató el trabajo llevado adelante a partir de la “construcción de amistad”, aunque con connotaciones y estrategias diferentes. En el caso de los SI, no fue mencionado de qué modo esta conformación de vínculos es trabajada, ni

cómo contribuye a la construcción de proyectos de externación. El usuario entrevistado de los SI de hecho expresó una sensación de distancia con sus compañeros, por sentir que los padecimientos que ellos expresan son de mayor gravedad a lo que él siente.

Mi estadía fue como todas, algunas veces es muy difícil sostener la convivencia con todos dentro del manicomio.

[Pregunta: ¿En que sentido?]

La convivencia en todo, manejar el carácter, las ilusiones, las persecuciones, la enfermedad, estar todos los días conteniendo, asistiendo o evadiéndose de una persona o de muchas personas que están totalmente muy faltas de... ¿cómo te puedo decir? Del esquema social (...). Y eso te hace estar permanentemente disperso, a veces con mucha tensión, sobre todo en los pacientes que están mucho peor que uno. (David, usuario de Servicio de Internación)

En el caso de los SR, fueron mencionadas anécdotas y ejemplos de estrategias de colaboración construidas junto con los usuarios para contribuir al proceso de rehabilitación y de eventual externación. Estas estrategias fueron implementadas con el objetivo explícito de fortalecer la autonomía de los usuarios, entendiendo que esa autonomía se construye en conjunto con otras personas. La singularidad de las situaciones que presentan cada usuario es una parte importante de este proceso, y es un objetivo del proyecto de residencia protegida. La predominancia de abordajes grupales en los SI fue nombrada por lxs profesionales como una forma de poder sostener la atención no sólo de las personas que se encuentran internadas, sino también de quienes acuden al servicio para atención ambulatoria. En este sentido, las condiciones materiales en las que se lleva adelante la tarea en el Servicio vuelven a aparecer en los relatos como un condicionamiento de importancia a la hora de pensar estrategias que tengan en cuenta las singularidades de cada situación problemática. Esto lleva a poner el acento en otro de los puntos que fue mencionado como uno de los principales aspectos que dificulta el trabajo en los servicios, especialmente a la hora de pensar en proyectos de externación: las políticas públicas en materia de salud mental.

VI.2.2. (In)suficiencia de las políticas públicas en materia de salud mental

CUADRO N°9: Relación del trabajo en pos de la externación con políticas públicas en materia de salud mental	
Servicios de rehabilitación	Servicios de internación

<p>Sí, había 1500 ahora hay 500 y pico internados. Es decir, esos pacientes fueron reciclados de distintas maneras, porque ya eran grandes y fueron a hogares, o porque la familia se los llevó, o porque se les dieron pensiones, o porque simplemente el hospital sigue teniendo 1000 y algo de internaciones y 1000 y algo de externaciones, están manteniendo un giro de esa calidad. Y como no interna la justicia, evidentemente bajó el número. Y esto a veces es bien visto y mal visto por otro lado, porque hay gente que “como no tenemos internados vamos a cerrar nosotros el hospital”. Nosotros estamos tratando de adaptarnos a las nuevas cosas, por ejemplo hay menos internados y hay más pacientes externos, la mayoría de los servicios funcionan como consultorios externos, ¿entendés? (Psicólogo)</p>	<p>Una vez en planta yo me hice cargo de un servicio que estaba sin jefe de servicio, por licencia, que era el servicio (...). Estuve 6 meses ahí. Eran servicios que tenían 40 pacientes, no tenían 20 pacientes como ahora. (...) En el año 2005. El hospital lo achicaron, lo achicó la gestión de Ibarra, la gestión de Telerman, y tuvo ese achique la cuestión de Mauricio Macri, el que empezó con el achique del hospital fue Ibarra. (...) Lo achicaron en cantidad de pacientes, y en cantidad de profesionales. Y en cantidad de servicios. (Psiquiatra)</p>
<p>Habida cuenta de que no tienen familia, o la familia que tienen no es continente, que la casa de medio camino es medio camino, tiene un tiempo determinado y además los pacientes que van ahí se supone que después de ese medio camino van a ir a una posibilidad de trabajo o a una posibilidad de insertarse de otra manera en la sociedad. (Psicólogo)</p>	<p>La nueva Ley es muy bonita pero no hace un choto. Y lamentablemente se junta el hambre con las ganas de comer, se juntó la derechización del neoliberalismo que quiere destruir todo lo que pueda tener que ver con la educación y la salud pública con una nueva ley de progres al pedo... eso traducilo como te parezca. (Psicólogo)</p>
<p>Esto es un intento de eso. Y lo otro es sustituir al hospital por dispositivos intermedios que el gobierno creo que hizo uno o dos, entonces es imposible pensar que los hospitales monovalente dejen de funcionar si no se generan los dispositivos intermedio, y no hay voluntad política para hacerlo, entonces a veces nosotros estamos en medio de un sandwich. (Psicólogo)</p>	<p>No estoy de acuerdo con la desmanicomialización, eso es una chantada. La desmanicomialización probablemente funcione en Italia con Basaglia, con fundamentos X o Y o en Río Negro donde los pueblos eran chicos y eran alojados los pacientes reinstalados, reinstituídos en una comunidad. ¿Pero en las urbes a donde los mandas? (Psicólogo)</p>
<p>Mirá, nosotros dependemos... somos un hospital público. Y necesitamos del Estado que nos dé la respuesta. Y no la estamos encontrando. Porque nos habían prometido las casas de medio camino que si funcionan bien sería como un complemento de esto, poder trabajar articulados con estas casas de medio camino, pero no las hay. Entonces nos encontramos con esto: bueno yo tengo este paciente en condiciones de alta, no tiene familia, pero está en condiciones de vivir afuera, ¿que hago? Si no conseguimos un subsidio habitacional, si lo conseguimos genial, se va a una pensión, y lo vamos monitoreando de ahí, ¿pero si no lo tengo? (Enfermerx)</p>	<p>Eso lleva muchas veces a que la externación del paciente se vea dificultada. Se vea dificultada. El paciente con la cuestión social muchas veces lleva a que el paciente se haga crónico, dentro del hospital, sin la posibilidad porque ¿qué pasa? Está bien, me decís que existen dispositivos afuera, pero dispositivos que están afuera llega un momento que están colapsados también. (...) Te encontrás que no tiene salida (...) Es un cuello de botella que lleva a que los que están dentro del hospital los días cada vez se hagan más largos, las semanas, los años. (Enfermerx)</p>

(Fuente: elaboración propia a partir de entrevistas)

Así como la “falta de familia” fue mencionada reiteradas veces como un obstáculo en las trayectorias de tratamiento de los usuarios, también lo fue el estado de las políticas públicas existentes al momento de realizar la investigación.

Ambos grupos de profesionales expresaron críticas similares a la hora de analizar la situación del sistema de salud, específicamente en relación a la salud mental, en la Ciudad de Buenos Aires. Consideran insuficientes los dispositivos disponibles a la hora de pensar la atención posterior a la compensación, nombrándolos como “dispositivos intermedios” en términos generales, o como “casas de medio camino” en términos más específicos.

Existen también algunas diferencias en los relatos recabados: en primer lugar, los SI mencionan a esta ausencia de herramientas y respuesta del Estado como el principal motivo de las “cronificaciones” de los usuarios, es decir, la recurrencia de internaciones prolongadas más tiempo del que terapéuticamente se considera adecuado, ya que los usuarios se encuentran compensados de su padecimiento pero no cuentan con medios (económicos y/o en términos de apoyo) adecuados para poder vivir por su cuenta. En contraste, lxs profesionales de los SR mencionan al “hospitalismo” o a la “cronificación” como causante de las internaciones prolongadas, es decir, el camino inverso. Esto implica una apreciación diametralmente opuesta en relación a la responsabilidad por llevar adelante acciones vinculadas a la construcción de proyectos de externación. Si bien lxs profesionales de los SR mencionan la relación entre el trabajo de rehabilitación y el evitar que las internaciones se extiendan por sobre el tiempo terapéuticamente necesario, no circunscriben estas acciones exclusivamente a la creación de nuevas instituciones sino que expresan la potencialidad de las propias instituciones monovalentes (como el hospital en cuestión) para llevar a cabo este trabajo de transformación. Un obstáculo para desarrollar estas tareas, sin embargo, son las condiciones de trabajo que se viven en las instituciones de salud de la Ciudad de Buenos Aires, las cuales fueron referenciadas en el capítulo anterior.

Otra diferencia fundamental que se puede encontrar en los relatos recabados se vincula a la perspectiva que tienen lxs profesionales en relación a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Aún 13 años luego de su sanción, esta ley sigue ubicándose como un parteaguas dentro del campo de la salud mental, recibiendo críticas desde diversos sectores.

En el caso de los servicios entrevistados, lxs profesionales de los SI tienden a tener una mirada más crítica hacia los cambios propuestos por la ley. Empezando por cuestionar la posibilidad de llevar adelante un proceso desmanicomializador en grandes urbes, la principal crítica que fue mencionada se relaciona con la complicidad de los planteos de la ley al modelo neoliberal impulsado por sucesivas gestiones del Gobierno de la Ciudad. Esta complicidad se traduce en un “achicamiento” del hospital, en relación a la cantidad de trabajadorxs y a usuarios internados.

En contraste, lxs profesionales de los SR explican que la reducción en cantidad de usuarios internados se vincula con el pase a tratamientos ambulatorios, y la derivación a otros dispositivos. Con las críticas que expresaron, más relacionadas a la falta de presupuesto para la implementación de la ley, en general se mostraron de acuerdo con los objetivos políticos de la misma, los cuales se vinculan con los objetivos terapéuticos del equipo. Las posturas de lxs profesionales de los SI se encuadran en lo que lxs entrevistadxs de los SR nombraron como la

“persistencia de paradigmas viejos” como un obstáculo para poder construir proyectos de externación exitosos.

VI.2.3. Estrategias elaboradas por los equipos de trabajo en pos de la externación

CUADRO N°10: Descripción del trabajo en el Hospital en pos de la externación	
Servicios de rehabilitación	Servicios de internación
Este servicio no tiene un tiempo de estadía determinada y puede ser que estén años sin caer en el hospitalismo porque funciona como residencia, tampoco se piensan tantas estrategias de externación, porque esto es como... no es que esto sea externación, pero sí está pensado como un espacio después de la internación. Son pacientes que están en condiciones de alta. (Trabajadorx social)	Los pacientes vienen martes y jueves y hay un grupo donde también uno cuenta la experiencia de que pasa con la medicación, cómo la toma, si no la toma qué pasa y demás. Y en el otro participa las familias y vienen acompañados, y los pacientes que están internados que también quieren participar y que están en proceso de externación también se incluyen y bueno, empiezan a ver todo este tema de cómo va a ser los que están internados, cómo va a ser cuando esté afuera (Trabajadorx social)
Es raro, porque como seguimos estando dentro del Hospital y el paciente sigue figurando como internado, pero se propone como un dispositivo para después del hospital. Son estos dispositivos que propone la Ley, esto trata de funcionar como un dispositivo comunitario de los que propone la Ley, pero por cuestiones políticas, internas y qué sé yo cuesta que nos reconozcan como un servicio que no es del Hospital sino como una residencia con alto grado de apoyo. (Trabajadorx social)	Algo que yo no lo había visto en otros servicios, por lo menos donde yo estaba no se hacía, es todo el tema con los pacientes ambulatorios que son muchos. Una vez que alguien se va de alta puede continuar en el servicio de forma ambulatoria, no es que uno lo deriva a consultorios externos, y para poder llevar todo ese número de pacientes la forma y viendo la cantidad de profesionales que siempre son escasos, la intervención grupal me parece que hizo a que se pudiera sostener. (...) Hay, no sé, ponele 50 pacientes ambulatorios promedio digo, es un montón. (Trabajadorx social)
Y después este tipo de dispositivos diversos, no solamente residencias, sino dispositivos con diversos grados de apoyo, eso es lo que falta. Todo lo que hay está en el Hospital, el Hospital de Día es del Hospital, el Hospital de Noche también, todas las los cambios o las modernizaciones en realidad siempre fueron surgidas desde el Hospital. Que no alcanzan, porque siempre la cantidad de pacientes que manejamos es altísima, sobre todo, digamos, pueden haber disminuido la cantidad de pacientes internados, pero eso quiere decir un aumento de pacientes que se atienden ambulatorio, entonces los que atendés de forma ambulatoria tenés que ver si no necesitan después un Hospital de Día o un no sé, algún lugar digamos que se sientan alojados durante el día... (Psiquiatra)	[Pregunta: ¿Cuánto suelen durar las internaciones?] Depende de cada persona, nosotros no tenemos un tiempo que decimos “bueno a los 6 meses se tiene que ir”. Si viene muy complicado clínicamente o socialmente, si viene indocumentado, tuberculoso, cubrimos todas esas instancias y tratamos de que salga por lo menos con una pensión, o sea evitar la puerta giratoria. (Psiquiatra)
Yo lo tuve de paciente a [Camilo] que hace 40 años que está en el hospital, pero ya el juez sostiene que el mejor lugar para el paciente es este lugar porque ya hizo su red social, tiene como todo construido acá. Entonces en un caso así también una externación sería difícil. De hecho, un supervisor que viene, que no es del Hospital, es externo, y viene a supervisar casos de acá, hablaba a veces de la externalización en la institución. Pensar modos de hacer lazos con el afuera pero sin que viva afuera. (...) La posibilidad de trabajo con cada paciente si no es la externación decís bueno, ¿cuál es? Y capaz el lazo puede ser el lazo social, lo que genere, intramuro, extramuro, pero aunque viva acá. (Psicólogox)	[Pregunta: ¿Se articula con dispositivos de externación?] Sí, se hace, Hospital de Día, Hospital de Noche, muchas veces a otras instituciones... (...) Instituciones que, porque hay pacientes que tienen obra social y bueno a los que tienen algún tipo de adicción, alguna granja, lugares como otras clínicas psiquiátricas, y dispositivos también hay de Hospital de Día y de Noche fuera del Hospital. (...) Tienen que tramitarla primero. Comunicarse con el lugar, tramitar... y tienen que esperar el ok, si aceptan, si da con el perfil que quieren ellos, el tipo de paciente. (...) Sí, es frecuente. No a gran número, es contado con los dedos, pero se hace. (Enfermerx)

(Fuente: elaboración propia a partir de entrevistas)

Frente a esta certeza expresada por lxs profesionales entrevistadxs acerca de la falta de recursos y herramientas para trabajar en pos de la externación de los usuarios, fueron relatadas diversas estrategias que se llevan adelante desde el hospital para poder sortear estas trabas.

En primer lugar se encuentra el caso del proyecto de residencia protegida que llevan adelante los SR. En diversas ocasiones, lxs profesionales describieron el proyecto como el producto de los esfuerzos de lxs propixs profesionales involucradxs, enfrentando resistencias y obstáculos burocráticos y políticos.

La realidad es que si sobre todo [lx jefe de servicio] me parece, y seguramente algunos otros profesionales, no hubiesen insistido con hacer esto, esto no existiría. (Trabajadorx social, Servicios de Rehabilitación)

Con la nueva Ley de Salud Mental se nos incorpora a enfermería como parte de un equipo interdisciplinario, entonces la propuesta de [lx jefe de servicio] cuando me convoca para formar parte del equipo me pareció interesante, porque antes nunca habíamos trabajado, no éramos considerados parte de un equipo interdisciplinario, de hecho cumplíamos nada más que las indicaciones médicas y no teníamos ningún aporte a lo que era un equipo (Enfermerx, Servicios de Rehabilitación)

Esta descripción es acompañada por los relatos de los usuarios entrevistados, los cuales mencionan lo diferente que es el trato en estos servicios, al dar ejemplos sobre cómo las intervenciones cotidianas de lxs profesionales divergen del trato al que estaban habituados en otros servicios e instituciones:

Y no me cabe ninguna duda que estoy en el mejor dispositivo. No me cabe de todo lo que yo conozco, no me cabe ninguna duda. Así que estoy más que conforme.

[Pregunta: ¿Y por qué?]

Porque hay un trato de todos los trabajadores de acá de la salud intenso, hay un seguimiento del paciente muy muy, muy intenso y, o sea, todas las personas que trabajan acá se las ve muy comprometidas... (Silvio, usuario de los Servicios de Rehabilitación)

En términos más generales, diversxs profesionales de los SR explicaron cómo las herramientas que existen para pensar estrategias de externación se crearon desde el Hospital, como los dispositivos de Hospital de Noche y Hospital de Día. Estos impulsos de

transformación llevan a equipos de trabajo sobre-exigidos y que encuentran una limitación muy clara en las posibilidades que tienen de trabajo, ya que los recursos son limitados, así como la energía y disponibilidad de trabajo. Esto se contrasta con lo planteado por otrx profesional, mencionado en el capítulo anterior, acerca de la necesidad de modificar las formas de trabajo de los servicios para pensar la rehabilitación de forma integral, sin la necesidad de que sea un dispositivo específico.

Otra aparente contradicción que puede destacarse en los relatos de lxs profesionales de los SR se vincula con el rol que tiene la externación en la construcción de trayectorias de tratamiento dignas. Por un lado, es posible destacar relatos que sostienen que es necesario trabajar pensando en el “afuera”, “mirando la puerta”, lo cual también es expresado por profesionales de los SI. En dichos servicios, la importancia de la externación apareció en los relatos con una dimensión marcadamente significativa, aunque la misma implique ir a un “afuera” en el que no tengan seguridades habitacionales o de ingresos, más allá de un subsidio habitacional o un lugar en un parador para personas en situación de calle.

Por otro lado, dentro de los SR fue mencionado por diversxs profesionales la importancia de la rehabilitación por sobre la externación como objetivo. En este sentido, surge en los relatos la posibilidad de trabajar la calidad de vida y de la salud de las personas en tratamiento “puertas adentro”, y a la vez evitar la cronificación o el hospitalismo porque siempre se trabaja *con* el afuera. Unx psicólogx lo explicó como “externalización en la institución”, en palabras de un supervisor del servicio. Es posible de este modo ver cómo, bajo esta mirada, se genera una suerte de homeostasis entre el adentro y el afuera, esa barrera rígida del manicomio se vuelve porosa, y es posible empezar a pensar el Hospital como parte del afuera (como es el caso con lxs usuarixs de consultorios externos o de atención ambulatoria), en lugar de como una condena al encierro perpetuo.

VI.3. Consideraciones parciales: externación ¿vs.? cronificación. Caminos posibles en un contexto de múltiples dificultades

Entendiendo los debates acerca de la participación en el tratamiento y la construcción de proyectos de externación como una discusión análoga a la planteada acerca de la autonomía en el Capítulo 2, lo presentado en este capítulo invita a realizar diversas preguntas.

En primer lugar, se hace aparente que las condiciones materiales de trabajo de lxs profesionales afecta de manera directa las intervenciones que hacen, o incluso las que consideran como plausibles de realizar. Estas barreras materiales, vinculadas en los relatos de ambos servicios con resistencias de índole político (ya sean internas del hospital o a nivel de

la Ciudad de Buenos Aires), tienen un impacto concreto en la capacidad de una parte de lxs profesionales de vislumbrar posibles caminos por fuera de la inercia institucional y los caminos estereotipados. Es posible relacionar esto con los relatos de los SI, en los cuales se da cuenta del lugar incuestionado que tiene la palabra de lxs profesionales a la hora de tomar decisiones, ubicándose la voluntad de los usuarios en un plano secundario debido a su “falta de”: deseo, voluntad, capacidad. Estas descripciones van en línea con las analizadas en el Capítulo 1, en donde se caracterizaba a los usuarios como merecedores de protección, en detrimento de la posibilidad de ocupar un rol activo en su trayectoria de tratamiento.

En los relatos de los SR es posible ver la otra cara de la moneda: frente a las mismas barreras, se trabaja para construir una forma novedosa de intervención que permita sortear las resistencias materiales y simbólicas a los cambios propuestos por la Ley N°26.657. Dicho dispositivo no es ajeno a esas mismas resistencias: el protagonismo de la palabra de lxs profesionales en los espacios grupales, o el foco otorgado a la participación en términos convencionales (como puede ser en lo vinculado con la organización del dinero y de las pertenencias), pueden dar cuenta de una tendencia hacia estructuras tradicionales y normalizadoras de la atención hospitalaria. Pero las mismas coexisten con prácticas que buscan cuestionar esas relaciones ubicando a los usuarios en un lugar de sujetos con capacidad de toma de decisiones, acompañando la construcción de dicha capacidad a partir de apoyos diversos.

En este sentido, la propuesta de “externalizar en la institución” resume de manera comprensiva la mirada que en los SR tienen acerca de la desmanicomialización. El proyecto de residencia protegida es un intento de que el *manicomio* no sea sinónimo del hospital psiquiátrico sino que sea posible entenderlo como una lógica sostenida por distintas instituciones. Esto permitiría trabajar desde otra lógica sin salir del hospital, o más bien, convertir al hospital en un lugar más del “afuera”.

Cabe preguntarse frente a este escenario: ¿hasta dónde es posible construir estas herramientas dentro de una estructura estática? ¿Es posible “externalizar en la institución” sin que la institución como tal se modifique?

VII. Recapitulación y conclusiones

El objetivo principal de la presente investigación consistió en analizar las representaciones sociales de dos grupos de profesionales acerca de la salud mental y la discapacidad, en relación a sus prácticas vinculadas a la implementación de sistemas de apoyo en pos de la externación de los usuarios con los que trabajan.

Con el fin de abordar el primer objetivo específico, vinculado a la descripción de las representaciones sociales de lxs profesionales, en el Capítulo 1 se utilizaron conceptos de Denise Jodelet como principal marco teórico, los cuales permitieron identificar dos ejes principales para en análisis de los relatos: los modos de nombrar a los usuarios y los modos de referir a sus padecimientos. A partir de estos ejes fue posible encontrar diversos puntos de contacto y de divergencia entre ambos servicios, fundamentalmente en lo que respecta a cuán cerca o cuán lejos se encontraban los usuarios de la *salud* en sus relatos, y cómo ésto implicaba (o no) una distinción fundamental entre un *ellos* (usuarios) y un *nosotros* (profesionales) dentro del servicio. A partir de las conceptualizaciones de Miguez, Oliver y Palacios fue posible entender estas posturas como parte de distintas tradiciones y modelos de la discapacidad, construyendo a la persona con discapacidad (en este caso, “el loco”) como un “otro”, distancia fundamentada bajo una alteridad radical.

El lugar del saber-poder médico-psiquiátrico en esta construcción identitaria no es menor. En ambos servicios fue posible notar un lugar de protagonismo de lxs profesionales a la hora de tomar decisiones y tener la palabra autorizada, aunque en los SR fue posible identificar algunos rasgos que dan cuenta de una construcción identitaria conjunta.

A la hora de analizar el segundo eje (aquel vinculado a los modos de referir a los padecimientos de los usuarios) fueron de utilidad los aportes de Faraone, Conrad y Szasz, a partir de los cuales se analizaron las implicancias de los términos *paciente* y *usuario*, así como también los términos *enfermedad*, *padecimiento* y *discapacidad*. Fue posible así identificar el foco que en los SI se hizo a las “faltas” o “carencias” de los usuarios, en términos materiales y simbólicos, y fue posible vincular estas posturas a la situación económica estructural que atraviesan las instituciones públicas de salud en la Ciudad de Buenos Aires, así como las poblaciones que en ellas se atienden.

Otra característica que se hace aparente en los relatos de los SI es la centralidad de la profesión médica, particularmente en los criterios diagnósticos, a la hora de garantizar el derecho a la salud de los usuarios. Aquí es posible ver cómo se reproduce la construcción de la salud como aquello opuesto a la enfermedad, que es responsabilidad de la profesión

médica subsanar. En los relatos de los SR, en contraste, puede entenderse una concepción de la condición de ser paciente vinculada a la *experiencia* no sólo de su padecimiento sino también de su tiempo de internación, lo cual en muchos casos fue igualado a su condición psiquiátrica en tanto factores causantes de malestar de los usuarios.

Es en este sentido que es posible esbozar una descripción de las representaciones sociales relatadas por lxs profesionales: frente a la persistencia de representaciones cuyo patrón de referencia es la “normalidad” y la “salud” en términos médico-clínicos, existen otras posturas que las cuestionan y entienden a los usuarios como sujetos capaces de participar en sus trayectorias de internación y externación.

El segundo objetivo específico, el cual consistió en caracterizar la vida cotidiana en los servicios investigados en lo que respecta a los vínculos, los procesos de comunicación y las actividades de organización de la vida diaria, fue elaborado principalmente en el Capítulo 2. A partir de los aportes teóricos de Heller, Gianna y Canseco fue posible dar cuenta de la importancia de los sistemas de apoyo en la vida cotidiana de las personas, fundamentalmente de las personas con discapacidad. Entendiendo a la autonomía como un atributo humano en constante construcción y no como la culminación de una trayectoria unilineal, ascendente y acumulativa, el concepto de *agencia lateral* de Lauren Berlant es un aporte de interés para comprender formas otras de vivir la autonomía, colectivamente.

Este concepto, de la mano de lo analizado por Angelino y Rosato acerca de la ideología de la normalidad permite cuestionar prácticas cotidianas consideradas de atención y cuidado de la salud como parte de la inercia normalizadora y de control de los sistemas e instituciones de salud. Por otro lado, permite empezar a ver un hilo común a lo largo de este trabajo: esto es, cómo las condiciones materiales de trabajo y las representaciones sociales de lxs profesionales acerca de la salud mental y la discapacidad se condicionan y retroalimentan mutuamente, impactando las prácticas que llevan adelante los servicios analizados.

Así como en el Capítulo 1, es posible ver diversos contrastes entre ambos servicios entrevistados. En términos generales, los acompañamientos en las tareas de la vida cotidiana que son mencionados y las concepciones que acompañan estos discursos son una amalgama de concepciones biomédicas y otras vinculadas a modelos que entienden la salud en términos sociales, existiendo en un equilibrio tensionado. Sin embargo, existe un énfasis más marcado en los relatos de los SI en las trabas materiales y económicas que enfrentan los usuarios, mientras que en los SR se destacan las dimensiones del cuidado y el acompañamiento como un ejercicio pedagógico.

Si bien el análisis de esta investigación se nutrió principalmente de los relatos de lxs profesionales, como sujetos de estudio, los usuarios de los servicios aportaron una mirada invaluable sobre los procesos de implementación de sistemas de apoyo para la rehabilitación y externación. La importancia que en estos relatos se le otorga al acompañamiento en la resolución de conflictos cotidianos, a la grupalidad en el servicio, y a lo afectivo y emocional, resulta significativa si se quieren analizar los vínculos construidos en ese cotidiano. A partir de las categorías de Heller, es posible ver cómo a la vez que esos vínculos reproducen jerarquías y lugares tradicionales de superioridad-inferioridad entre profesionales y usuarios, también fue posible identificar relatos que cuestionan el lugar que se le otorga al usuario en esas estructuras, buscando construir espacios de cuidado, escucha y acompañamiento.

No es pretensión de esta investigación proponer que los vínculos entre profesionales de la salud y usuarios deban ser completamente horizontales. Existe una relación de poder fundamentada no sólo en estructuras tradicionales de las instituciones de salud, sino también en cuotas de responsabilidad diferenciales: unxs son trabajadorxs cuyo rol es atender los procesos de salud de las personas que se encuentran bajo su cuidado, mientras que otros son los receptores de dichas tareas de cuidado. Sin embargo, sí es pretensión de esta investigación sostener que la construcción de redes de apoyo multiactorales pueden funcionar como mecanismos para disipar, aunque sea parcialmente, dichas cuotas de poder, contribuyendo a los objetivos de la desmanicomialización.

Esto se vincula directamente con lo analizado en el Capítulo 3, el cual responde al tercer objetivo específico de esta investigación, que pretende comprender los procesos de participación social de los usuarios en sus tratamientos y procesos de externación. En este capítulo se analizaron las formas en que lxs profesionales describen la participación de los usuarios en los servicios, dividiéndose sus relatos en dos categorías principales: la participación como parte del tratamiento (“adentro” del servicio), y la participación en la vida social más amplia (“afuera” del servicio).

En relación al “adentro”, la participación fue nombrada como parte de la cotidianeidad del servicio y también como un ejercicio terapéutico en sí misma (en ocasiones, como una “práctica” para el afuera, especialmente en los SR), acepción reconocida también por los propios usuarios. En esta dimensión de análisis, es posible ver dinámicas diferentes en ambos servicios entrevistados. Por un lado, en los SI se sostienen asambleas de convivencia en las que se busca que los usuarios puedan generar leyes de convivencia entre ellos, pero no fue relatado en las entrevistas de qué modo esas decisiones impactan en la cotidianeidad y en sus trayectorias de internación. Otros dispositivos de intervención, como el *pase de sala*, dan

cuenta del protagonismo de lxs profesionales en la toma de decisiones, sin dejar claro el rol de los usuarios en esa dinámica. Es posible relacionar este rol secundario que ocupan los usuarios con cómo es descrito su padecimiento: aparece en los relatos como el causante de la falta de posibilidad y voluntad de participación.

Por otro lado, los SR cuentan con objetivos diferentes por tratarse de un proyecto vinculado con la rehabilitación de personas que atraviesan internaciones de larga data. Si bien las condiciones de ingreso y permanencia se encuentran pautadas de antemano por el equipo profesional, son explicadas previo a la internación o derivación y se da a los usuarios la posibilidad de elegir si desean ingresar o no. A su vez, parte de las condiciones es contar con una internación voluntaria, debido a que el objetivo es que no sean más “pacientes”, sino miembros de la residencia. La falta de voluntad y deseo de participar no fue asociada al padecimiento sino a la cantidad de tiempo de internación, que causa cronificación y hospitalismo (lo cual es el camino causal opuesto al que realizan lxs profesionales de los SI), responsabilizando a las modalidades de tratamiento y estructuras hospitalarias, en lugar de a la condición del usuario. En los relatos se hace un marcado énfasis en la necesidad de encontrar estrategias y caminos de intervención singulares para cada usuario, generando a la vez instancias grupales como son los talleres en los que la palabra pueda circular y se pueda construir entre todxs los temas que les gustaría trabajar, con el acompañamiento de lxs profesionales.

En lo que se asemejan ambos servicios investigados es cuando se analizan las asambleas del servicio. Tanto en los relatos de los usuarios como en lo presenciado y registrado en el cuaderno de campo se puede ver que la dinámica de la asamblea consiste en lxs profesionales teniendo la palabra autorizada y los usuarios intentando participar en esos intersticios que lxs trabajadorxs dejan libres. Estas resistencias propias de la estructura y dinámica hospitalaria, las cuales permean las prácticas y los relatos recabados, se dejan ver en diversos momentos de la investigación.

En relación a la participación en la vida social más amplia, los SI mencionaron al “afuera” y a las personas que de allí vienen como apuntaladores de la salud de los usuarios, como normalizadores de la conducta. Este “afuera” es invitado a ingresar en el hospital, estando la posibilidad de los usuarios de salir mediada por la disponibilidad y decisión de lxs profesionales. En contraste, en el trabajo de los SR los tiempos de las actividades, es decir, los tiempos del “afuera” son los que priman por sobre los tiempos del adentro, ya que se constituye como un objetivo central del proyecto de rehabilitación.

Analizar los procesos de participación en las trayectorias de internación de los usuarios ilumina cómo se piensan los proyectos de externación en tanto objetivos de dicho tratamiento. Esta dimensión de la cotidianeidad en los servicios fue analizada a partir de tres ejes: el trabajo con redes vinculares, las políticas públicas en materia de salud mental para dar apoyo a esos proyectos de externación y el propio trabajo que se lleva adelante desde la institución hospitalaria en pos de dicho objetivo.

La primera dimensión fue analizada a la luz de las categorías de Esping-Andersen y Danani. Estos autores permiten entender cómo el fenómeno de la familiarización del cuidado forma parte de una concepción tradicional sobre las redes de sostén, cuando las herramientas del Estado fallan. Marginalmente, las redes comunitarias o de amistad fueron mencionadas en los relatos de los profesionales, así como también fueron mencionados los obstáculos para la construcción de dichas redes. En el caso de los SI, el rol de los profesionales en esa construcción es de importancia y en la experiencia del usuario entrevistado se esboza una distancia con sus compañeros de servicio, fundamentalmente en lo que respecta al poder compartir la cotidianeidad en tanto personas con padecimientos en su salud mental. Nuevamente, las carencias materiales del servicio para sostener abordajes más singulares aparece como un condicionamiento de importancia.

El rol del Estado en relación a estas carencias fue mencionado como el principal problema a la hora de poder pensar estrategias de externación exitosas para los usuarios. En ambos servicios hubo acuerdo en relación a la importancia de que se profundicen las medidas pretendidas por la Ley de Salud Mental, pero las miradas de cada grupo de profesionales difieren en relación a la responsabilidad que desde los propios hospitales monovalentes existe para contribuir a esta transformación. Esto se relaciona con la postura que ambos servicios tienen acerca de los cambios que la ley trajo en relación con la cantidad de internaciones y de profesionales trabajando en el hospital. Aquí puede verse cómo desde una mirada crítica hacia el sistema capitalista y la lógica neoliberal de la gestión de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires se puede llegar a conclusiones diametralmente opuestas, lo cual da cuenta de los supuestos vinculados a la utilidad de la institución como tal, de sus profesiones y del modo en que tradicionalmente funcionan los hospitales monovalentes, aspecto que se ve amenazado por la mencionada ley.

En relación a las estrategias sostenidas por los profesionales para subsanar las ausencias del Estado, los SR plantean posturas encontradas a la hora de trabajar “para el afuera”: por un lado se nombra la necesidad de trabajar en pos de la externación “sin bajar los brazos”, mientras que por otro lado surge la posibilidad de trabajar la autonomía, la rehabilitación y el

apoyo en las tareas cotidianas desde el “adentro”. Entendiendo la desmanicomialización como un proceso de cambio de lógica institucional, en la cual se cuestionan las relaciones construidas bajo la lógica manicomial, es posible pensar estrategias de cuidado y de mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios, transformando la institución desde el trabajo cotidiano, desarticulando las barreras entre el adentro y afuera.

Frente a las normativas nacionales en salud mental y sus múltiples resistencias, los relatos de lxs profesionales dan cuenta de un panorama complejo, con posicionamientos a veces complementarios y a veces contradictorios, por lo que las relaciones que se puedan establecer entre las representaciones descritas y las prácticas implementadas distan de ser causales. Se destaca como un condicionamiento ineludible las condiciones materiales en las que se lleva a cabo el trabajo de los servicios, aspecto que fue ya analizado por diversxs autorxs (Fotia y Assis, 2012; Heredia y Barcala, 2017; Remesar, 2017). Es posible ver una continuidad con los hallazgos descritos en aquellas investigaciones, ya que en los relatos recabados para la presente tesina se identificaron declaraciones aparentemente contradictorias: entre lo que es y lo que “debería ser” la atención a los usuarios a la luz de lo propuesto por la Ley N°26.657.

Estas barreras materiales tienen una relación estrecha con los condicionamientos simbólicos presentados, los cuales se dejan ver como resistencias a los cambios en las modalidades de atención, ya sea en el vínculo con los usuarios como en el trabajo interdisciplinario. Frente a la experiencia de la residencia protegida queda en evidencia la importancia de abordajes bajo un enfoque de Derechos Humanos, interdisciplinarios e intersectoriales, para enfrentar los obstáculos mencionados. En este abordaje, el rol de las comunidades y las redes vinculares asume una importancia superlativa, y el trabajo que los equipos profesionales pueden ejercer a la hora de acompañar este proceso de construcción de comunidad resulta fundamental. Esto no es posible de realizar en los hospitales monovalentes tales y como existen hoy en día. La lucha y la organización colectiva para generar demandas al Estado siguen siendo herramientas indispensables, y mientras tanto, dispositivos como la residencia protegida estudiada son experiencias que transforman las trayectorias de las personas que por ella circulan, tanto de usuarios como de profesionales. Aún con las resistencias analizadas, es posible ver la capacidad de construcción de formas otras de hacer salud, y quizás transformar ciertas estructuras desde adentro.

No fue posible, debido al alcance de la presente investigación, hacer un seguimiento del proceso que estos servicios se encuentran atravesando hasta la actualidad. Considero que esta experiencia, y otras de la misma índole, realizan un aporte invaluable al conocimiento sobre la implementación de sistemas de apoyos a personas con padecimientos en su salud mental,

particularmente en lo que refiere a los procesos de externación de instituciones monovalentes. Como fue expresado en el comienzo de este trabajo, éste no es un campo explorado en profundidad, y creo que las experiencias desarrolladas en estos dispositivos, así como las personas que de ellas participan (particularmente en lo que refiere al rol de lxs trabajadorxs sociales en su desarrollo), pueden aportar enormemente al campo de estudio.

En este sentido, esta investigación también deja pendiente el análisis de cómo la pandemia de COVID-19 y la consecuente crisis que hoy en día sigue azotando (profundizada por las circunstancias macroeconómicas de nuestro país y región) ha afectado a esta institución de salud, y en particular a este dispositivo. Este evento global impactó sobremanera en el funcionamiento de todas las instituciones, particularmente en aquellas donde las personas deben residir. La relación con el “afuera” se vio modificada para todxs, por lo que cabe preguntarse cómo se vieron afectados los procesos de rehabilitación de los usuarios de estos servicios.

Por último, si bien lxs principales sujetxs de investigación de esta tesina fueron lxs profesionales de los servicios en cuestión, el aporte de los usuarios fue muy significativo, y queda pendiente el estudio de esta experiencia desde su perspectiva. Entendiendo a la participación y a la construcción de autonomía como objetivos centrales del dispositivo investigado, y a los usuarios como protagonistas de ese proceso, sería necesario profundizar lo indagado aquí a través de un estudio sobre la relación entre las representaciones sociales acerca de la salud mental y la discapacidad y la construcción de sistemas de apoyo para la externación desde la mirada de los usuarios. Eso permitiría seguir desarticulando el protagonismo que lxs profesionales tienen todavía en estos procesos, haciendo eco de las voces de los usuarios, que son quienes a fin de cuentas enfrentan las consecuencias más crudas de la lógica manicomial y sus resabios en las instituciones.

VIII. Bibliografía

- Alcántara, S. L., Sutton, A. H., Pérez, M. I., & Maya, A. P. (2018). Una mirada crítica sobre la noción: paciente/usuario/cliente desde la antropología en salud. *Revista conamed*, 22(2), 98-103.
- Almeida, M. E. (2009). Exclusión y discapacidad: entre la redistribución y el reconocimiento. Angelino, Alfonsina y Ana Rosato [coords.], *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*, Buenos Aires: Noveduc.
- Amendolaro, R. (2013). Entre el diagnóstico de cronicidad y el fenómeno de la discapacidad desde una perspectiva de Derechos Humanos. *Revista Salud Mental y Comunidad*, 3, 19-28.
- Barber, N. (2015). Experiencias de enfermedad y procesos de constitución de subjetividades. Disponible en: http://dspace5.filo.uba.ar/bitstream/handle/filodigital/4334/uba_ffyl_t_2015_se_barber.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Basaglia, F. (2000). *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*. Buenos Aires: Topía Editorial.
- Berlant, L. (2020). *El optimismo cruel*. Buenos Aires: Caja Negra.
- Betancur, C. et. al (2014) Representaciones sociales sobre salud mental en un grupo de profesionales en la ciudad de Medellín. *Revista CES Psicología*, ISSN-e 2011-3080, Vol. 7, No. 2, págs. 96-107. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4889962>
- Bianchi, E. (2010). El proceso de medicalización de la sociedad y el Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD). Aportes históricos y perspectivas actuales. Ponencia presentada en las VI Jornadas de Sociología de la UNLP.
----- (2019). Ciencias sociales, salud mental y control social: Notas para una contribución a la investigación. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/159407>
- Bottinelli, M.M. (2018). El derecho a la salud, la salud como derecho. Sobre el marco normativo en salud mental y adicciones, y los dispositivos para su implementación. Tisera, A. Lohigorry, J., Bottinelli, M. y Longo, R. (Coord.) *Dispositivos instituyentes en el campo de la salud mental* (pp. 13-32). Buenos Aires: Teseo.
- Bourdieu, P. (1993) *Espíritus de Estado. Génesis y estructura del campo burocrático*. Actes de la Recherche en Sciences Sociales, N° 96-97.
----- (2000) *Cosas Dichas*. Gedisa.
- Bourdieu, P., Waquant, L. (1995) *Respuestas por una antropología reflexiva*. Editorial Grijalbo.
- Bru, G. S. (2022) *Judicialización de la salud mental : experiencias y perspectivas desde las ciencias sociales*. Mar del Plata: EUEDEM.
- Canseco, A. E. (2019). Un diálogo entre las críticas butlerianas al sujeto liberal y los estudios de la discapacidad. *Política y Cultura*, (51), 145-167. Disponible en: <https://polcul.xoc.uam.mx/index.php/polcul/article/view/1382/1348>
- Cavallieri, S. (2008) Repensando el concepto de problemas sociales. La noción de situaciones problemáticas. En: “Compartiendo notas. El trabajo social en la

contemporaneidad”, coord.: Castronovo, R. y Cavallieri S., 1 ed. Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús.

- Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (2019). Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/primer-censo-nacional-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental-2019.pdf>

- Código Civil y Comercial de la Nación (Aprobado por ley 26.994, promulgado según decreto 1795/2014). Disponible en: http://www.saij.gob.ar/docs-f/codigo/Codigo_Civil_y_Comercial_de_la_Nacion.pdf

- Conrad, P., e Ingleby, D. (1982). Psiquiatría Crítica: La política de la salud mental.

- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Obtenido en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

- Cortés, B. (1997). Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura. Nueva antropología, 16(53), 89-115.

- Costa Lima, M. y Ribeiro Gonçalves, T. (2019) Apoyo matricial como estrategia de ordenación del cuidado en salud mental. Revista Trabalho, Educação e Saúde, vol. 18 N°1. Versión impresa ISSN 1678-1007, versión virtual ISSN 1981-7746. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000100503&lang=pt

- Danani, C. (2004). El alfiler en la silla: sentidos, proyectos y alternativas en el debate de las políticas sociales y de la economía social. Danani C, compiladora. Política Social y Economía Social: debates fundamentales. Buenos Aires: Altamira.

- Decreto reglamentario N° 603/2017. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?jsessionid=EFE8B3917C8099261AAA8DC6303C875F?id=277713>

- Díaz Llanes, G. y Prieto Sedano, J. (2014) Representación social de prestadores de servicios de salud sobre la discapacidad auditiva. Revista Cubana de Medicina General Integral, vol. 30 N°3 Ciudad de La Habana jul.-set. 2014. Versión impresa ISSN 0864-2125, versión virtual ISSN 1561-3038. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300006&lang=es

- Dixit, S. (2005) Meaning and Explanations of Mental Illness: A Social Representations Approach. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/247767533_Meaning_and_Explanations_of_Mental_Illness_A_Social_Representations_Approach

- Esping-Andersen, G. (1993). Las tres economías políticas del Estado de bienestar. y Conflicto, 229.

- Faraone, S. (2012). “El acontecimiento de la ley nacional de salud mental. Los debates en torno a su sanción”. Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social. Año 2. Nro. 4.

----- (2013). “Reformas en salud mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones”. Salud Mental y Comunidad-UNLa, 3. 29-40. Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y-Comunidad-3.pdf>

- Faraone, S., Bianchi, E., Giraldez, S. (2015) “Reformas estructurales, contexto nacional y proceso de transformación en el campo de la Salud Mental”. En: Determinantes de la Salud Mental en Ciencias Sociales. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26.657. UBA.

- Ferrante, C. (2008). Cuerpo, discapacidad y posición social: una aproximación indicativa al habitus de la discapacidad en Argentina. *Intersticios. Revista sociológica de pensamiento crítico*, 2(1). Disponible en: <https://www.intersticios.es/article/view/2352>
- (2021). Usos, posibilidades y dificultades del modelo social de la discapacidad. *Revista Inclusiones*, 31-55. Disponible en: <http://archivosrevistainclusiones.com/gallery/3%20oficial%202014%20jul%20sep%20rev%20inc.pdf>
- Ferrante, C., & Dukuen, J. (2017). “Discapacidad” y opresión: Una crítica desde la teoría de la dominación de Bourdieu. *Revista de Ciencias Sociales*, 30(40), 151-168. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0797-55382017000100008&script=sci_arttext
- Fotia, G. D. y Assis, C. M. (2012) Representaciones sociales de los trabajadores de la salud sobre la atención con internación de pacientes con padecimientos mentales en el Hospital General de Agudos J.M. Ramos Mejía a partir de la sanción de la ley nacional de salud mental. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-072/286>
- Foucault, M. (2005) “Clase del 21 de noviembre de 1973”, en *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires. FCE.
- Gianna, S. (2011). Vida cotidiana y Trabajo Social: límites y posibilidades en la construcción de estrategias de intervención profesional. Disponible en: <http://rephip.unr.edu.ar/handle/2133/5137>
- Goffman, E. (2001). Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu.
- Guber, R. (2005) El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo. Editorial Paidós, Buenos Aires. Disponible en: <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/el-salvaje-metropolitano.pdf>
- Gulli, B. (2019) Incapacidad sobreviniente, sistemas de apoyo y autonomía. En “Derecho y control 2” / Federico José Arena... [et al.]; dirigido por Hernán G. Bouvier; Federico José Arena; editado por María Valentina Risso; Sofia Pezzano. 1a ed. - Córdoba, Argentina.
- Heller, A. (1991) *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona, España. Ediciones Península.
- Heller, A., & Petrella, A. (2013). La dignidad humana y los padecimientos mentales: una relación en construcción1. *Salud Mental y Comunidad*, 51.
- Heredia, M. y Barcala, A. (2017) Representaciones y prácticas de profesionales de la guardia de un hospital pediátrico de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Argentina de Salud Pública*, vol. 8 N°30, Buenos Aires, Marzo 2017. Versión impresa ISSN 1852-7513. Versión virtual ISSN 1853-810X. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-810X2017000100003&lang=es
- Hernández Sampieri, R. y Otros (2010) Metodología de la investigación. Disponible en: https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigacion%20de%20la%20investigacion%20de%20la%20investigacion%20de%20la%20investigacion.pdf

- Ingui, P. (2017) Significaciones de trabajadores de salud mental respecto a sus prácticas y su relación con la legislación vigente en el campo. Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba. Disponible en: <https://revistas.psi.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/18113>
- Jodelet, D. (1986) La representación social: fenómenos, concepto y teoría. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/327013694_La_representacion_social_fenomenos_concepto_y_teor%C3%ADa
- Laurell, A. C. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. Cuadernos Médico Sociales, 37, 3-18.
- Ley Municipal de Salud Mental N° 448 de la Ciudad de Buenos Aires. Disponible en: <http://bvs.psi.uba.ar/local/File/ley%20448%20Ciudad%20de%20Buenos%20Aires.pdf>
- Ley Nacional de Salud Mental (Ley No 26.657). Disponible en: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Macón, C. (2014). Género, afectos y política: Lauren Berlant y la irrupción de un dilema. Debate feminista, 49, 163-186.
- Maffia, D. (2007). Sujetos, política y ciudadanía. Las palabras tienen sexo, 15.
- Mallardi, M. "La entrevista en los procesos de intervención profesional del Trabajo Social. Diálogos con la filosofía Bajtiana" (mimeo). Obtenido de la bibliografía de la materia de Trabajo Social, Familia y Vida Cotidiana, cátedra ex Bruno.
- Martínez López, M., & Lorenzo Vila, A. R. (2005). Asambleas y reuniones. Metodologías de autoorganización.
- Mendoza Zapata, J. G. (2016) Representaciones sociales de adultos con discapacidad intelectual y sus cuidadores primarios sobre la discapacidad y las necesidades de apoyo. Tesis de Maestría en Salud Pública de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México. Disponible en: <http://148.224.97.92/xmlui/handle/i/4106>
- Menéndez, E. (1985). Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. Cuadernos Médico Sociales, 33, 3-34.
- Meo, A. I. (2010). Reflexividad e investigación social. Herramientas para su análisis y su práctica en el caso de la sociología cualitativa argentina. *Praxis Sociológica*, 14(83), 100.
- Meo, A., & Navarro, A. (2009). Enseñando a hacer entrevistas en investigación cualitativa: entre el oficio, la profesión y el arte. *Empiria. Revista de metodología de ciencias sociales*, (17), 123-140.
- Míguez, M. N. (2006). Construcción social de la discapacidad: La experiencia Montevideana. *Portularia*, 6(2), 123-137. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1610/161017317006.pdf>
- Michalewicz, A., Pierri, C., & Ardila-Gómez, S. (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. Anuario de investigaciones, 21, 217-224.
- Muyor Rodríguez, J. (2019). La (des) institucionalización en el marco de la Convención Internacional de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad.
- Oliver, M. J. (1994). Capitalism, disability and ideology: a materialist critique of the normalization principle. Disponible en: <http://www.independentliving.org/docs3/oliver99.pdf>

- Oliver, M., & Zarb, G. (1989). The politics of disability: a new approach. *Disability, Handicap & Society*, 4(3), 221-239. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02674648966780261>
- Palacios, A. (2008) El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Cinca, Madrid.
- Palacios, A., y Románach, J. (2020). El modelo de la diversidad: una nueva visión de la bioética desde la perspectiva de las personas con diversidad funcional (discapacidad). *Intersticios. Revista Sociológica de pensamiento crítico*, 14(2/1), 43-54.
- Remesar, S. E. (2017) Representaciones sociales y salud mental: encrucijadas en la formación de los profesionales de la salud. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-067/62>.
- Rosato, A., Angelino, A., Almeida, M. E., Angelino, C., Kippen, E., Sánchez, C., ... & Priolo, M. (2009). El papel de la ideología de la normalidad en la producción de discapacidad. *Ciencia, docencia y tecnología*, 20(39), 87-105. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/145/14512426004.pdf>
- Saidel, M. G. B. y Campos, C. J. G. (2020) La percepción de los profesionales de la salud sobre el cuidado al anciano con el trastorno mental. *SMAD, Revista eletrônica saúde mental*; 16(1): 1-8, jan.-mar. 2020. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1094429>
- Szasz, T. (1973). El mito de la enfermedad mental. In *El mito de la enfermedad mental* (pp. 337-337).
- Tamburrino, M. C. (2009). Institucionalización de personas con discapacidad intelectual en un hospital psiquiátrico de la Ciudad de Buenos Aires. In *Sus visiones de la internación*. Congreso ALAS. Buenos Aires.
- Tisera, A. et. al (2017) Prácticas inclusivas socio-habitacionales: programa residencial del Hospital Borda. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-067/720>
- Thompson, J.R. (2010) Conceptualizando los apoyos y las necesidades de apoyo de las personas con discapacidad intelectual. En: *Siglo Cero*, revista española sobre Discapacidad Intelectual. Vol. 41 (1). N° 233. Traducción del inglés por Alba Ibáñez García.
- Vallejos, I. (2009). La discapacidad diagnosticada y la certificación del reconocimiento. Rosato, Ana y María Alfonsina Angelino [comp.], *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*, Buenos Aires: Noveduc.
- Vélez Pachón, V. (2016). Educación inclusiva para personas con discapacidad en la provincia de Buenos Aires: un estudio de caso a partir de las representaciones sociales de los actores educativos de la Escuela Santa Julia en Tigre, 2015 (Master's thesis, Buenos Aires: FLACSO. Sede Académica Argentina).

- Vidarte Claros, J. A. y Avendaño, B. K. (2017) Representaciones sociales sobre la discapacidad de profesionales de la salud de Cartagena. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico, vol. 11 N°1. Disponible en: <http://www.intersticios.es/article/view/16888>
- Vigoya, M. V. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. Debate feminista, 52, 1-17.
- Zaldúa, G., Pawolowicz, M.P., Tisera, A., Lenta, M., Lohigorry, J. y Moschella, R. (2016). Obstáculos y facilitadores de la implementación de la ley nacional de salud mental: un estudio comparativo entre 2011 y 2013. En Zaldúa, G. (Comp.). Intervenciones en Psicología Social Comunitaria (pp. 273-290). Buenos Aires: Teseo.