

2015

De prácticas de institucionalización a prácticas de desinstitucionalización en el campo de la Salud Mental

Olaechea, Maite Anabel

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/93>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



UNIVERSIDAD NACIONAL
de MAR DEL PLATA

Título: De prácticas de institucionalización a prácticas de desinstitucionalización en el campo de la Salud Mental.

Tema: Sistematización del proceso de intervención del Trabajador Social: Reconstrucción de la autonomía de dos mujeres con padecimiento psíquico, en su vida cotidiana.

Subtema: Las situación singular de dos mujeres con padecimiento psíquico, durante el proceso de desinstitucionalización, en la Clínica Clara del Mar, en la ciudad de Mar del Plata, 2014.

Autora: OLAECHEA, Maite Anabel

Directora de Tesis: Lic. ALVAREZ, Ma. Cristina

Co-Directora de Tesis: Lic. IANANTUONY, Carola

Octubre, 2015. Mar del Plata, Argentina

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	3
II.	FUNDAMENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN	5
III.	MARCO METODOLÓGICO	
	<i>III.1 Planteamiento del problema y objetivos</i>	10
	<i>III.2 Diseño y técnicas</i>	11
	<i>III.3 Ética de la sistematización</i>	14
IV.	MARCO TEÓRICO	
	<i>IV.1 El Trabajo Social en el Campo de la Salud Mental</i>	17
	<i>IV.2 Prácticas de Institucionalización//Desinstitucionalización</i>	23
	<i>IV.2.1 La persona como situación singular en el campo de la Salud Mental</i>	28
	<i>IV.2.2 Autonomía y Toma de decisiones: “El sujeto de la experiencia”</i>	29
	<i>IV.3 Marco jurídico-legal en el campo de la Salud Mental</i>	36
	<i>IV.3.1 Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ley N° 26.378</i>	36
	<i>IV.3.2 Ley de Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de Salud N° 26.529</i>	38
	<i>IV.3.3 Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657</i>	41

IV.4 Experiencias Nacionales y Latinoamericana de Convivencia Supervisada.....	45
IV.4.1 P.R.E.A (Programa de Rehabilitación y Externación Asistida) Una experiencia de abordaje singular.....	45
IV.4.2 Salud Mental en la Provincia de San Luis, un hospital en movimiento.....	47
IV.4.3 Servicios de Atención Psicosocial en Brasil.....	52
V. MARCO INSTITUCIONAL	
Clínica de Salud Mental “Clara del Mar”.....	55
V.1 Sistema Asistido de Rehabilitación (S.A.R).....	55
V.2 Servicio de Pre Ingreso (S.P.I).....	57
V.3 Casa de Medio Camino, una alternativa a la institucionalización.....	58
V.4 Proyecto de Convivencia Supervisada.....	63
VI. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	66
VII. CONCLUSIONES.....	78
VIII. ANEXO	
VIII.1 Documento de Consentimiento Informado.....	84
VIII.2 Guion de la entrevista.....	85
IX. BIBLIOGRAFÍA.....	86

I. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Final, tiene carácter de Tesis de grado de la Licenciatura en Trabajo Social, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, Universidad Nacional de Mar del Plata.

El trabajo se enmarca en una sistematización denominada ***“De prácticas de institucionalización a prácticas de desinstitucionalización en el campo de la Salud Mental”***.

En el mismo se problematiza la vida institucional de personas con padecimiento psíquico y las estrategias llevadas a cabo por el equipo interdisciplinario de la Clínica privada de Salud Mental Clara del Mar de la ciudad de Mar del Plata, particularmente la intervención del área de Trabajo Social, en el proceso de externación de dos mujeres con padecimiento psíquico.

En este proceso las intervenciones están orientadas a la reconstrucción de la autonomía de las mismas, lo que genera la implementación de un Proyecto de Convivencia Supervisada que permita crear condiciones de externación.

El cuerpo de este trabajo se ha estructurado sobre los siguientes ejes:

- a) **Fundamentación y Justificación**, donde se da lugar a una detallada descripción sobre los motivos que orientan a la selección del tema.
- b) En el **Marco Metodológico** queda explicitado los objetivos y las técnicas que se utilizan para el logro de los mismos.
- c) El **Marco Teórico** es el eje que da cuenta sobre los matrices conceptuales que guían la elaboración del tema y en la cual se hace anclaje para producir el análisis de las conclusiones.

- d) El **Marco Institucional** hace referencia al espacio organizacional en el cual se inserta la intervención del Trabajo Social y desde donde surge la demanda.
- e) Y las **Conclusiones** plantean el análisis en referencia a lo trabajado, con el relato de las dos mujeres que intervinieron en la sistematización a partir de su consentimiento.

II. FUNDAMENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La presente sistematización se inicia a partir de la práctica supervisada llevada a cabo en la Clínica privada de Salud Mental Clara del Mar, en el periodo de junio hasta noviembre de 2014, en la ciudad de Mar del Plata.

Clara del Mar es una clínica de agudos, que cuenta con un equipo de profesionales, entre las que se encuentra la disciplina de Trabajo Social, tal Servicio tiene entre sus objetivos principales generar las condiciones de externación de aquellas personas que se encuentran bajo tratamiento.

En tal sentido, la persona y su contexto se convierten en ejes fundamentales para intentar alcanzar la inclusión en el ámbito laboral, familiar, “creando una red de servicios de salud mental con base en la comunidad, en la transformación de los dispositivos actuales, generando estrategias de inclusión” (Blanc, 2014. Proyecto de Integración Comunitaria: Dispositivo de inclusión laboral).

Entre las intervenciones que se fueron desarrollando en el período mencionado, cabe destacar la “estrategia de convivencia”, que desde el área de Servicio Social se plantea como un posible dispositivo para la externación de dos mujeres. María, de 49 años, con diagnóstico de esquizofrenia, internada durante el lapso de un año y medio, no contando con las condiciones habitacionales que posibiliten su externación; y Sonia, de 41 años, con diagnóstico de psicosis no especificado, con reiteradas recaídas que motivaban su institucionalización – debido a la fragilidad en su apoyo social.

Sonia, es propietaria de un departamento, manifiesta al Servicio Social que el motivo de su reinternación se debía a que se sentía sola en su casa. La singularidad de cada una de las situaciones permitió planificar una intervención estratégica – ya que cada una podía brindar aquel apoyo que requería la otra. Es así como surge la posibilidad de generar un **Proyecto de Convivencia** que

asegure un contexto apropiado para el logro del desarrollo de la autonomía y el sostenimiento de la vida cotidiana fuera de la institución.¹

Esta intervención es estratégica ya que es creativa, es elaborada con un otro; y no normativa imponiendo soluciones que no satisfagan sus necesidades. Está “orientada a la construcción ciudadana, entendiendo por tal el pleno desarrollo de la libertad personal, la autodeterminación, el ejercicio responsable de derechos [...] poner en juego la capacidad de elección [...] la posibilidad de decidir” (González Saibene, 2007).

A pesar de que la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 es un gran avance en el campo de las Políticas en Salud Mental, en el proceso de aprendizaje de la práctica supervisada se observaron dificultades y carencias para sostener los postulados enunciados en la Ley; ya que, en algunas situaciones, se visibiliza la ausencia de soportes sociales y dispositivos específicos que garanticen un contexto adecuado a las diversas singularidades. Quedando el sujeto con padecimiento psíquico, expuesto a condiciones de fragilidad que impiden el alta, prolongando los procesos de internación, limitando su autonomía y en muchas ocasiones generando procesos de reinternaciones.

En relación a la prolongación en las internaciones, el artículo 15 de la mencionada Ley, determina que “la internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios”.

Tanto la evolución de la persona como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes. Es un momento de transición y de reconfiguración de las prácticas, que busca garantizar el ejercicio y

¹ Los nombres no corresponden a los datos originales, son creados para la sistematización a fin de resguardar la identidad de las personas con las que trabaja.

cumplimiento de la Ley a través del Órgano de Revisión. Complementariamente, los profesionales intervinientes buscan generar estrategias innovadoras.

El Trabajo Social fundamenta los principios que guían el ejercicio profesional a través del Código de Ética, enuncia que el Trabajo Social “está basado en principios filosóficos e ideales éticos, humanísticos y democráticos. El Trabajador Social profesional tiene como misión el compromiso con los demás, lo cual debe primar sobre cualquier otro interés o ideología particular. Debe contribuir con su accionar democrático, a la plena vigencia de los Derechos Humanos”. La Ley de Salud Mental también procura garantizar estos Derechos. Por tal motivo, la intervención profesional debe asegurar que las personas con padecimiento psíquico sostengan su autodeterminación en relación a su vida, para un ejercicio pleno de sus derechos.

Surgen diversas situaciones en las que personas con padecimiento mental se encuentran institucionalizadas o que han mantenido diversos períodos de internación, la más recurrente está relacionada con la estructura y la dinámica que adquieren las redes de apoyo social. La bibliografía especializada da cuenta de cómo se van fragilizando los vínculos, el estado de claudicación de los miembros de la red, que limitan la contención; es por ello que ésta es una de las dimensiones que deben ser abordadas por los equipos de salud.

¿Cómo la vida institucional modifica la autonomía?

La internación, debe ser una alternativa más dentro del abanico de estrategias de intervención, solo en estado agudo, y lo más breve posible, a los efectos de evitar la institucionalización. Ya que la misma produce despersonalización, monotonía, una vida sin sentido. Donde hay horarios estipulados para las actividades, comidas, tiempo libre, etc. Hay reglas que dicen lo que sí y lo que no se puede hacer. “El hospital creador de la enfermedad por su dominio cerrado” (Foucault, 2008). Este fenómeno deja una huella en las personas, y luego de la externación, la tarea es reconstruir la autonomía que

perdieron en la institución. En la vida cotidiana ya no hay horarios estipulados, más que los propios por la rutina, el manejo de la vida lo tiene uno mismo.

Esta institución la podemos relacionar con lo que Michael Foucault describe sobre la psiquiatría clásica, reconociéndola como un discurso verdadero, considerando a la institución asilar y el poder médico hegemónico como ley eficaz dentro de la institución. Funcionando como una captura total de sus cuerpos, tiempos, comportamientos y de su vida.

“El panóptico era un sitio en forma de anillo en medio del cual había un patio con una torre en el centro. El anillo estaba dividido en pequeñas celdas que daban al interior y al exterior y en cada una de esas pequeñas celdas había, según los objetivos de la institución, un niño aprendiendo a escribir, un obrero trabajando, un prisionero expiando sus culpas, un loco actualizando su locura, etc.” (Foucault; 1975); siguiendo con esta definición, el autor clasifica a estas instituciones construidas arquitectónicamente para ejercer el control y poder de vigilancia absoluta donde nada puede no ser visto, disciplinando las conductas y pensamientos de las personas que se encuentran adentro de la misma.

“El poder disciplinario tiene la doble propiedad de ser anomizante, vale decir, de poner siempre a distancia a una serie de individuos, exponer la anomia, lo irreductible, y de ser siempre normalizador, inventar siempre nuevos sistemas de recuperación, restablecer siempre la regla” (Foucault; 2007).

“El lugar natural de la enfermedad es el lugar natural de la vida, la familia: dulzura de los cuidados espontáneos, testimonios de afecto, deseo común de curación, todo entra en complicidad para ayudar a la naturaleza que lucha contra el mal, y dejar al mismo mal provenir a su verdad; el médico de hospital no ve sino enfermedades torcidas, alteradas, toda una teratología de lo patológico; el que atiende a domicilio adquiere en poco tiempo una verdadera experiencia fundada en los fenómenos naturales de todas las especies de enfermedades” (Foucault; 2008).

Es por la complejidad que exhibe lo expuesto, que la presente tesis de grado buscará analizar las prácticas de institucionalización/desinstitucionalización a partir de una experiencia de sistematización concreta, de dos mujeres con padecimiento psíquico, externadas a través de un dispositivo de convivencia supervisada.

III. MARCO METODOLÓGICO

III.1 Planteamiento del problema

Palabras claves Campo de Salud Mental, Situación Singular, Trabajo Social, Institucionalización/Desinstitucionalización, Persona con Padecimiento Psíquico, Autonomía, Vida Cotidiana, Estrategia de Convivencia Supervisada, Prácticas, Apoyo Social/Ayuda Mutua.

Tema de Trabajo

Tema: Sistematización del proceso de intervención del Trabajador Social: Reconstrucción de la autonomía de dos mujeres con padecimiento psíquico, en su vida cotidiana.

Subtema: Las situación singular de dos mujeres con padecimiento psíquico, durante el proceso de desinstitucionalización, en la Clínica Clara del Mar, en la ciudad de Mar del Plata, 2014.

Problema

¿Cómo son las prácticas de intervención del Trabajador Social que posibilitan la reconstrucción de la autonomía de dos mujeres con padecimiento psíquico que han pasado por un periodo de institucionalización?, ¿Cuáles son las estrategias en el periodo de institucionalización para propiciar la externación, y por ende, el ejercicio de su autonomía?

Objetivo general:

- Sistematizar las prácticas de intervención del Trabajador Social, que posibilitan la reconstrucción de la autonomía de dos mujeres con padecimiento psíquico, en su proceso de externación de la Clínica en Salud Mental Clara del Mar durante el año 2014.

Objetivos específicos:

- Identificar las prácticas de intervención del Trabajador Social que favorecen a la reconstrucción de la autonomía de dos mujeres con padecimiento psíquico, durante su proceso de desinstitucionalización.
- Analizar el proyecto de convivencia supervisada en dos mujeres con padecimiento psíquico, desde la perspectiva de una intervención estratégica en Trabajo Social.
- Conocer las estrategias de apoyo social que sostuvieron durante el período de institucionalización, tendientes a favorecer su autonomía.

III.2 Diseño y técnicas

El trabajo presentado se enfocó en la sistematización de la experiencia vivida en el proceso de práctica supervisada en la Clínica Clara del Mar en el año 2014. Tomando como referencia bibliográfica a Oscar Jara quien define a la sistematización como **“sistematización de experiencias”** que no se basa únicamente en analizar datos e información de una experiencia en concreto, sino que es mucho más complejo, requiere de un enfoque crítico de esa experiencia para producir un conocimiento.

“La sistematización es aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o

explicita la lógica del proceso vivido en ellas: los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo. La Sistematización de Experiencias produce conocimientos y aprendizajes significativos que posibilitan apropiarse de los sentidos de las experiencias, comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora” (Jara, O.; 2011).

Entendiendo a la sistematización como un proceso, retroalimentándose con la investigación ya que “contribuye cada una con las características que les son propias. Cada una constituye una manera particular de aproximarse al conocimiento de la realidad y cada una es insustituible” (Jara, O.; 2012).

Asimismo, esta sistematización se sustentará en una metodología cualitativa, la cual “produce datos descriptivos, las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable; es un modo de encarar el mundo empírico” (Taylor y Bodgan, 1986).

Algunas características de este tipo de investigación cualitativa son: “inductiva, los investigadores desarrollan conceptos, intelecciones y comprensiones, partiendo de pautas de los datos, y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías [...] ve al escenario desde una perspectiva holística, las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo; [...] los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio; [...] tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas; [...] suspenden o apartan sus propias creencias, perspectivas o predisposiciones; [...] todas las perspectivas son valiosas, no se busca “la verdad” o “la moralidad” sino una comprensión detallada de las perspectivas de otras personas; [...] son humanistas; [...] dan énfasis a la validez de la investigación, [...] todos los escenarios y personas son dignos de estudio y [...] la investigación como un arte” (Taylor y Bodgan, 1986).

Tal como señala Creswell, la define como “tomar lugar en un ambiente natural, donde la persona participe, se utilizan métodos interactivos y humanísticos, es emergente y no rígida, la persona que investiga filtra la información desde sus lentes situados en un momento sociopolítico e histórico, visualiza el fenómeno social en una forma integral, refleja sistemáticamente en la persona que se investiga, siendo sensible a su bibliografía personal y cómo le da forma al estudio, utiliza varias estrategias de recopilar información” (Creswell *en Burgos Ortiz*; 2011).

En relación a la metodología cualitativa en Trabajo Social cabe mencionar que “interesa captar la experiencia desde la perspectiva de aquellas personas que la viven y crear significado de la misma” (Padgett; 2008). “La investigación cualitativa se hace a partir de la realidad de la gente, considerando la importancia del contexto social y el examen de información de variedad de fuentes” (Burgos Ortiz; 2011).

Es decir, la presente sistematización realizada a partir de una metodología cualitativa, se basará en tipos de estudios exploratorios-descriptivos, entendiendo a los mismos como: “Los estudios **exploratorios** son aquellos que realizan los investigadores que no poseen suficiente experiencia, y los pasos que siguen están orientados a ganar familiaridad respecto del tema elegido [...] los estudios de este tipo se perfilan como puentes para avanzar hacia otros de mayor profundidad” (Mendicoa, 2003). En cuanto al estudio **descriptivo**, el mismo se centra en “objeto de estudio el cual será descrito y obligan a la mediación de las variables que entran en juego [...] del hecho particular, lo que se obtenga de una investigación de esa naturaleza, es una descripción basada en variables nominales” (Mendicoa, 2003).

Para la recopilación de la información utilizada se trabajó con las siguientes estrategias: **entrevistas a profundidad**, “al entrevistar se tiene acceso al contexto del comportamiento de la gente y es una forma para que la persona que investiga entienda el significado de ese comportamiento” (Seidman; 2006 *en Burgos Ortiz*; 2011).

La **observación** va de la mano con la entrevista en pos de recolectar información. "Los ojos y los odios son la fuerzas conjuntas que ayudan a aprehender los detalles en un lugar particular: las anotaciones de campo, especialmente en el inicio, cuando uno trata de capturar una impresión general del lugar y de la gente" (Scribano; 2008).

"En Trabajo Social hemos considerado la observación como una destreza de la vida cotidiana sistematizada, una distintiva manera de obtener información. En la misma se integra a las percepciones visuales, la audición, el tacto y el olfato" (Angrosino y Mays de Pérez, 2003 *en Burgos Ortiz*; 2011).

En cuanto a las entrevistas y la observación es fundamental contar con un **cuaderno de campo** para plasmar toda la información necesaria. "El diario de campo como medio para desarrollar la capacidad de observación y estimular el pensamiento reflexivo" (Burgos Ortiz; 2011).

La **lectura de documentos**, principalmente de las historias clínicas, "los documentos públicos y oficiales permiten conocer las perspectivas, los supuestos, las preocupaciones y actividades de quienes la producen" (Taylor y Bogdan, 1987 *en Burgos Ortiz* 2011).

III.3 Ética de la sistematización

En este apartado, considero importante remarcar el consentimiento informado en toda práctica de intervención que se realiza con un otro.

Tal como lo expone la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en su capítulo 4, artículo 7, inciso m, "el no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin consentimiento fehaciente".

Siguiendo con la Ley N° 26.529 de Derechos del Pacientes en su relación con los Profesionales e Instituciones de Salud, en su artículo 2 sostiene que "el paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o

manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente”, reconociendo la titularidad de la historia clínica.

Continuando con la misma ley, en su artículo 6 menciona que “toda actividad médico - asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley N° 25.326”. Y en el artículo 8 sostiene que “se requiere el consentimiento del paciente o en su defecto, el de sus representantes legales, y del profesional de la salud interviniente ante exposiciones con fines académicos, con carácter previo a la realización de dicha exposición”.

Enmarcados en el Código de Ética Profesional de los Trabajadores Sociales, el artículo 39 menciona que se deberá “respetar la autodeterminación de los usuarios, aceptando sus derechos a decidir y a actuar por sí mismos, incluyendo la finalización de la intervención”. El artículo 40 inciso b considera como falta a la ética profesional el “divulgar datos reservados de carácter técnico o personal sobre asuntos confiados a su estudio o custodia por los usuarios, violando el secreto profesional con el alcance previsto en el art. 45 del presente Código”.

Es por eso que se realizó, según la normativa expuesta, un consentimiento informado, el mismo fue acordado con las mujeres involucradas en la sistematización. (Adjunto en anexo copia del modelo).

“En la investigación cualitativa, nos guían cuatro principios: respeto por las personas, beneficencia, justicia y participación voluntaria. El trato respetuoso incluye la confianza, es decir, que las personas investigadas se sientan en completa libertad de expresar sus sentimiento en todo el proceso [...] otro aspecto

importante es que el investigador o investigadora comparta el análisis e interpretación de la información recopilada con las personas participantes de la investigación, lo que usualmente se conoce como devolver información” (Burgos Ortiz, 2011).

Para finalizar, es importante destacar la prioridad que tiene el consentimiento informado, en coherencia con la temática a desarrollar en dicha sistematización: una práctica que contribuya a la reconstrucción de la autonomía “perdida” en la vida institucional; y no ser contradictoria entre mi decir y mi hacer.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1 El Trabajo Social en el campo de la Salud Mental

Este capítulo tiene como fin dar cuenta de las prácticas del Trabajador Social en el campo de la Salud Mental, por eso considero pertinente comenzar por el concepto de Bourdieu respecto a **campo social**, puntualmente al campo de Salud Mental, como “espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias [...] espacios estructurados de posiciones, a las cuales están ligadas cierto número de propiedades que pueden ser analizadas independientemente de las características de quienes las ocupan [...] un campo social determinado constituye un campo de luchas destinadas a conservar o a transformar ese campo de fuerzas” (Bourdieu en Gutiérrez, 2005).

El campo de análisis de este trabajo será el campo Salud, particularmente el campo de la Salud Mental. Entendiendo, en primera instancia a la Salud, según Lucía Amico, como “el máximo bienestar posible en cada momento histórico y circunstancia determinada producto de la interacción permanente de transformación recíproca entre el sujeto social y su realidad” (Amico, 2005).

El campo de la Salud debe ser pensado como un escenario complejo y dinámico, porque “[...] las categorías de salud y enfermedad mental son tanto la expresión de problemas emocionales, cognitivos y de comportamiento, como construcciones culturales y sociales, históricamente determinadas, es decir, tienen una carga valorativa que explica por qué las definiciones de lo que es normal y patológico varían según el contexto y de acuerdo a los enfoques teóricos y los criterios de diagnóstico utilizados, las concepciones filosóficas, morales y psicológicas vigentes, y los modelos médicos predominantes” (Amico, 2005).

Y así, pensar las prácticas profesionales en “[...] un campo de fuerzas, de lucha de sentidos, en el que se enfrentan y confrontan concepciones de lo sano y lo enfermo en correspondencia con concepciones del hombre y la sociedad” (Custo, 2008).

Adhiriendo a la construcción permanente de los conceptos de Salud y Salud Mental, dependiendo del contexto, podemos dar cuenta del concepto de **Salud Mental**, a partir de la Ley de Salud Mental N° 26.657 en el artículo 3, que la define como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuyo mejoramiento implica la dinámica construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos de las personas”.

Así entendiendo que, “Salud Mental no constituye rigurosamente una disciplina, debe considerarse más bien bajo la categoría de transdisciplina [...] su objeto es en sí mismo complejo, incluye dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, antropológicas y culturales” (Galende, 2008).

Este campo tiene la “dificultad para delimitar sus fronteras, saber dónde empiezan o terminan sus límites” (Amarante,2009), ya que hay una doble existencia de lo social, una “relación de poder, de dominación-dependencia [...] en competencia y en lucha por el capital que se disputa en cada campo” (Bourdieu *en Gutiérrez*, 2005), y el campo de Salud Mental no se encuentra exento de esta batalla simbólica, en esta lucha se busca establecer la hegemonía y el dominio del más fuerte, de quien acumula mayor capital en un momento histórico determinado.

Esta lucha de fuerzas en el campo, se da a través de las posiciones que adopta cada agente, entendiendo a la **posición** como el “lugar ocupado en cada campo, en relación con el capital específico que allí está en juego [...] la toma de posición depende de la posición que se ocupa y que los puntos de vista son vistas tomadas a partir de un punto” (Bourdieu *en Gutiérrez*, 2005).

El “capital específico que allí está en juego, un estado de relaciones de fuerza entre los que cuentan con mayor capital específico y por lo tanto tienden

hacia estrategias de conservación y los que disponen de menos capital y se inclinan a utilizar estrategias de subversión” (Bourdieu *en Gutiérrez*, 2005);

Se pueden visualizar, dos paradigmas contrapuestos, siempre en pugna, entremezclados, luchando por el capital específico, por el poder-saber de la Salud Mental.

Tomando a Galende, encontramos en el campo de lucha, el **objetivismo**, que lo define como biologista, homogéneo, ahistórico, se excluye al sujeto del acceso al conocimiento diferenciando la jerarquía de poder y saber. Es objetivizante, positivista, universal, se basa en la evidencia. No se trabaja en un proceso que demora tiempo y esfuerzo, la cura debe ser inmediata. Este paradigma aplica la medicina a través de recetas, generalizando todas las situaciones y no particularizando cada “individualidad”. A la persona se la llama paciente, encerrándola en ese espacio de pasividad donde nada puede hacer por su salud y su vida, sin poder de decisión.

El autor señala ese “pasaje del dominio casi exclusivo de la disciplina médico-psiquiátrica al modelo más complejo y multidisciplinario que define los cuidados de salud mental” (Galende, 2008), como el modelo de comprensión **subjetivista**, basado en los derechos humanos, que genera un cambio de paradigma en cuanto a los conceptos de salud, ética, heterogeneidad, proceso de cura, etc. Hay un equipo interdisciplinario trabajando en pos de la salud de la persona, entendiendo al sujeto de manera integral (social, psicológica, cultural, biológica, etc.), comprendiendo que todo padecimiento no es unicausal sino multicausal, que requiere de todos los conocimientos de los profesionales para llevar adelante el abordaje subjetivo. La realidad es compleja, si nos enfocamos en un solo aspecto estamos siendo simplistas, y justamente es lo que este modelo no defiende. Ningún diagnóstico es permanente, se está en constante cambio debido a la dinámica cotidiana de la persona, caso contrario que ocurre en el paradigma simplista, objetivista.

Pensándolo en el sentido propuesto por Bourdieu, entendemos que el saber-poder de la Salud Mental será ese capital específico en juego, detentado mediante estrategias de conservación -perspectiva positivista, tradicional, objetivista- y estrategias de subversión -perspectiva subjetivista-. Advirtiendo que en el mismo juego del campo, las posiciones cambian continuamente por su carácter dinámico y contradictorio.

Pero así como en la Salud Mental, hay fuerzas que se encuentran en pugna, contrapuestas; en Trabajo Social también podemos visibilizar a lo largo de su historia modelos en pugna, que podríamos denominar como: el Trabajo Social tradicional o normativo y el Trabajo Social transformador.

El Trabajo Social en el campo de la Salud Mental, desde la perspectiva tradicional, positivista, plantea a su objeto de estudio como “el loco” a disciplinar, a corregir, poner en línea, normalizarlo para reinsertarlo en la sociedad, ya que se encuentra “fuera de la norma”.

El profesional mantiene una influencia médica, a partir de la metodología de estudio, diagnóstico y tratamiento; y la intervención, a partir del caso social individual. Denominando a los sujetos de intervención bajo el concepto de “Casos”. El Trabajador Social es visto como un técnico para hacer caridad, para intervenir bajo lógicas de ayuda, filantrópicas. Tiene una perspectiva unicausal, interviniendo a partir de los conceptos de peligrosidad, encierro y exclusión.

En esa perspectiva, no existe la posibilidad de cuestionarse las desigualdades sociales del sistema capitalista, se basa en una verdad única y definitiva. El Trabajo Social, desde su intervención, se inscribe en este paradigma, bajo las instituciones de control, inspección, registro y vigilancia de los cuerpos en la Sociedad Disciplinaria, *en un observatorio del otro*.

Las políticas son de índole disciplinarias e individualistas, son “técnicas correctivas orientadas a la regulación de la actividad del cuerpo” (Carballeda, 2006).

“La práctica profesional poseía un carácter empirista, reiterativo, paliativo y administrativo-burocrático, promoviendo la reproducción de las relaciones sociales del capitalismo y no dejando margen de autonomía para la intervención en las instituciones del Trabajador Social” (Amico, 2005).

Es necesario romper con esta práctica positivista, a partir de una renovación profesional con “perspectiva teórico metodológica crítica, basada en la investigación, el análisis, en leer lo social como una construcción subjetiva, histórica, cultural, [...] comprender y explicar lo social desde la singularidad y lo simbólico” (Amico, 2005). Como señala Carballeda, “El Trabajo Social reconceptualizado y las prácticas que incorporaron un compromiso similar, optaron por aproximarse, tomar contacto, conocer, de diferentes modos a ese lugar de “lo otro” [...] participando de experiencias en conjunto, aprehendiendo [...]” (Carballeda, 2006).

El Trabajo Social, como disciplina de las Ciencias Sociales, no debe encerrarse en conceptos puramente biológicos, propios de las Ciencias Naturales, sino buscar las multicausalidades de la problemática en salud. Se pretende pasar de lo rígido, estático, estandarizado al abordaje integral y complejo, dinámico de la intervención.

Si bien, por lo desarrollado anteriormente, la Salud Mental siempre fue un campo de dominación exclusivo de la Psiquiatría, hoy en día, a partir del concepto de Salud Mental que describe la Ley, se entiende que este campo no puede (o no debe) ser ámbito único de esta disciplina, debido a la necesidad de la mirada de la complejidad, de la construcción de la interdisciplinariedad que menciona dicha Ley.

Es decir, así es como el Trabajo Social va tomando protagonismo en el campo. Permite “abarcarse la complejidad de los fenómenos que ocurren en él. Queremos decir que el campo, en este caso el de la Salud Mental, se constituye como tal con la necesaria participación del Trabajo Social” (Méndez, 2006).

Desde el Trabajo Social “las acciones que realiza y que se direccionan hacia la restitución de la autonomía, como las acciones que se direccionan hacia la restitución de la capacidad jurídica y las acciones que se direccionan hacia la restitución de la ciudadanía” (Méndez, 2006).

El Trabajo Social en el campo de la Salud Mental desarrolla un papel fundamental, a partir del concepto de interdisciplina, mencionado en la Ley, y en el paradigma del subjetivismo; siendo la persona el eje central de toda intervención/el vector principal de intervención; y como menciona Franco Basaglia, “hay que poner a la enfermedad entre paréntesis para ocuparse del sujeto de la experiencia”, dejando a un costado el diagnóstico médico para enfocarse en profundidad en la persona, lo que piensa, siente, su historia, lo que lo atraviesa, etc. *La persona tiene mucho más que decir que un diagnóstico.*

Si bien el Trabajo Social ha avanzado en cuanto a su intervención profesional en lo social, actualmente se puede visualizar esta lucha en las prácticas del Trabajador Social en el campo de la Salud Mental; prácticas más ligadas a la institucionalización que a la desinstitucionalización; prácticas en pugna, entrelazadas, no pudiéndose encontrar de forma pura o neutra, porque la misma sociedad es dinámica y compleja

IV.2 Prácticas de institucionalización/desinstitucionalización: desde la mirada de lo cotidiano.

Damos comienzo a este capítulo haciendo referencia al concepto de prácticas (en el campo de la Salud Mental), siendo necesario retomar los conceptos de campo y habitus de Bourdieu.

Los campos sociales como “espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias” (Bourdieu *en Gutiérrez*, 2005), mientras que *habitus* “toma la forma de un conjunto de relaciones históricas incorporadas a los agentes sociales [...] un campo no es una estructura muerta, es un espacio de juego que existe en cuanto tal, en la medida en que hay jugadores dispuestos a jugar el juego, que creen en las inversiones y recompensas, que están dotados de un conjunto de disposiciones que implican a la vez la propensión y la capacidad de entrar en el juego y de luchar por las apuestas y compromisos que allí se juegan.” (Bourdieu *en Gutiérrez*, 1995).

Así, podemos entender a las prácticas como estrategias, en cuanto a la “defensa de los intereses ligados a la posición que se ocupa en el campo de juego específico” (Bourdieu *en Gutiérrez*, 1995). **Prácticas sociales** en términos de “estrategias, líneas objetivamente orientadas que obedecen a regularidades y forman configuraciones coherentes y socialmente inteligibles” (Núñez, 2008).

Estas prácticas, como estrategias, actúan en este campo de juego, de lucha, dispuestas a jugar; las que lo acumulan y las que lo detentan, y las que esperan poseerlo. La posesión del capital, a través de las estrategias de conservación, otorgan autoridad y poder; y los que luchan por su posesión adoptan estrategias revolucionarias, de subversión. Es una relación de dominación-dependencia, siempre en movimiento, dinámica, que se expresa en escenarios cotidianidad.

En el campo de la Salud Mental podemos encontrar, distintas posiciones, distintos puntos de vista según sus intereses; una doble existencia de lo social; prácticas de institucionalización y de desinstitucionalización; de manicomialización y de desmanicomialización; de dominación y subversión, “de luchas destinadas a conservar o a transformar ese campo de fuerzas [...] estamos considerando a los campos sociales en su aspecto dinámico” (Bourdieu *en Gutiérrez*, 2005).

Las prácticas sociales se presentan en la cotidianeidad de forma “confuso y difuso de “problemas” de diferente índole” (Núñez, 2008).

Las prácticas reproductoras de esta institucionalización, como de la desinstitucionalización, no responden a un ámbito o a una disciplina exclusivamente. Se pueden dar tanto dentro como fuera de la institución, y son llevadas adelante por todas las disciplinas que están en juego.

El Trabajo Social se inscribe en estas prácticas de institucionalización a partir del positivismo (el cual hemos mencionado en el capítulo anterior, paradigma que adscribe a principios de objetividad, uncausalidad, neutralidad, etc.). Reproduciendo el encierro, la cosificación, enfocándose en la enfermedad, el diagnóstico, y no en el sujeto de la experiencia.

En la vida cotidiana se despliegan esas estrategias de conservación y de subversión, que develan y se ponen en marcha para asegurar mecanismos de continuidad y/o ruptura del poder, para ejercer prácticas de institucionalización, como de desinstitucionalización, luchando por acumular el capital en juego.

Porque la vida cotidiana es un ámbito de lucha; “por la simple supervivencia, por un puesto mejor interior en la integración dada, por un puesto en el seno del conjunto de la sociedad, cada uno según sus necesidades y capacidades [...] Como la vida, en cuanto apropiación de la alienación, forma (y deforma) al hombre particular” (Heller, 1977).

“En la vida cotidiana los tipos de actividad son tan heterogéneos como las habilidades, las aptitudes, los tipos de percepción y los afectos; o más

exactamente ya que la vida cotidiana requiere tipos de actividad netamente heterogéneos, en ella se desarrollan habilidades, aptitudes y sentimientos netamente heterogéneos. Proceso de homogeneización, como una “salida” de la cotidianidad, donde no actúa toda nuestra entera individualidad” (Heller, 1977).

Así, a partir de la institucionalización, particularmente desde las prácticas, se observa esta homogeneización que viven o “sobreviven” los *pacientes* en clínicas de Salud Mental, donde la singularidad de cada sujeto no existe, no es tenida en cuenta; es todo una gran masa de personas que no tiene capacidades y habilidades individuales. Se cosifica al sujeto privándole de su autonomía, “imponerle una rutina diaria que considera ajena, forzándolo de tal modo a asumir un papel que lo desidentifica, hay una mortificación del yo” (Heller, 1977).

Esa rutina que no tiene en cuenta la opinión o necesidades de las personas, donde “se indicaran las horas de sueño, las dietas, el manejo de la sexualidad, la forma de pararse, sentarse y descansar” (Carballeda, 2004).

“Estas instituciones y sus prácticas instituidas, en consecuencia, provocan en el *paciente* una fuerte dependencia a la institución, carnificación, pérdida de identidad, autonomía, desvinculación familiar y social” (Amico, 2005).

En ese planteamiento de la vida cotidiana en la institución, se torna difícil pensar en el ejercicio de la autonomía, porque no hay posibilidad real de participar en las decisiones; esta todo impuesto. “La institucionalización provoca una fragmentación [...] la internalización de nuevas reglas, la pérdida de autonomía, de singularidad como individuo, y la masificación, van a marcar su trayecto de vida dentro de una institución psiquiátrica” (Amico, 2005).

Las clínicas de internación, no se encuentran exentas de la doble existencia de lo social (en las cosas y en los cuerpos), las prácticas se encuentran en pugna, luchando por la mayor acumulación del capital, se expresan en esa relación dialéctica, interrelacionada, entre prácticas de institucionalización y de desinstitucionalización.

En estas instituciones, se homogeneiza a las personas y no se ve la singularidad, ya que esto es propio del sistema manicomial. Porque “el manicomio no sirve para curar la enfermedad mental, sino solamente para destruir al paciente, para controlar su desviación, su improductividad” (Basaglia, 2008), y acá, es donde nos planteamos si es la enfermedad o la institucionalización lo que enferma a las personas, ya que “es el Hospital el que cura o el que puede llegar a matar” (Pellegrini, 2005).

“Las instituciones totales desbaratan o violan aquellos actos que en la sociedad civil cumplen la función de demostrar al actor, que tiene cierto dominio sobre su mundo, que es una persona dotada de la autodeterminación, la autonomía, y la libertad de acción propias de un adulto” (Goofman; 1988). Clasifica la “desculturalización” como la incapacidad de resolver cuestiones de la vida diaria una vez que salen de la institución total y absorbente.

“Se debe permanecer las veinticuatro horas del día, es decir, que no hay un afuera de él, todo este ámbito tiene un peso psicológico enorme pues no hay cambio, siempre los mismos recorridos, los mismos detalles; a través de los años se llega a conocer cada rinconcito de esa tumba de vivos” (Moffat, 1988). Y así, el “individuo es un cuerpo sujetado, atrapado en un sistema de vigilancia y sometido a procedimientos de normalización” (Foucault, 2007).

Esta institución de vigilancia y castigo se da en el contexto de la Sociedad Panóptica, donde “no se trata de reconstruir un acontecimiento, sino de vigilar sin interrupción y totalmente. Vigilancia permanente sobre los individuos por alguien que ejerce sobre ellos un poder; maestro de escuela, jefe de oficina, médico, psiquiatra, director de prisión, y que, porque ejerce ese poder, tiene la posibilidad no solo de vigilar, sino también de constituir un saber sobre aquellos a quienes vigila [...] un saber de vigilancia, de examen, organizado alrededor de la norma por el control de los individuos durante toda su exigencia” (Foucault, 2003).

En la Sociedad Disciplinaria, el poder disciplinario determina “[...] una captura total, [...] que tiende a ser una captura exhaustiva del cuerpo, los gestos,

el tiempo, el comportamiento del individuo” (Foucault, 2007). Denominando al “*enfermo mental*” como “residuo de todos los residuos, [...] dentro de una sociedad” (Foucault, 2007).

Así, este poder disciplinario, a partir del control y la captura total del cuerpo, modifica exhaustivamente “las relaciones entre la singularidad somática, el sujeto y el individuo” (Foucault, 2007).

Al sujeto se lo ve como el “objeto de intervención”, como un cuerpo capturado, sometido y estático, despojándolo de su singularidad, se aplican intervenciones estandarizadas, de receta, masificando el padecimiento mental, y no particularizándolo; desde la unicausalidad del padecimiento y no desde la multicausalidad. La dicotomía normal-anormal cobra relevancia con el fin de “normalizar” al anormal, conducirlo por el camino de la normalidad, pasando por estas instituciones de control y vigilancia, los manicomios. *Donde se priva a la persona de la libertad de elegir, de ser, de vivir. De construir su propia identidad e historia.*

Repasando a los autores citados y visualizando en la práctica el impacto que produce la institucionalización prolongada e innecesaria en las personas con padecimiento psíquico, los manuales son estandarizaciones de esas prácticas y no visibilizan las singularidad; podemos pensar a la institucionalización como un hecho patologizante, tal la expresa Pellegrini como “Patología del encierro”, y clasifica los principales síntomas, los cuales son: “la repetición, la monotonía, la automatización, el empobrecimiento de la creatividad vinculada a la existencia de hechos nuevos, la estereotipia, la imposibilidad de elegir hasta lo más elemental de los seres humanos (horarios, comida, ropa, actividades) [...] sujetos institucionalizados, sobreadaptados, sometidos, dependientes, que adoptan en general la manipulación como técnica de supervivencia, y que pierden la autonomía” (Pellegrini, 2005).

Entendiendo que nada aparece en estado puro, se busca “superar la falsa dicotomía entre objetivismo y subjetivismo, recuperar los logros de ambas

perspectivas y avanzar así en la comprensión y explicación de las prácticas sociales” (Bourdieu en Gutiérrez, 2005), porque todo se presenta en su doble sentido, en una relación dialéctica: entre institucionalización y desinstitucionalización. Es por eso que resulta difícil, e imposible poder separar, diferenciar ambas prácticas; y si así lo fuera, tampoco serían prácticas que permitan comprender y explicar la realidad.

IV.2.1 La persona como situación singular en el campo de la Salud Mental

Estas prácticas deben darse a partir de “la transformación de nuestra mirada, que estamos viviendo, que implica pasar de la búsqueda de certezas a la aceptación de la incertidumbre, del destino fijado a la responsabilidad de la elección, de las leyes de la historia a la función historizante, de una única perspectiva al sesgo de la mirada” (Najmanovich; 2001).

A partir de esta mirada historizante, se puede llevar adelante las prácticas desde la **singularidad de las situaciones**, señalando que “lo singular, es el aspecto que da cuenta de la individuación del sujeto como ser único e irrepetible, su configuración subjetiva; se trata del "es" como síntesis. Este modo de comprender la categoría sujeto nos compromete con la dignidad humana reconociendo al otro como sujeto de derechos, a la vez que nos exige la reflexión sobre las condiciones de vida presentes e históricas para entender sus necesidades, intereses y deseos, su expresión como ser singular” (Cazzaniga, 2001).

Adhiriendo al concepto de Salud Mental descripto anteriormente, y al concepto de singularidad analizado por Cazzaniga es que podemos afirmar que “el sujeto enfermo no es una pieza anatómica ni una función aislable, no puede ser observado, descrito o contemplado de un modo objetivo porque su comportamiento, su forma de pensar, la construcción de significados en sus

interpretaciones delirantes, sus alucinaciones, hacen a una experiencia singular en la que están presentes todas las dimensiones de su ser histórico y social” (Galende, 2008).

Desde el abordaje de la singularidad, se piensa que “la práctica interpela al conocimiento desde lo empírico, pregunta, interroga desde el hacer cotidiano. Pero requiere de una instancia reflexiva en diálogo con la teoría [...] una sumatoria de diferentes componentes que intentan dar desde el hacer cotidiano una coherencia a la totalidad de la misma” (Carballeda, 2007).

Las prácticas desde la singularidad no implican trabajar sobre lo que creemos que es lo mejor, o más apropiado para las personas, es más profundo que eso; fundamentando que “la comprensión del sufrimiento mental no puede intentarse fuera del afecto y sensibilidad del que sufre, de los modos de su experiencia como sujeto y de la historia vivencial de su vida, es decir, de su historia” (Galende, 2008).

No debemos caer en la intervención de receta, la que no se cuestiona y naturaliza, debemos enfocarnos en la situación singular de la persona, y no la generalidad, la masificación, porque esta última no cumple con la defensa de los derechos de las personas con padecimiento mental.

La práctica desde la singularidad, pretende la particularidad de cada situación, sin generalizar, propiciando la construcción en conjunto del “sujeto único, histórico, de la experiencia”.

IV.2.2 Autonomía y Toma de decisiones:

“El sujeto de la experiencia”

Es fundamental hacer un pequeño apartado, para desarrollar los conceptos de **autonomía y toma de decisiones**, y lo que significa para las personas con padecimiento mental en el pleno ejercicio de su vida independiente, como sujetos de la experiencia.

Entendiendo la posibilidad de elegir, como la experiencia en donde la persona es “autónomo en una sociedad y tiene la posibilidad real, y no sólo formal, de participar, junto con todos los demás, en un plano de igualdad efectiva, en la formación de la ley, las decisiones acerca de ella, su aplicación y el gobierno de la colectividad [...] el régimen democrático real y directo, donde todos los ciudadanos pueden tener acceso a la participación efectiva y a la toma de decisiones, es la forma de gobierno que puede favorecer la realización del proyecto de autonomía social” (Anzaldúa Arce, 2008 *en Negroni* 2011).

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), sancionada con fuerza de Ley Nacional N° 26.378 en mayo de 2008, en el artículo 12, *sobre la capacidad jurídica y la personalidad jurídica*, las denomina como la aptitud de ser titular de derechos como también para ejercerlos por sí mismos.

Todas las personas tienen el derecho al goce y al ejercicio de su capacidad jurídica. Es decir que cada persona toma sus propias decisiones y se respetan, y nadie toma decisiones por otros, tienen derecho a decidir y equivocarse, lo que “implica el reconocimiento de cada sujeto, la individualidad como persona, más allá de una enfermedad mental” (Iglesias, 2012). Relacionándolo con lo que entendemos por autonomía como “la elección entre alternativas, el hecho de la elección, su contenido, su resolución, están marcadas por la individualidad de la persona. La actividad cotidiana está compuesta por una serie prácticamente infinita de elecciones” (Heller, 1977).

También, en la misma Convención, en su artículo 19 se menciona el *derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad*, entendiéndolo a la **vida independiente** de una persona “cuando tiene el poder de elegir libremente y tomar decisiones sobre su propia vida, es decir, cuando controla su vida. Estas decisiones tendrán que ver con las actividades y cuestiones cotidianas, así como con temas más importantes, como: dónde vivir, cómo y con quién [...] es posible que algunas de estas decisiones sean difíciles de resolver para algunas personas, y en estos casos ellas mismas recurrirán a un

apoyo de su elección. Tener la libertad de tomar las decisiones acerca de la propia vida y la posibilidad de participar plenamente en la comunidad” (Remón, 2015), y para el cumplimiento de este derecho es necesario la autonomía de las personas, ya que “confiere una vida independiente, permitiéndole el goce y disfrute de una vida plena en toda su extensión y su inclusión en la sociedad en todos sus roles y en igualdad de condiciones con el común denominador de las personas” (Remón, 2015).

El acto de decidir implica un “momento utópico individual de realización de los planes de vida, de los proyectos vitales, de satisfacción de necesidades, condicionado por la dimensión social de la actividad humana. El sentido de esta libertad moral debe ser generalizado, es decir, que todas las personas deberían estar en situación de alcanzarla” (Rafael de Asís *en Palacios*, 2008).

Y, la discapacidad psicosocial o sufrimiento mental no debe ser un impedimento para gozar de este derecho ya que “todo ser humano tiene limitaciones para desarrollar algunas actividades: cantar, realizar cálculos matemáticos, orientarse en un lugar desconocido, correr, practicar deportes, bailar, retener datos, recitar poesía, cocinar, realizar manualidades” (Palacios, 2008).

Tomando como bibliografía de referencia la Declaración de Caracas, donde se sostiene que la internación en personas con padecimiento mental genera una discapacidad social, aislando a la persona de su medio social, vulnerando sus derechos humanos. Sostenemos la necesidad de pensar-construir prácticas en el medio comunitario de la persona, ya que “el único lugar posible de remedio de la enfermedad es el medio natural de la vida social, la familia” (Foucault, 2008).

El carácter irreversible de la “enfermedad mental” todavía se encuentra en discusión en el campo, teniendo sectores a favor y otros en contra. Sin embargo, diremos que el abordaje desde la conceptualización de lo modificable-reversible, posibilitará un tratamiento para mejorar la calidad de vida de las personas con padecimiento mental.

Señala Pellegrini, “ya ha sido superada la etapa de los clásicos servicios manicomiales donde los pacientes declarados “incurables” yacían dispersos en largos corredores como despojos humanos a la espera de un tiempo muy largo que pusiera fin a una existencia que ya mucho antes había perdido el carácter de tal” (Pellegrini, 2005), aunque actualmente podemos ver en las prácticas, las internaciones prolongadas como único tratamiento; donde la lucha por la acumulación del capital en juego está en pleno auge para desplegar estrategias de dominación-dependencia.

Por eso, el carácter reversible implica “rehabilitar la subjetividad, recuperar una sociabilidad en los niveles en que sea posible” (Galende, 2008).

Desde el Trabajo Social Transformador, se trabaja (o se intenta) para que las personas en padecimiento psíquico puedan ejercer sus derechos, para favorecer su autonomía, y como se mencionó anteriormente, ofrecer la internación como último recurso de tratamiento. Se busca “recrear vínculos con la comunidad para evitar la cronicidad, el aislamiento del portador del trastorno mental, con respecto a su ambiente social [...] procurar en el paciente externado la adquisición de la autonomía necesaria para mitigar las huellas profundas que deja la institucionalización” (Amico, 2005).

Para lograr lo mencionado anteriormente, es que los profesionales deben trabajar, en conjunto con las familias y la comunidad, en la construcción o reconstrucción de una **red de apoyo** que permita el pleno ejercicio y goce de los derechos, “reestablecer en ellos las condiciones de una ciudadanía plena” (Amico, 2005), evitar las recaídas y por ende, las internaciones.

Generar este apoyo social, en una ayuda mutua donde haya una complementariedad de las necesidades a satisfacer. A través de esta red de apoyo “se brinda ayuda material y simbólica, generando puentes de comunicación e interconexión. La existencia de **apoyo social** se correlaciona positivamente con la sensación de bienestar subjetivo, la salud física y mental, la calidad de vida, y

una mejor respuesta y preservación ante los estresantes y traumatismos físicos y psíquicos” (Fabris; 2009).

“Pensar el campo de la salud mental y atención psicosocial no como un modelo o sistema cerrado, sino como un proceso: un proceso que es social y un proceso social que es complejo” (Amarante, 2009).

A partir de este proceso social y complejo “es preciso desintitucionalizar/deconstruir/construir en la cotidianeidad de la instituciones una nueva forma de lidiar con la locura y el sufrimiento psíquico [...] sabiendo que es posible trascender los modelos preestablecidos por la institución médica, moviéndose en dirección a las personas y a las comunidades” (Amarante, 2006).

Es posible asumir el trabajo interdisciplinario de reconstruir la autonomía arrasada en el periodo prolongado de institucionalización, trabajando con la persona desde una práctica singular, donde “se sientan protagonistas de sus propios cambios y actores principales en la recuperación de sus pares rompiendo los modelos autoritarios paternalistas” (Cohen, 2005); creando estrategias ante la falta de recursos, por ejemplo, la convivencia supervisada de las dos mujeres involucradas en dicha sistematización.

“El modelo psiquiátrico y asilar que las oprimió les redujo las expectativas, les entorpeció los proyectos de vida, les aplastó las expresiones y sentimientos. De esta forma, la gran mayoría de ellas no tiene condiciones de volver a vivir sin la ayuda de terceros y, por eso, es muy importante que se organicen programas y estrategias de apoyo psicosocial para estas personas, entre las cuales se encuentran las estrategias de residencialidad [...] los equipos pueden seguir acompañando a las personas en los distintos grados de autonomía e independencia” (Amarante, 2009).

Este Proyecto de Convivencia, como una práctica del equipo interdisciplinario, se establece a partir del armado de “una red de relaciones entre sujetos, sujetos que escuchan y cuidan” (Amarante, 2009), haciendo partícipes a familiares, profesionales, y a la comunidad, que la comunidad sea el dispositivo.

Estas redes de intervención deben enfocarse en la comprensión transformadora, como “una coherencia entre la teoría sobre el sufrimiento mental y la práctica de una comprensión que no es aplicación de un saber pleno y constituido, sino el de un saber que se construye en la misma relación entre terapeuta y paciente [...] *toda relación terapéutica es una relación humana*” (Galende, 2008).

Pero es importante destacar que esta relación, no debe ser únicamente de la persona con padecimiento psíquico y el profesional, sino que “la misma **comunidad** intervenga con tolerancia y ayuda, que no sufran el destino del estigma y la exclusión de su sociedad y su familia, que el trato este dirigido a restablecer sus capacidades de integración a la vida social, a la de su comunidad, que quienes los traten no sean solo los especialistas sino que también participen su familia y la comunidad en los criterios para su integración a la vida” (Galende, 2008).

El trabajo con la comunidad tiene como “meta final la recuperación de las condiciones de ciudadanía del *paciente*. Para esta meta es necesario recorrer el camino de lo local, es decir, establecer relaciones inmediatas, que sean estables y tengan continuidad” (Galende, 2008).

Observando la trayectoria histórica, podemos analizar que el neoliberalismo de la década del 90 en Argentina dejó sus secuelas en la comunidad; produjo padecimientos subjetivos, debido a la fragmentación social, el individualismo; como consecuencia: la ruptura de los lazos sociales y del proyecto colectivo. Antiguamente, “la finalidad del aislamiento no era el tratamiento, sino proteger a la sociedad de aquellos que infringen las normas sociales” (Foucault, 1990). Siendo el “manicomio [...] el lugar donde ocultar lo que afeaba el espacio público de la sociedad [...] la segregación de la marginalidad, el control y la disciplina. El manicomio marca el límite interior-exterior. El muro restablece la polaridad de los espacios públicos y privados” (Galende *en Pellegrini* 2005).

La misma sociedad que expulsó a la persona con padecimiento mental, es la que debe incluirla, por eso no hay que apartar a la comunidad del trabajo en red, hacerla participe de las prácticas de desmanicomialización. Así, “una sociedad inclusiva deberá demostrar en acciones pequeñas y resueltas que admite la diferencia que cada ser humano trae en su condición” (Iglesias, 2011).

Para ir finalizando, es necesario aclarar que tanto las prácticas de institucionalización, como de desinstitucionalización, (del Trabajador Social), como las prácticas expresadas en la vida cotidiana de personas con padecimiento mental, familiares, etc., no se dan de forma separadas y diferenciadas como se encuentran en la narrativa del capítulo, ya que ello responde a la necesidad de un orden analítico. Ya que la realidad es confusa y dinámica, las prácticas cotidianas, se encuentran constantemente entremezcladas y en pugna, luchando por acumular el mayor capital, para el ejercicio del saber poder de la Salud Mental, a través de las estrategias de conservación y de subversión.

IV.3 Marco jurídico-legal en el campo de la Salud Mental

En este capítulo se considera pertinente describir el marco jurídico-legal habilitador de nuevas prácticas en el campo de la Salud Mental, priorizando aquellas vinculadas al problema de estudio de la presente sistematización. Describiendo y analizando la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad N° 26.378, la Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de Salud N° 26.529 y la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

IV.3.1 Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad

La Convención se aprobó el 13 de diciembre de 2006 en la Asamblea General de la ONU, en su formulación participaron organismos de Naciones Unidas, Estados y organizaciones de Personas con Discapacidad. La misma, en Argentina cuenta con jerarquía constitucional desde el año 2008, mediante la Ley N° 26.378.

La Convención permitió pasar de un “modelo médico-rehabilitador”, centrado en la enfermedad y en la “normalización” del sujeto, a un “modelo social” donde “no son las limitaciones individuales las raíces del problema, sino las limitaciones de la propia sociedad, para prestar servicios apropiados y para asegurar adecuadamente que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la organización social” (Palacios *en Acuña y Goñi*, 2010).

Esta Convención no busca crear nuevos derechos a las personas con discapacidad, sino garantizar el mismo acceso a los derechos, ya reconocidos a

todas las personas. Esta herramienta jurídica permite dar “visibilidad” a las personas con discapacidad, “lo que está verdaderamente en juego es el respeto de sus derechos como persona y ciudadano” (Acuña y Goñi, 2010).

En el artículo 1° se menciona el propósito de la Convención el cual es “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”.

Los principios generales definidos en el artículo 3° de la Convención son:

- “El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;
- La no discriminación;
- La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;
- El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;
- La igualdad de oportunidades;
- La accesibilidad;
- La igualdad entre el hombre y la mujer;
- El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad”.

Un aporte importante de la Convención, lo encontramos en el artículo 12° sobre el igual reconocimiento como persona ante la ley, el reconocimiento de la personalidad jurídica y la capacidad jurídica. La “**Capacidad Jurídica** es un concepto más amplio que lógicamente presupone la capacidad de ser un titular de derechos y obligaciones, pero además supone la capacidad de ejercer dichos derechos y contraer obligaciones por sí mismos” (Palacios, 2008), que implica la

libertad para tomar decisiones, con la posibilidad de equivocarse, y no en la sabiduría de elegir.

Y por último, el artículo 19, menciona el **derecho a vivir de forma independiente**, y a participar y ser incluido en la comunidad: “el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptar medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, asegurando en especial que:

a) Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico;

b) Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta;

c) Las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones, de las personas con discapacidad y tengan en cuenta sus necesidades.”

IV.3.2. Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de Salud N° 26.529

Esta Ley nacional fue sancionada y reglamentada en el año 2009, dando un nuevo punto de vista a la relación de la persona (usuaria de las instituciones de salud) con padecimiento mental y los profesionales.

Esta Ley está dividida en cinco capítulos, los cuales son: derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud, información sanitaria, consentimiento informado, historia clínica y disposiciones generales.

En el Capítulo I, artículo 2 se mencionan los derechos de los pacientes, tanto en relación con los profesionales, como con las instituciones de salud:

a) “**Asistencia.** El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente;

b) **Trato digno y respetuoso.** El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes;

c) **Intimidad.** Toda actividad médico - asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles;

d) **Confidencialidad.** El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente;

e) **Autonomía de la Voluntad.** El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud;

f) **Información Sanitaria.** El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información;

g) **Interconsulta Médica.** El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.”

El Capítulo III, hace referencia al **Consentimiento Informado**, entendida “como la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada”. Se prepondera así la autonomía y el poder de decisión de la persona en relación a su estado de salud y la forma de tratamiento. Este acto no solo es informativo, sino participativo, es decir un consentimiento participativo en el que la persona interviene en las decisiones.

En el Capítulo IV, donde se menciona la **Historia Clínica**, la cual debe ser única y personal, y no divulgarse los datos personales de la persona sin autorización del titular.

IV.3.3 Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657

*“No hay salud sin libertad,
no hay salud sin trabajo y educación,
no hay salud sin vivienda,
no hay salud sin dignidad nacional”
Pellegrini.*

En 2010 se sancionó en Argentina la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, estableciendo las condiciones de posibilidades para el ejercicio de los derechos de las personas con padecimiento mental y un marco legal de derechos laborales a los trabajadores de la salud.

A partir de este nuevo paradigma de la complejidad en el que se inscribe la Ley, se legaliza la posibilidad de empezar a pensar prácticas interdisciplinarias; entendiendo a la persona en su integralidad, sin dar más importancia a un aspecto que a otro, ya que “en la vida real los individuos viven estos aspectos de manera integrada desde el comienzo de la vida” (Galende, 2008).

Esta fecha quedará en la historia Argentina, marcando un punto de inflexión en las conceptualizaciones jurídicas respecto a la Salud Mental, ya sea en su planteamiento y la forma de abordaje interdisciplinaria, entiendo que es uno de los primeros pasos de transformación a nivel nacional, que presenta como antecedente las leyes existentes en la Provincia de Río Negro la N° 2.440, en la Provincia de Chubut la N° 5.845 y en la Provincia de San Luis la N° 536.

Pero no debemos descansar en la “letra escrita e inamovible”, sino ponerla en movimiento y defender cada uno de sus artículos en los actos concretos del ejercicio profesional.

La Ley da un salto cualitativo, sobre el concepto de Salud Mental y las modalidades de abordaje del tratamiento, una nueva forma de intervención, ya que permite “crear nuevos dispositivos, nuevas técnicas, y producir cambios institucionales profundos. Hablar en primera persona del singular y dejar de poner el problema fuera de nosotros, porque se trata también de nuestros propios

derechos como profesionales y trabajadores de la Salud Pública, de nuestras vocaciones humanas de realización personal” (Pellegrini, 2005).

La “reparación y restauración de derechos se logra con la visión de una ley, que establece un marco jurídico de garantías, trayendo en forma permanente la palabra, la voz de miles de personas silenciadas en procesos y espacios de atención que han marcado un vacío social que mantiene un estereotipo de exclusión y discriminación” (Iglesias, 2011). Esto se puede apreciar desde el artículo 7 de dicha Ley donde se mencionan los derechos de las personas con padecimiento mental, reconociéndolos como sujetos protagonistas de su tratamiento.

Los derechos, además de ser reconocidos, es necesario que sean ejercidos, conociendo el abuso de poder que hay en las instituciones psiquiátricas, se crea el Órgano de Revisión, mencionado en el capítulo X, encargado de dicha tarea, controlando las internaciones voluntarias, y las involuntarias, en instituciones públicas como privadas, priorizando a la persona como sujeto de derechos.

Enrique Carpintero en su libro “La subjetividad asediada”, destaca cuatro aspectos de la Ley:

1) **Derechos Humanos.** Para las internaciones, se reemplaza el concepto de peligrosidad para sí o para terceros, por el de riesgo cierto e inminente. “Los profesionales y empleados en instituciones psiquiátricas serán responsables de informar, al juez y al órgano de revisión, sobre cualquier trato indigno o inhumano” (Carpintero, 2011). Se reconoce el concepto de persona, y paralelamente, de derechos humanos a respetar a través del Órgano de Revisión.

2) **Equipo interdisciplinario.** Si bien es conocido históricamente que la Psiquiatría ha dominado el campo de la Salud Mental, a partir de esta Ley, en su artículo 8, se promueve la atención a través de un equipo interdisciplinario, ya que se entiende el padecimiento mental por diversas causas sociales, culturales, biológicas, etc. Así se cree que “la humanización de los tratamientos requiere

romper con el individualismo de las prácticas profesionales” (Pellegrini, 2005). Y este tratamiento debe realizarse preferentemente en el ámbito de la comunidad, y no de los hospitales psiquiátricos. Remarcando que “no se trata de abrir las puertas para que salga sino de tomarle la mano y conducirlo, a través de estrategias conjuntas con el resto de la sociedad que tiene la obligación de abrigarlo, porque quiera o no es parte de ella” (Alonso Sainz, 2011).

3) **Prohibición de creación de nuevos manicomios.** El artículo 27 hace mención a la prohibición de creación de nuevos manicomios o instituciones de internación; y los ya existentes, deben adaptarse a los principios de la Ley. Se busca realizar el tratamiento en la comunidad, reforzando los lazos sociales asegurando que “es posible reparar el daño que los manicomios producen; que es posible humanizar los tratamientos; y que no hay justificativo alguno para salas o corredores mugrientos, depositaciones, marginación, y violencia institucional” (Pellegrini, 2005).

4) **Igualdad de condiciones de los profesionales.** Volviendo a la categoría de interdisciplinariedad en referencia al tratamiento, en el artículo 13 se menciona la igualdad de condiciones de los profesionales de diferentes disciplinas para ocupar el cargo de conducción de los servicios de salud, priorizando siempre la idoneidad para dicho cargo.

Los artículos 9² y 11³ de dicha Ley, han sido los vectores principales, en este Proyecto de Convivencia Supervisada, el tratamiento enfocado en reforzar los lazos sociales propios de la comunidad, y no seguir tratando el padecimiento en la

² ARTICULO 9° — El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

³ ARTICULO 11° — La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas. (Ley Nacional de Salud Mental N°26.657)

institución justificando que “es un contrasentido pretender la recuperación de habilidades sociales, adquisición de significados que regulan la vida social, en lugares artificiales que mimetizan básicamente el funcionamiento del hospital mismo” (Galende, 2008).

Es para destacar que la Ley no debe ser el único recurso a utilizar para la intervención profesional, sí el marco jurídico-legal específico, ya no basta con una única lectura al principio de nuestras prácticas, este contexto legal deberá construirse como el “lugar a donde volver”, a fin de plantear y replantear las prácticas profesionales.

Si bien, la sanción, y luego reglamentación son un hito histórico de gran peso para nuestra Nación, es el principio de un largo camino para transitar juntos en esta sociedad compleja, que renueva constantemente las problemáticas y necesidades. No quedarse en el lugar de “espera”, sino involucrarse en el trabajo cotidiano de la Salud Mental.

Ninguna Ley, por más peso y fuerza que tenga, podrá ser aplicada, en este caso la Ley de Salud Mental, si no se modifica la toma de conciencia de la sociedad. Se necesita de un cambio en la forma de pensar la Salud Mental, para que la Ley tenga legitimidad, se constituya y efectivice; trabajo que también nos incumbe a los profesionales de la salud. Hay que derribar los muros de manicomios que tenemos en las cabezas.

IV.4 Experiencias Nacionales y Latinoamericana de Convivencia Supervisada

En este capítulo abordaremos las conceptualizaciones respecto a las prácticas de Salud Mental mediante experiencias concretas llevadas a cabo, para demostrar que “lo escrito se puede hacer realidad”.

A continuación, se destacan tres experiencias de desmanicomialización, y particularmente, de convivencias supervisadas, que sirven como referente empírico para llevar adelante las prácticas profesionales.

IV.4.1 P.R.E.A (Programa de Rehabilitación y Externación Asistida). Una experiencia de abordaje singular

*“sin Libertad
es imposible pensar en Salud,
que el encierro solo agrega
sufrimiento al que ya sufre”
Pellegrini*

El Programa tiene sus inicios en el Hospital Interzonal José A. Esteves, en Temperley, Buenos Aires; en el mes de junio del año 1999. El cual propone la externación de las personas internadas en dicho Hospital Neuropsiquiátrico, promoviendo redes sociales en la comunidad, que actúen como soportes del proceso de externación.

Se entiende a la externación asistida como “el pasaje de estos pacientes a una vida social en pleno ejercicio de sus derechos ciudadanos” (Fundación Contener). Contemplando el derecho a la vivienda, al trabajo, a proyectar sus vidas, y también el derecho a ser tratados como sujetos individuales; contando con la asistencia de los profesionales que cada situación requiere. Esta “asistencia que

constituye a su vez un derecho ciudadano y por lo tanto una obligación por parte del Estado” (Cáceres, 2009).

El objetivo fundamental del P.R.E.A. consta de “la externación y reinserción social de personas con años de internación, cronificadas en la institución neuropsiquiátrica, que pasan a convivir en grupos de entre 3 y 5 personas en casas que el Hospital alquila en el barrio con su propio presupuesto, siendo el Programa garante de la atención clínica y social que lo hace sustentable” (Cáceres, 2009).

Se busca sostener la externación en la comunidad, sobre todo de las personas que carecen de soportes familiares y económicos, organizando redes asistenciales y sociales que actúen como sostén y apoyo; y que estas redes, se conviertan en los nuevos soportes familiares.

Cáceres junto al equipo interdisciplinario, dan cuenta de la participación al Programa, que involucra a:

- pacientes internados dispuestos a trabajar, primero por su externación y luego por recuperar y sostener su lugar como ciudadanos;
- trabajadores de los hospitales psiquiátricos con disposición para el trabajo en espacios comunitarios;
- familiares que no estando en condiciones (materiales o subjetivas) de ser apoyo de la externación, estén sin embargo dispuestos a acompañar este proceso;
- personas de la comunidad que, trabajando por su propia salud, se transforman en agentes activos de la integración social.

“La meta de la desinstitutionalización no solo se propone la recuperación de la dignidad de las personas internadas, sus derechos a una atención en mayor libertad y respeto de la intimidad, sino que también para el personal supone una mayor dignidad personal al atender bajo cuidados más solidarios, en condiciones de mayor libertad institucional y mayor reconocimiento social de su labor” (Galende, 2008).

IV.4.2 Salud Mental en la Provincia de San Luis, un Hospital en movimiento⁴ (Jorge Luis Pellegrini, 2005)

En 1993 comenzó un cambio en el Hospital Psiquiátrico de San Luis, hoy conocido como Hospital Escuela de Salud Mental, pasando del encierro a la humanización del tratamiento y la defensa de los Derechos Humanos, de muros para adentro a muros para afuera.

El “**Hospital en la calle**” consistió en poder salir de los muros que encierran y estigmatizan, “en lugar de oscuros corredores y salas, se transitan calles, plazas, catedrales, arroyos y teatros” (Pellegrini, 2005).

En el Hospital se trabaja con la modalidad de **asamblea general** semanalmente, permitiendo el ejercicio pleno de la democracia tanto de las personas con padecimiento mental como de los profesionales.

Pero el fin de esta reforma no es continuar con la institucionalización de las personas alojados como menciona Pellegrini, sino efectuar un plan de externación.

El Plan de Reformulación del HPSL (Hospital Psiquiátrico de San Luis)

El principal objetivo de dicho plan consistió en transformar al HPSL en “hospital de agudos”. Cuyas admisiones para internación debían ser definidas por criterios médicos de cuadro agudo, de crisis; y no “casos sociales” o personas institucionalizadas.

Los tres ejes principales del Plan de Externación son:

- 1) “La **Atención Domiciliaria** en el consultorio externo, con las instituciones de la comunidad. Para llevar a cabo esto se avanzó en garantizar la movilidad, habilitar sistemas de comunicación, y en la capacitación del personal.

⁴ Pellegrini (2005), “Cuando el Manicomio ya no está...”

- 2) La **Capacitación** permanente en servicio para trabajar la movilización institucional, y los cuadros críticos.
- 3) Y la **Movilización** diaria, en horarios fijos, de las personas con padecimiento mental, trabajando sus temores, moviendo sus cuerpos, pautando su aseo diario y modificando vestimentas” (Pellegrini, 2005).

En diciembre del año 1993, se realizaron seis reuniones para planificar las siguientes actividades:

“Intrainstitucionales:

- Revisión de las Historias clínicas de internación, actualización de diagnósticos, personalización de los abordajes terapéuticos y sociales; formulación de la historia familiar y social.
- Presencia diaria de todos los profesionales a las 8 horas en el comedor para desayunar junto a los internos.
- Revisión de los tratamientos farmacológicos para posibilitar la movilización y evitar efectos indeseables.
- Revisación clínica actualizada.
- Preparar la vianda en el Servicio de Alimentación para posibilitar la movilización extramuros.
- Organización del Plan “Ocupándonos de la Salud de los Trabajadores de la Salud”.
- Inicio de asambleas y Revistas de Sala.
- Cierre de los cuartos calabozos, colocación de picaportes, fin de los llavines.
- “Puertas abiertas” en serio.

Actividades extramuros:

- Caminatas diarias de profesionales, personal e internos fuera del Hospital, en la ciudad y otras poblaciones.

- Modificación de los planes de Laborterapia, para concretarlos fuera del Hospital.
- Organización de paseos por todo el día.
- Designación de equipos interdisciplinarios, trabajando fuera del Hospital concretando la consigna “Hospital en la calle”.
- Ubicación y citación de familiares, amigos, vecinos, instituciones, para incorporarlos a la estrategia de reinserción, “si ellos no vienen, nosotros vamos”.

Con el Poder Judicial:

- Entrevistas diarias con magistrados judiciales, para analizar caso por caso, sobre la base que la continuidad de la reclusión era iatrogénica.
- Altas de pacientes judiciales y seguimiento domiciliario en caso necesario, antes de recibir el oficio respectivo, con información posterior al juzgado.
- Revisión de todos los expedientes judiciales referidos a personas internadas.

A nivel provincial y regional:

- Organización de cinco recorridos semanales para atención comunitaria en toda la Provincia, apoyando el proceso de integración comunitaria.

Creación de nuevos Servicios Hospitalarios:

- Fundación del Servicio de Niñez y adolescencia (1994).
- Habilitación de un espacio adecuado para el personal de Servicios Auxiliares.
- Organización del departamento Provincial de Alcoholismo

- Creación del Servicio de Creatividad, Psicodrama y Técnicas Expresivas” (Pellegrini, 2005: 71-74).

Después de “un año de lucha ideológica, política, cultural, se habían producido los siguientes hechos:

- Descenso de un 60% en la cantidad de personas internadas;
- Organización de la Consulta Externa y ambulatoria;
- Organización de la Red de Atención Domiciliaria;
- Organización de las cinco rutas de atención externa, que recorrió 45.000 kilómetros durante ese año;
- Restructuración y reasignación del presupuesto hospitalario, jerarquizando la inversión en movilidad, formación en nuevas técnicas, capacitación y ayuda social a las personas externadas;
- Mejoría de la calidad de la alimentación para las personas internadas;
- Reorganización y dignificación de los espacios institucionales, limpieza, desodorización, ventilación e iluminación;
- Dignificación de los internos en su indumentaria, aseo, higiene, calzado y condiciones de alojamiento;
- Cierre definitivo de los cuartos calabozos;
- Desactivación de los llavines y todo otro modo de aislamiento;
- Descenso en un 80% de los psicofármacos indicados;
- Instrumentación de las psicoterapias individuales y grupales como recurso permanente y estable;
- Fundación de los Servicios de Alcoholismo, Creatividad y Niñez/Adolescencia;
- Organización del Servicio de Movilidad;
- Realización semanal de una Asamblea general de una hora por semana;
- Organización de la Revista de Sala diaria;
- Publicación del primer número de la Revista del Hospital;

- Comienzo de las actividades académicas públicas, con el Primer Encuentro de Hospitales Psiquiátricos del interior;
- Habilitación de espacios dignos de reunión para profesionales y servicios de maestranza;
- Comienzo y desarrollo de la actividad terapéutica con familias, y con comunidades, dentro y fuera del Hospital;
- Organización de la Estadística hospitalaria, comenzando por fijar un número máximo para la dotación de camas;
- Organización del servicio de comunicaciones hospitalario;
- Fundación de la Biblioteca del Hospital.” (Pellegrini, 2005).

Actualmente el Hospital Escuela también cumple una función docente, con un programa de pasantías para estudiantes de todo el país, y de distintas disciplinas.

La Provincia de San Luis siguió avanzando en la temática de Salud Mental desde la sanción en 2006, de la Ley N° 536, la cual se enfoca en la institucionalización de todas las personas, y particularmente, de las personas con padecimiento mental, y las condiciones que deben llevarse adelante para las internaciones. El artículo 3 menciona que “queda expresamente prohibida la institucionalización de enfermos mentales en instituciones de carácter público o privado en todo el territorio de la Provincia”, evitando así, la cronicidad de la persona.

Las internaciones, deben realizarse respetando los Derechos Humanos de las personas enunciados en el artículo 5:

- “Considerar la enfermedad mental como episodio y no como estado;
- Garantizar que todo individuo tiene **derecho a la vida**; a la **libertad** y a la **seguridad** de su persona;

- Considerar que la incapacidad para ejercer determinada conducta no significa la incapacidad de ejercer su autodeterminación con respecto a otras conductas;
- Preservar la **dignidad** del paciente;
- Tener en cuenta técnicas que ayuden a las personas a reducir el efecto de los trastornos mentales y mejorar la calidad de vida”.

Ambas experiencias nacionales, el P.R.E.A y la de San Luis, nos permiten visualizar una forma diferente de tratamiento en Salud Mental, garantizando los Derechos Humanos de las personas con padecimiento mental, evitando la internación e institucionalización, y dando prioridad al abordaje en la comunidad, en el barrio, y en la familia.

IV.4.3 Servicios de Atención Psicosocial en Brasil⁵ (Paulo Amarante, 2007)

En Brasil, al hablar de **salud mental y atención psicosocial** nos estamos refiriendo al armado de una “red de relaciones entre sujetos, sujetos que escuchan y cuidan [...] es este proceso social complejo con sujetos que vivencian las problemáticas” (Amarante, 2007).

Las modalidades de atención son: el hospital de día, los talleres terapéuticos y los Centros de Atención Psicosocial (CAPS).

Estos Centros funcionan de lunes a viernes, y los fines de semana dependen de cada tipo de Centro. Algunos ofrecen camas para la atención en crisis posibilitando el acompañamiento a las personas durante el periodo que permanezca en el CAPS.

⁵ Amarante (2007). “Superar el Manicomio. Salud mental y Atención Psicosocial”

Los servicios de atención psicosocial tienen el principio de la intersectorialidad, salen de la sede de servicio y buscan en la comunidad recursos existentes para organizar una **Red de Atención a la Salud Mental**.

Estrategias de residencialidad y emancipación de los sujetos

Son programas y estrategias de apoyo psicosocial para personas que han permanecido institucionalizadas por más de dos años, y requieren de un apoyo o ayuda de terceros para vivir fuera de la institución. También se extiende a las personas que tengan dificultades de vivienda o convivencia familiar. El “objetivo es acompañar a las personas, ayudándolas a construir autonomía e independencia: arreglarse, preparar la comida, leer diarios, oír la radio, ver televisión, cantar, bailar, pasear por la ciudad [...]”(Amarante, 2007).

El programa “Volviendo a casa”, en su Ley N° 10.708, instituyó un subsidio a personas con padecimiento mental externada de instituciones de Salud Mental.

Cooperativas, centros de convivencia y empresas sociales

Se creó una cooperativa de trabajo, cuyos empleados eran las personas internadas en la institución, denominada Trabajadores Unidos que brindaban servicios de limpieza, cocina, lavado de ropa, y servicios generales.

La Ley N° 9.867, instituyó “las cooperativas sociales: creadas con la finalidad de insertar por medio del trabajo a las personas con desventaja en el mercado económico, que se fundamentan en el interés general de la comunidad por promover la persona humana y la integración social de los ciudadanos” (Amarante, 2007).

Se crean los Centros de Convivencia y Cooperativas (Cecco), que posibilitan espacios de sociabilidad, intercambio, de redes sociales de solidaridad y promueven el encuentro entre sujetos de diversos orígenes y condiciones culturales.

Salud Mental y Salud de la Familia

La Estrategia Salud de la Familia (ESF) nació en 1994, está compuesto por un médico clínico, un enfermero, un auxiliar de enfermero y cuatro a seis agentes de salud, que deben vivir en el propio territorio de actuación del equipo. Cada equipo está a cargo de 800 familias aproximadamente.

Esta estrategia de atención primaria de la salud se enfoca en la familia, y no en la enfermedad o tratamiento. Prioriza también la inversión “en la promoción de la salud y la defensa de la vida, educando a la comunidad y desarrollando prácticas de pensar y tratar con la salud. Se considera que alrededor del 80% de los problemas de salud podrían y deberían ser resueltos en el ámbito de la red básica, es decir, con cuidados más simples” (Amarante, 2007).

La experiencia latinoamericana, nos permite tener una mirada más amplia, en referencia al trabajo y a las estrategias de residencialidad, desempeñando la intervención en red.

V. MARCO INSTITUCIONAL

Clínica Privada de Salud Mental “Clara del Mar”⁶

La Clínica Privada de Salud Mental Clara del Mar, es una clínica de internación para personas con padecimiento mental en estado agudo, ubicada en la zona sur de la ciudad de Mar del Plata, desde el año 2006. Brinda un servicio de guardia permanente. Tiene una capacidad de internación de 60 plazas.

Cuenta con una atención integral, interdisciplinaria: Psiquiatría, Clínica médica, Psicología, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Musicoterapia, Enfermería, Nutricionista, Educación Física y Acompañamiento Terapéutico.

El abordaje es individual y grupal. Hay espacios de reflexión y acompañamiento de familias, Talleres literarios y Talleres terapéuticos laborales.

Dicha institución brinda dos servicios opcionales luego de la internación. El S.A.R (Sistema Asistido de Rehabilitación) y la Casa de Medio Camino. Y un servicio para evitar las internaciones o reinternaciones, el S.P.I (Servicio Pre Ingreso).

V.1 Servicio Asistido de Rehabilitación (S.A.R)

Es un dispositivo alternativo de atención en Salud Mental, acorde a la Ley Nacional de Salud Mental que previene y promueve los derechos de atención de las personas en su medio familiar y social; que tiene por objetivo evitar la internación y promover la atención primaria en salud.

⁶ Datos obtenidos del Plan de Trabajo 2015 del Servicio Social y Plan de Trabajo 2014/2015 de Psicología.

Este servicio busca principalmente evitar las reinternaciones, muy comunes en la institución por no encontrar un sostén en la sociedad. No solo se trabaja con la persona con padecimiento psíquico, sino también con la familia para un mejor acompañamiento en la externación.

Los objetivos son:

- Disminuir la reincidencia de la internación psiquiátrica
- Ofrecer un trabajo a largo plazo con la persona externada
- Trabajar en la externación con la persona, su familia y redes sociales
- Orientar la reinserción social de la persona con padecimiento psíquico.

El servicio comienza su intervención con la persona en vías de externación o en condiciones de alta institucional. Luego se plantea un trabajo de orientación y acompañamiento durante seis meses. Es un dispositivo de modalidad ambulatoria, con un amplio espectro de aplicaciones posibles, ya que establece la posibilidad de intervenir con: la persona, su familia o con otros grupos de pertenencia; con otros dispositivos pertinentes (artísticos, laborales, educativos, etc.); con centros de día; asistencia domiciliaria; y con aquellos actores sociales que puedan ofrecer una posibilidad para la rehabilitación de la persona externada.

El equipo interdisciplinario que interviene está constituido por: Psicólogos encargados de la coordinación, Acompañantes Terapéuticos con objetivos específicos según el caso singular, la intervención es focalizada y singular, no generalizada a todos. El Trabajador Social es el responsable de generar contacto con las instituciones que forman parte de la red asistencial del sistema, realiza las gestiones que consideren oportuno para cada situación e interviene con las familias determinando las estrategias más adecuadas según las características de la dinámica existente.

V.2 Servicio de Pre Ingreso (S.P.I)

El servicio tiene como objetivo fundamental evitar la internación o reinternación de las personas que se encuentran en tratamiento ambulatorio por consultorio externo. Se plantea como una etapa del tratamiento a la cual apelar en el estadio inicial de descompensación de la persona o alteración del grupo familiar, o ante signos objetivos de abandono o incumplimiento del tratamiento.

Los objetivos son:

- Disminuir la posibilidad de internación psiquiátrica
- Orientar y contener a la persona en situaciones de crisis que su medio socio familiar no pueda absorber por sí mismo.

El equipo interdisciplinario, integrado por los profesionales ya mencionados en el S.A.R.; está a disposición de los profesionales de consultorio externo quienes son los que evalúen la derivación de la persona al S.P.I.

Las estrategias de intervención son evaluadas en cada situación particular con los recursos que cuenta el equipo, y la posibilidad de articular en red con otros dispositivos institucionales de Salud Mental.

Se implementan entrevistas programadas en consultorio externo, visitas domiciliarias de Psicólogos y Trabajadores Sociales para evaluar la situación familiar y psíquica de la persona, el cumplimiento y/o adherencia al tratamiento, la concurrencia a dispositivos; y hechos característicos de cada situación singular.

Se busca la contención y continuidad del tratamiento ambulatorio, articulando con el equipo de Acompañantes Terapéuticos.

V.3 Casa de Medio Camino, una alternativa a la institucionalización.

Es un servicio residencial basado en el modelo de atención psicosocial, para personas con padecimiento mental crónico, a cargo de un equipo profesional interdisciplinario, integrado por Trabajador Social, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Psiquiatra y Acompañante Terapéutico. Se enfoca en un abordaje individual, familiar y grupal.

Se trata de un dispositivo residencial abierto, flexible, personalizado, de carácter autogestivo y temporal. Tiene una capacidad de alojamiento de 10 personas como máximo. Se busca proporcionar posibilidades y oportunidades efectivas, tendientes a la integración social, a fin de evitar situaciones de vulnerabilidad e institucionalización.

Está orientada a generar soportes que contemplan las principales necesidades de este grupo poblacional: alojamiento, apoyo social y atención en su red comunitaria.

Los objetivos son:

- Contribuir al proceso de integración social de personas con padecimiento mental, para el pleno goce de sus derechos como ciudadanos.
- Estimular el restablecimiento de las capacidades y habilidades de la persona, a fin de mejorar el nivel de autonomía y funcionamiento social.
- Brindar apoyo terapéutico y seguimiento personalizado atenuando los procesos de deterioro e institucionalización.

Los grupos terapéuticos – talleres⁷ están compuestos por:

- Taller de habilidades laborales
- Taller de habilidades sociales
- Taller de AVD y C

El Taller de Habilidades Laborales es un dispositivo pensado y creado en el marco de la nueva Ley de Salud Mental y la propuesta que allí se desarrolla respecto de la no creación de manicomios e instituciones de Salud Mental, posibilitando en cambio, una red institucional de contención a la persona con padecimiento psíquico y situación de vulnerabilidad.

El Taller de Habilidades Laborales es un espacio destinado a aquella población de jóvenes y adultos que han sido externados de una institución de Salud Mental y deben *reinsertarse* en el mundo social y laboral. Este colectivo, se encuentra atravesado por la particular transición que se produce al momento de la externación y el impacto y vulnerabilidad que genera el reencuentro con el mundo exterior. Esta circunstancia, produce ciertas dificultades de diversa índole al momento de retomar los hábitos de la vida cotidiana, los lazos sociales y la actividad laboral, lo cual tiene un fuerte impacto en la vida de la persona, impidiéndole en muchas oportunidades una buena calidad de vida.

La propuesta está dirigida a generar un espacio desde el cual tener un acercamiento al mundo laboral ya sea en el caso de un primer empleo, o bien para acompañar la reinserción al trabajo. Este acercamiento, si bien se constituye desde una mirada objetiva que evalúa y analiza potencialidades e intereses particulares y su congruencia con las oportunidades laborales, también se propone lograr una puesta desde lo grupal hacia lo individual, de las distintas vicisitudes por la que atraviesa cada persona que con su participación, se transforma en agente activo que resignifica la historia personal y laboral.

⁷ Datos obtenidos del Plan de Trabajo interdisciplinario de Psicología y Terapia Ocupacional, año 2015.

La modalidad de implementación del taller coloca el acento en trabajar con dispositivos grupales ya que éstos permiten fortalecer el lazo social a través del desarrollo de la expresión propia y la escucha de los otros.

La metodología utilizada permite la creación de vínculos de paulatina confianza mutua entre los participantes y entre ellos y el docente, a partir de la dialéctica y del intercambio de las experiencias vividas. De esta manera, lo que se procura es acompañar este proceso, a través de un acercamiento de la información pertinente a los objetivos planteados, la orientación necesaria para lograrlo, y la puesta en común. Esto permite visualizar capacidades, clarificar intereses y perfiles laborales, afianzando de esta manera la confianza y la seguridad en las capacidades individuales.

Los objetivos del Taller Laboral son:

Objetivos generales:

- Promover la integración de las personas con padecimiento psíquico que hayan sido externados de una institución de Salud Mental, y deban regresar al mundo exterior, en lo referido a los lazos sociales, en todas aquellas esferas de la vida cotidiana, procurando poner énfasis en el área del trabajo.
- Facilitar y acompañar el proceso de reinserción laboral a través de un dispositivo grupal que permita reconocer potencialidades y preferencias personales, así como también aspectos menos favorables a trabajar.
- Fortalecer los recursos de los participantes en función de sus habilidades e intereses propios.
- Promover a través de la dinámica grupal la ampliación y el fortalecimiento de los vínculos dentro del mundo social, relacional y afectivo.

- Propiciar la independencia y autonomía, generando recursos que permitan lograr este objetivo.

Objetivos específicos:

- Posibilitar, en la medida en que se lo requiera, un ordenamiento de tiempos y lugares, de normas y reglas comunes socialmente establecidas.
- Generar a través del dispositivo grupal un espacio donde fortalecer el lazo social y el vínculo entre los participantes del grupo y entre ellos y el docente. Para ello, se realizará una puesta en común que permitirá la presentación de cada uno de ellos y del docente, oportunidad en la cual se podrá exponer y escuchar al otro, y conocer acerca de sus expectativas respecto del taller, sus inquietudes y preferencias.
- Promover la puesta en común de la historia vital de cada uno de los participantes, procurando disponer especial atención a aquellas cuestiones referidas al recorrido laboral de cada persona, desde la experiencia personal, para de esa manera, poder visibilizar temores, dudas y expectativas.
- Realizar la confección de la Historia Laboral para, a través de ella, registrar el recorrido realizado hasta el momento y ordenar este tramo en tiempo y espacio pudiendo reflexionar acerca de ello para luego hacer una puesta grupal y compartida.
- Reflexionar acerca del concepto de competencias, en términos de aquellos aspectos considerados potencialidades y distinguir también, aspectos vulnerables para poder trabajar en ellos.
- Confeccionar el Currículum Vitae
- Acompañar el proceso de la inserción laboral propiamente dicho para realizar un seguimiento de este proceso y atender cualquier cuestión que puede surgir de esta experiencia.

El Trabajo Social se inscribe en esta propuesta, desde un abordaje interdisciplinario, debido a que “el Trabajo Social como disciplina científica, tiene una finalidad transformadora, de plena constitución de sujetos sociales, es decir, de personas capaces de autogestionar su propia vida personal, familiar y comunitaria y generar formas organizativas que afiancen el pleno ejercicio de la ciudadanía” (Eroles, 2006).

Las actividades que llevan a cabo estos profesionales son de un abordaje individual- grupal- familiar-comunitario. Entre las que podemos resaltar:

- Acompañamiento individual
- Trabajo con familias
- Gestión de recursos (personales-institucionales)
- Articulación interinstitucional (Organismos Gubernamentales, Organizaciones de la Sociedad Civil, privados, etc.)
- Taller de ciudadanía o Espacio de Trabajo Social, donde los temas a abordar son:
 - Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.
 - Ley de Derechos de los Pacientes en su relación con los Profesionales e Instituciones de Salud N° 26.529.
 - Recursos comunitarios – redes.
 - Sistemas de Apoyo
 - Otros

Y los objetivos del Trabajo Social en dicho dispositivo son:

Objetivo general:

- Establecer acciones tendientes al ejercicio de la autonomía de las personas con padecimiento psíquico, generando redes sociales de apoyo en la toma de decisiones que permitan el ejercicio de la ciudadanía, es decir la capacidad de ser titulares de derechos y a su vez ejercerlos.

Objetivos específicos:

- Generar acciones tendientes al armado de la red social de apoyo de la persona con padecimiento psíquico.
- Estimular el reconocimiento de los recursos comunitarios existentes, a los efectos de satisfacer las necesidades que surjan en la cotidianeidad.
- Resolver, en la medida de lo posible, el aspecto habitacional para el momento del alta.
- Posibilitar la inserción en el ámbito laboral de aquellas personas que tengan las capacidades instrumentales para sostener un espacio de trabajo.
- Orientar al sujeto y a su grupo socio-familiar de referencia, en relación a los derechos que los asisten, favoreciendo el ejercicio de una ciudadanía plena.

Los días de atención de TRABAJO SOCIAL son

MARTES – de 12 a 14 hs

JUEVES – de 10 a 14hs.

V.4 Proyecto de convivencia supervisada

*“cuando decimos no al manicomio,
decimos no a la miseria del mundo”
Basaglia.*

Es para destacar que, si bien desde la Clínica no hay un proyecto escrito del equipo de profesionales sobre el Proyecto de Convivencia Supervisada, es un dispositivo que se utiliza para llevar adelante las externaciones, a partir de la necesidad de un lugar donde vivir para las personas con padecimiento mental, luego de la internación.

Fundamentando que la Ley de Salud Mental, en su artículo 15, plantea que “en ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda”, por eso se llevó a cabo el Proyecto de Convivencia Supervisada con las dos mujeres intervinientes.

Entendiendo que la vivienda “apunta al cumplimiento y ampliación de los derechos sociales en tanto ciudadanos, pero fundamentalmente, a la posibilidad de dar respuesta a una problemática habitacional que esta intrínsecamente ligada a un proceso de emancipación, autonomía, desmanicomialización, inclusión comunitaria real” (Ilanantuony, 2012).

El Proyecto de Convivencia Supervisada implementado está “a servicio de la producción, del deseo, de la vida, de lo nuevo” (Baremlitt *en Spinelli*, 2004), ya que permite “abandonar la perspectiva de hospitalización asilar como recurso habitacional; pues este solo profundiza las diferencias, mediante un proceso de victimización social” (Ilanantuony, 2012).

Porque “tener un lugar donde vivir se erige como el suelo y soporte para el mejoramiento de su calidad de vida, como el escenario indispensable para que cada persona pueda desplegar su subjetividad” (Ilanantuony, 2012).

El Proyecto de Convivencia Supervisado es insostenible sin el aporte y apoyo de la comunidad, de la sociedad en donde estas mujeres se relacionan e intervienen en su vida cotidiana. Es necesario, lo que se denomina, una salud comunitaria para “integrar los problemas de la vida social de los individuos, la dimensión subjetiva del sufrimiento y la atención, y que enunciaba como un valor democrático la participación de la población en los programas y la gestión de la salud” (Galende, 2008).

“La persona que entra en un manicomio porque fue rechazada por la organización social, la sociedad, cuando es dada de alta, encuentra una sociedad que no ha cambiado en absoluto [...] esta sociedad la mandara nuevamente al manicomio” (Basaglia, 2008). Es por eso que se debe trabajar con la persona y

también con la comunidad que las expulsó en su momento, y actualmente debe cumplir la tarea de contención para no volver a recurrir a la internación.

El Proyecto de Convivencia trabaja en red para cumplir con las expectativas del equipo y de las dos mujeres involucradas, y, para que se sostenga en el tiempo. Para esto “el trabajo en red requiere una mirada más horizontal, donde los liderazgos son rotativos y complementarios, donde lo que importa es la no fragmentación y las múltiples miradas y por lo tanto se debe crear un espacio de encuentro simétrico, descentralizado, que vaya ganando más autonomía, con grados de libertad que posibilite una comunicación flexible y creativa” (Socorro García, 1997 *en Chadi, 2007*).

Se basa en “nada de nosotros, sin nosotros”, refiriéndose al rol protagónico que tienen las dos mujeres en este proyecto, ya que, en definitiva, ellas son las que van a compartir y convivir en el día a día. Romper con el pensamiento manicomial y brindar el espacio que se merecen, no como ciudadanos de segunda, sino de primera. Porque “considerarlos como una enfermedad y a la medicación como su tratamiento, no es más que seguir el mismo camino del trastorno: ignorar al sujeto y la palabra, cambiar una conciencia que no quiere saber por una medicina que no quiere pensar [...] volver a considerar al sujeto y sus razones a través del pensamiento y la palabra” (Galende, 2008).

VI. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

“solo el relato del paciente da cuenta de las razones que pueden llevarnos a una verdad histórica”
Galende.

En relación al análisis de los resultados de la sistematización, como ya se mencionó, se profundizó en los discursos vertidos por las dos mujeres involucradas en el Proyecto de Convivencia Supervisada, en el marco de las entrevistas en profundidad; y en paralelo, la observación y análisis documental.

Se promueve “que la persona recupere una subjetividad desprovista de los significados que supone la larga permanencia en esas instituciones” (Galende, 2008), haciendo hincapié en **su historia de vida** contada en primera persona como relato.

Los indicadores de análisis abordados a lo largo de la entrevista fueron:

- **Prácticas de desintitucionalización**

S: (La Sra. S tiene 42 años, accedió a la entrevista, con timidez al principio, pero en el transcurso de la misma se mostró desenvuelta en su narrativa, en referencia al Proyecto de Convivencia Supervisada ella contesta que) “[...] surgió una idea a través de un conjunto, con Patricia Blanc, (Lic. en Trabajo Social) el Doctor Fernando Zanga, (Médico Psiquiatra), el Lic. Pugliese, (Lic. en Psicología), en conjunto con mi hermano F. (quien reside en la ciudad de Mar del Plata con su hijo) [...] de hacer una prueba piloto, de convivir un mes, en la misma habitación, (de la Clínica Clara del Mar) para ver cómo nos llevábamos, ¿por qué? (se pregunta y se contesta) Porque ella (refiriéndose a la Sra. M) tenía el alta pero no tenía donde ir a vivir; y yo vivía sola pero no podía vivir sola,

por las recaídas que tenía [...] y bueno, después de vivir un mes la convivencia resultó [...] ehh [...] satisfactoria y de ahí bueno, nos dio tiempo para que viniéramos acá, hiciéramos la limpieza, compráramos las cosas y al otro día ya nos dieron el alta, juntamos las cosas y nos vinimos a vivir [...] fue un 15 de julio de 2014” **(En el año 2014 tuvo una recaída que la llevo a reinternarse en la Clínica Clara del Mar, esta internación fue un mes, donde se trabajó en conjunto en el Proyecto de Convivencia, que ya cumplió un año)**

(En referencia a las visitas de los profesionales señala que) “[...] venía el Lic. Antonio Pugliese **(Lic. en Psicología)**, un par de veces, y el Lic. Sebastián **(Lic. en Psicología)**, unas veces y después no vinieron más. Patricia Blanc también vino varias veces”

M: **(La Sra. M tiene 50 años, tiene dos hijos de 13 y 16 años, y una hermana viviendo en Necochea. Al terminar sus estudios secundarios, comenzó los estudios universitarios en la carrera de Profesorado en Geografía en la Universidad Nacional de Mar del Plata. También participó de la entrevista, ya que existía un vínculo construido a partir de la práctica supervisada. En referencia a la pregunta sobre el Proyecto de Convivencia Supervisada ella manifiesta lo siguiente:)** “[...] nos sentimos protegidas, acompañadas y contenidas”

S: **(ella refuerza lo que dice la Sra. M.)** “[...] yo digo lo mismo [...] nos sentimos acompañadas, nos ayudaron mucho [...] eh [...] protegidas, cuidadas”

Este Proyecto de Convivencia, que lleva más de un año de convivencia, resultó satisfactorio gracias al equipo, y a F., hermano de la Sra. S., se generó una red de trabajo, de soporte para la Sra. S y la Sra. M. “una invitación a verse a sí mismas como un participante reflexivo y no como el “objeto social” de una “masa humana” (Packman en Núñez, 2008), cumpliendo un papel protagónico en el Proyecto desde su opinión y ejecución.

- **Vida cotidiana**

S: “[...] y [...] te modifica las cosas ¿viste? **(en referencia a la convivencia)**, porque ahora por ejemplo yo llego de Casa Abierta **(Centro de Día al que ambas concurren)** que tengo mis días, mis horarios [...] no era lo mismo cuando vivía sola que tenía de lunes a viernes de 9 a 17 hs., pero a veces, que salía con algunas amigas, los fines de semana [...] (hace un silencio) lo de convivir juntas [...] es reglas, respeto, la convivencia, llegar a un horario que la otra necesita descansar, bajar el volumen [...] a veces yo llegaba cansada y estaba ella con Sandra **(la Acompañante Terapéutica de la Sra. M)** y no podía acostarme a descansar un rato” **(es importante resaltar que la propiedad es un monoambiente).**

M: **(refuerza la idea señalando que)** “[...] la habitación al no tener separación, a veces no tenés la privacidad [...] al tener la habitación separada, me acuesto un rato y hago lo que yo quiero, al tener el departamento de un ambiente, esa privacidad no la tenés”

“[...] estuve un año y medio internada en la clínica, muy institucionalizada, muy acostumbrada a los ritmos de la clínica [...] de domingo a domingo levantarse a las 7 am.” **(Su internación en la Clínica Clara del Mar duro 1 año y 8 meses. La externación se pudo llevar a cabo a partir del Proyecto de Convivencia, anteriormente intentando alternativas fallidas).**

S: **(en referencia a la vida institucional, la caracteriza como una)** “[...] nada [...], yo engorde 15 kilos en la clínica [...] después estábamos encerradas, cumpliendo el horario que te tenías que levantar, descompuesta o no, te tenías que levantar igual [...] una rutina completamente distinta a la que tenemos ahora **(la de la convivencia)** [...] como que te manejan los horarios, el descanso, la comida, no podes elegir lo que quieres comer, tenes que comer lo que hay [...] y a veces tenías que estar rodeado de gente que estaba peor que vos [...]”

S: **(muestran una buena organización del hogar, con división de tareas a cumplir)** “[...] eh [...] por ejemplo, los viernes o sábados sacamos las cuentas [...] bueno, las saca M, ella es la contadora (se ríen) [...] y ponemos entre las dos para juntar 500 pesos por semana, para comida, como nos sugirió Patricia Blanc”
Agrega la Sra. M: “[...] y yo después le pago la mitad de la luz, el gas y de obras sanitarias [...] las boletas de luz, gas y de obras sanitarias”

“[...] todo entre las dos, en las compras [...] por ejemplo entre las dos nos organizamos, por ejemplo [...] que comemos hoy **[Agrega la Sra. M]** por lo general vamos juntas a hacer las compras, y si yo no estoy [...] por ahí fui a ver a mis hijos, va ella y compra ella, saca de la carpeta y anota”

M: “[...] yo lunes, miércoles y viernes voy a Casa Abierta, **(Actualmente concurre al Centro de día Casa Abierta los días lunes, miércoles y viernes de 9 a 14 hs.)** [...] me levanto a las 7 am, me redujeron los días, porque eran los días que yo iba a la capacitación de Computación **(En el año 2014 y 2015 realizó una capacitación de teletrabajo y computación)** [...] que lo hice hasta mayo en Cilsa [...] ahora en agosto empiezo otro que es lunes y miércoles de 14 a 18 hs., que es de peluquería **(en el mes de agosto de 2015 comenzará un curso de Peluquería los días lunes y miércoles de 14 a 18 hs., con la finalidad de obtener trabajo de este oficio)**, [...] yo empecé zumba, una vez por semana, los jueves de 18 a 19 [...] una hora **[Agrega la Sra. S]** es lo que tengo pensado hacer yo también [...] una vez por semana [...] junto con ella [...] es divertido [...] es lo que te hace adelgazar”

“[...] tengo la Acompañante Terapéutica que viene dos veces por semana, por si tengo que hacer algún trámite [...]”

S: “[...] deje coro porque no me daban los horarios con Avon, **(actividad que realizaba como pasatiempo)** tener que esperar al proveedor, repartir los libros, levantar los pedidos, llevar los productos [...] son muchas responsabilidades [...] es un negocio que implica responsabilidad” **(Tiene un emprendimiento laboral, la venta de cosméticos, y está en búsqueda de otro trabajo).**

(Haciendo referencia a sus pasatiempos o tiempos libres comentan que: “[...] por ejemplo los fines de semana [...] nos quedamos viendo novela, alguna película, los viernes nos quedamos viendo algún programa o película hasta tarde”

*“[...] los fines de semana, por ejemplo, tenemos una amiga en común que se llama F. [...] bueno, nos encontramos con M. I. **(una amiga)** a veces [...] nos encontramos en el centro a pasear”*

“[...] en el verano íbamos a la playa todos los sábados [...] casi todos los sábados, a Saint Michel, llevábamos para escuchar música [...] aprovechábamos la tarde [...]”

En ambos discursos se refleja la rutina diaria fuera de la institución, donde más allá de cumplir horarios de tratamiento en el Centro de día, capacitaciones, o responsabilidades, también realizan actividades que ellas mismas eligen, como pasear o ir a la playa.

Antes eran “sujetos institucionalizados, sobreadaptados, sometidos, dependientes, que adoptan en general la manipulación como técnica de supervivencia, y que pierden la autonomía” (Pellegrini, 2005), donde los horarios, comidas y actividades estaban programadas. Actualmente, tienen la posibilidad de elegir sus horarios, comidas, actividades y salidas de fines de semana, recuerdan que tenían **“una rutina completamente distinta a la que tenemos ahora...”**.

La mortificación del yo “consiste en imponerle una rutina diaria que considera ajena, [...] asumir un papel que lo desidentifica” (Goofman, 1988), y la Sra. M hace referencia a esta mortificación de su yo: **“[...] estábamos encerradas, cumpliendo el horario que te tenías que levantar, descompuesta o no, te tenías que levantar igual [...]”**.

La vida cotidiana en la institución nos da un “sentimiento de que todo el tiempo pasado allí es tiempo perdido, malogrado o robado de la propia vida” (Goofman, 1988), así la Sra. S. lo caracteriza como **“[...] nada [...] yo engorde**

15 kilos en la clínica", un sentimiento de vacío, de ocupar el "tiempo muerto" con actividades que no encontraban sentido.

La "institución absorbe parte del tiempo y del interés de sus miembros" (Goofman, 1988), homogeneizando a todos, sin posibilidad de que exista la individualidad, **"te manejan los horarios, el descanso, la comida, no puedes elegir lo que querés comer, tenés que comer lo que hay [...]".** Mientras que en la vida cotidiana del afuera de la institución, "se desarrollan habilidades, aptitudes y sentimientos netamente heterogéneos" (Heller, 1977), permitiendo que cada persona desarrolle su propia individualidad.

En la institucionalización, "se viola la autonomía misma del acto" (Goofman 1988), por eso, una vez fuera de la institución, las mujeres entrevistadas, dan cuenta de las actividades que realizan por propia decisión: **"[...] por ejemplo los fines de semana [...] nos quedamos viendo novela, alguna película, los viernes nos quedamos viendo algún programa o película hasta tarde".**

Continuando con Goofman, él menciona en su libro la desculturización como la incapacidad, es necesario salir de la institución total y absorbente, para resolver cuestiones de la vida cotidiana.

Pero en la entrevista pudimos observar, que a pesar de la institucionalización prolongada, pudieron lograr una organización, en las tareas de la vida cotidiana, para una buena convivencia: **"[...] eh [...] por ejemplo, los viernes o sábados sacamos las cuentas...bueno, las saca M, ella es la contadora (se ríen) [...] y ponemos entre las dos para juntar 500 pesos por semana, para comida, como nos sugirió Patricia" (la Lic. en Trabajo Social de la Clínica Clara del Mar) Agrega la Sra. M: "[...] y yo después le pago la mitad de la luz, el gas y de obras sanitarias [...] las boletas de luz, gas y de obras sanitarias [...] todo entre las dos, en las compras [...] entre las dos nos organizamos".**

Podemos observar, en el transcurso de la entrevista, la complementariedad que hay en las tareas cotidianas, que implican la convivencia. **"[...] Todo entre**

las dos”, este fragmento nos permite analizar la ayuda y el apoyo que tienen entre ellas permitiendo una “sensación de bienestar subjetivo, la salud física y mental, la calidad de vida, y una mejor respuesta y preservación ante los estresantes y traumatismos físicos y psíquicos” (Fabris, 2009). También reconocen el papel de la Acompañante Terapéutica, **“yo siempre estaba acompañada de Sandra”** como un sostén en la cotidianidad, como un recurso humano ante las situaciones de angustia y ansiedad.

- **Apoyo Social**

S: “[...] yo tengo mi papá fallecido [...] a veces cuando viene a Mar del Plata, viene mi padrastro a visitarme, él vive en Neuquén (**Su familia paterna vive en la Provincia de Neuquén, donde la Sra. S. visita una vez al año, y también sus familiares vienen a verla. De sus últimas vacaciones recuerda que:**) “[...] me ha invitado el año pasado cuando vivía sola, estuve dos semanas, y me quede para el día de mi cumpleaños, me acuerdo que me regalaron un asado [...] nos levantamos temprano, fuimos al supermercado [...] elegimos la carne [...] fue un regalo para mí”

“[...] yo esperaba trabajar con alguien de la familia (**en referencia a su hermano F.**), que te conoce, que sabe cómo sos vos [...] y no trabajar con alguien que no conoces y no sabes cómo te va a tratar, pero me decía Virginia (**enfermera del Centro de día Casa Abierta**) [...] que pueden surgir roces [...] y mi hermano hace tiempo que no viene por casa [...] tiene el negocio [...] viaja por motivos laborales, cierra el negocio [...]”

M: (**comenta los planes para el fin de semana**) “[...] este fin de semana [...] mañana viene F. (**su amiga**), vamos almorzar juntas, salir a caminar; el domingo vienen a la mañana para hacer un almuerzo, para festejar que a C. (**su amiga**) le están dando el alta progresiva”

*“[...] con mi Acompañante Terapéutica, tuvimos que remarla y mucho **(en referencia al cobro de cursos que había realizado)** [...] fue una gran ayuda Sandra que me acompañó, me llevó, fuimos a la Asesoría de Incapaces con la Lic. Mercedes Ochoa **(Lic. en Trabajo Social)** [...] yo siempre estaba acompañada de Sandra” **(su Acompañante Terapéutica)***

***(Cuando se le pregunta sobre la relación con sus hijos, refiere:** “[...] a mis hijos los veo con la Acompañante Terapéutica, que ahora me empezó a dejar sola, me deja media hora, una hora, ella se va y me deja sola”*

*“[...] con G. **(su hija)** [...] tiene celular nuevo y me manda mensaje de texto más seguido que antes, ayer me pregunto [...] ¿mañana venís a casa? [...] y [...] L. **(su hijo)** está más en la computadora, está [...] mientras yo estoy está, toma la leche, mira televisión, pero no esta tan conectado conmigo como lo está G., las mujeres como más compinches [...] G. está más compinche conmigo” **(visita a sus hijos cada 15 días junto a la Acompañante Terapéutica, con posibilidades de poder verlos todas las semanas)***

***(Se le pregunta a la Sra. M. sobre su vida antes de estar en la Clínica)** “[...] vivía sola, mi ex esposo como que se desentendió de mí, y un buen día me paso a buscar y me dijo: agarra la cartera, el abrigo que vamos a ir a la clínica [...] viví 4 años sola y en vez de mejorarme me empeore, deje de ir al psiquiatra, la psicóloga no iba o iba [...] vivir sola me hizo tener una recaída y no tener a nadie que previniese eso o se hiciera cargo de mi”*

Las relaciones familiares y de amistad refuerzan la reconstrucción de la autonomía, forman una red de contención y de sociabilidad. Sin embargo, las Sras. S y M dejaron ver que cuando se dio esa ausencia de sostén, tuvieron que recurrir a la internación: **“vivir sola me hizo tener una recaída y no tener a nadie que previniese eso o se hiciera cargo de mi”**. Señalando la importancia del apoyo y la contención, tanto fuera como dentro de la institución, nos permite cuestionarnos si “¿el abandono familiar, la exclusión o la desinserción social son

consecuencias de la internación muy prolongada, o son su causa?" (Pellegrini, 2005).

- **Reconstrucción de la autonomía**

M: (la Sra. M. cuenta su primer día después de la Clínica:) "[...] yo por ejemplo, fuimos a comprar al supermercado chino que esta por Jara, y decía: no lo puedo creer, no lo puedo creer, no puedo creer que este en la calle sola con C., con la libertad de no tener que estar en la clínica y esperar los días de caminata que era por los alrededores de la clínica, tres días a la semana, 5 cuadras, 10 cuadras, que íbamos al bosque o íbamos a la iglesia [...] lo único que me acuerdo es que decía no puedo creer estar,[...] como yo había tenido bastante tiempo de internación"

S: (y la Sra. S. recuerda que fue) "[...] una noche increíble, de tener a alguien con quien compartir, charlar, contar mis cosas, bueno y [...] hacer las compras juntas, o sea, cocinar juntas, comer juntas, fue una experiencia inolvidable el primer día"

(Haciendo referencia a la rutina diría comenta) "[...] yo por ejemplo estoy con la venta de los cosméticos de Avon, dejo la revista, levanto pedidos [...] voy a la conferencia que es una vez por mes, [...] completas la orden de compra, y tenés que esperar al proveedor [...] si a mí me toca a las 8 am., tengo que levantarme tipo 7:30 am y esperarlo"

"[...] yo ahora cuando tenga el alta definitiva (Actualmente realiza su tratamiento en Casa Abierta dos días a la semana, lunes y miércoles de 9 a 14 hs., con un alta progresiva), voy a seguir con consultorio externo [...] voy a buscar algo de empleo [...] compre el semanario De Todo (revista de oferta y demanda de trabajo, venta de productos, etc.), el diario Capital [...] y la bolsa de trabajo es muy poca, que hay en la ciudad, es más los empleos ofrecidos que los pedidos,

me gustaría limpieza de casa o planchado por hora, [...] para trabajar en un lavadero que ya tuve experiencia de trabajar en un lave rap, o promotora de algún boliche [...] algo [...] pero seguir con lo de Avon. **(Terminado sus estudios secundarios se desempeñó laboralmente en un restaurant como promotora, en un lavadero de ropa, entre otros)** [...] Me gusta la atención al público [...] espero que salga algo, yo voy a poner todas las fichas en mí, y que se dé para adelante”

(En referencia a su emprendimiento laboral) “[...] además yo encargo para mí, hago reuniones en casa, invito gente que pruebe los productos que yo encargue, que los vean, hacérselos conocer, para que sirven, si le gusta que me lo encarguen [...] tengo clientes, mi hermano me encargo, los lugares donde vamos a hacer compras [...] el almacén, donde vamos a comprar, la casa de artículos de limpieza”

“[...] me gusta caminar [...] tomar aire fresco, bueno en verano disfrutar de la playa [...] junto a F. F., M. I. **(Compañeras del Centro de día)**. [...] disfrutar un rato en familia también, con mi hermano” **(Le gusta las actividades al aire libre, sobre todo caminar y participó de un grupo de coro)**.

M: “[...] espero ver a mis hijos más seguido de los que lo estoy viendo porque estoy viéndolos nada más que cada 15 días 2 horas [...] verlos más seguido [...] poder tener un ingreso mayor al que tengo, una pensión o una jubilación [...] porque tengo dos subsidios de \$1.900.- por mes que me alcanza para la comida, la luz, obras sanitarias [...] mucho de la ropa que tengo me la ha conseguido Sandra (su Acompañante Terapéutica) [...] bueno, la idea también es hacer este curso de peluquería que también tiene salida laboral [...] yo siempre fui administrativa **(Se desempeñó laboralmente en puestos administrativos, hasta el nacimiento de sus hijos)** [...] pero a los 50 años es muy difícil que me den trabajo. En una peluquería me gustaría trabajar [...] tiene salida laboral [...] lavar cabezas, teñir el pelo, cortar el pelo”

(En referencia a sus gustos y pasatiempos comenta lo siguiente) “[...] me gusta ir a zumba porque me relaja, me gustan los talleres de Casa Abierta, expresión corporal, leer, los martes me dedico a descansar, la siesta y después me levanto y me dedico a leer un poco [...] empecé a leer, que hace años que no leía [...] me gusta salir a caminar [...]”

La Sra. M. describe a la perfección lo que sintió al salir de la institución, **“con la libertad de no tener que estar en la clínica”**. Esa libertad que le fue quitada en la internación ya que “cada día se cercena una nueva libertad [...] no hay salud sin libertad” (Pellegrini, 2005).

En la institución se “pierden sus propias características personales, para asumir la única que se le permite: ser un objeto de la institución” (Ongaro en Pellegrini, 2005). Pero ahora, fuera de la institución, tienen la posibilidad de ser sujetos y protagonistas de sus vidas, ser libres como ellas mismas hicieron mención, cuya libertad implica “lo que el hombre puede querer, hacia lo cual puede dirigir su voluntad capaz de actuar” (Heller, 1977). Esta libertad de estar fuera de la institución permite el ejercicio de la autonomía en la vida cotidiana, realizar actividades que surjan de su propio interés y no estén impuestas, la Sra. M. nos narra lo siguiente en relación a lo que le gusta y elige hacer: **“[...] me gusta ir a zumba porque me relaja, me gustan los talleres de Casa Abierta, expresión corporal, leer, los martes me dedico a descansar, la siesta y después me levanto y me dedico a leer un poco [...] empecé a leer, que hace años que no leía [...] me gusta salir a caminar [...]”**.

El Proyecto de Convivencia Supervisada posibilitó que las dos mujeres tuvieran “un lugar donde vivir” que no solo implica un aspecto físico y residencial de primera necesidad, sino que acarrea un sinnúmero de oportunidades, sueños y expectativas, apostando al futuro: **“[...] yo ahora cuando tenga el alta definitiva, voy a seguir con consultorio externo [...] voy a buscar algo de empleo [...] compre el semanario de todo [...] me gustaría limpieza de casa o planchado por hora[...] para trabajar en un lavadero que ya tuve experiencia de trabajar en un lave rap, o promotora de algún boliche [...] algo [...] pero seguir con lo**

de Avon. Me gusta la atención al público [...] espero que salga algo, yo voy a poner todas las fichas en mí, y que se dé para adelante”

VII. CONCLUSIONES

*“Por mucho que yo camine
nunca la voy a alcanzar.
¿Para qué sirve la utopía?
Sirve para eso: para caminar.”*
Galeano

Así quiero comenzar con este apartado denominado conclusiones, explicando que en realidad este proceso de aprendizaje e intervención se basa en un proceso continuo que no tiene fin, que busca siempre estar en movimiento. Buscamos un objetivo final en un mundo de infinitos que jamás lograremos conocer, porque así es la realidad; compleja y dinámica. El saber nunca es acabado, son solo aproximaciones.

Igualmente, reconociendo esta utopía que no podemos alcanzar, nos permite avanzar, caminar, cuestionarnos y problematizarnos sobre lo que se considera natural. Esto implica desordenar para ordenar, deconstruir para construir, dando la posibilidad del carácter mutable del saber.

Por este carácter mutable, es posible reconocer nuevas líneas de investigación que fueron surgiendo en el proceso de conocimiento, como por ejemplo analizar el lugar que ocupa la necesidad habitacional para la persona con padecimiento mental en un proceso de internación prolongada por causas sociales y/o habitacionales; y las Casas de Medio Camino como un dispositivo intermedio, de preparación para la externación.

En relación al objetivo general abordado a lo largo de la sistematización se buscó analizar las prácticas de intervención del Trabajador Social, que posibilitaron la reconstrucción de la autonomía de dos mujeres con padecimiento psíquico, en su proceso de externación de la Clínica en Salud Mental Clara del Mar durante el año 2014. Y también, poder llegar a una aproximación de cómo es la vida cotidiana en las instituciones de Salud Mental, y cómo los largos periodos

de institucionalización afectan al momento de la externación y al desarrollo de la vida cotidiana fuera de la institución.

En el artículo 15, de la Ley Nacional N° 26.657 se menciona que las internaciones no pueden ser prolongadas por existir problemáticas sociales o de vivienda, es que el equipo interdisciplinario de la institución analizada (en el apartado V), llevó a cabo el Proyecto de Convivencia Supervisada, para la externación de las dos mujeres cuya internación se estaba extendiendo por esta causa.

Retomando la Ley Nacional de Salud Mental, sus principios, sustentaron el Proyecto de Convivencia Supervisada, dando, al padecimiento, un tratamiento más humano y cercano a la comunidad, evitando las internaciones en la medida de lo posible. Se apostó a la sociedad, con dudas al principio por parte del equipo, en la generación de vínculos, redes, con todo lo que esto conlleva. La red social “es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser estos socialmente compartidos” (Dabas *en* Núñez, 2008). Y a partir de este universo de relaciones, se evitan las reinternaciones, encontrando las soluciones a su alrededor, en su comunidad.

Sra. M., 50 años: “[...] tengo la Acompañante Terapéutica que viene dos veces por semana, que si tengo que hacer algún trámite [...]”

“[...] a mis hijos los veo con la Acompañante Terapéutica, que ahora me empezó a dejar sola, me deja media hora, una hora, ella se va y me deja sola”

“[...] los fines de semana, por ejemplo, tenemos una amiga en común que se llama F. [...] bueno, nos encontramos con M.I. (su amiga) a veces [...] nos encontramos en el centro a pasear”

El Proyecto de Convivencia Supervisada se enfocó en la perspectiva subjetiva de cada una de las mujeres, un eslabón de gran importancia para poder llevar a cabo dicho proyecto, tomando relevancia la necesidad de darle un espacio diferencial, comprendiendo a la Sr. S. y Sr. M. a partir de su situación singular, sus relatos expresan estrategias cotidianas que logran complementar sus necesidades en relación a un objetivo en común: la externación, y actualmente, desplegar y sostener las actividades diarias del hogar.

Es posible identificar el impacto que cumple la vivienda, el hogar, “el lugar donde vivir”, para las dos mujeres que intervinieron de la sistematización, permitiendo, no solo cubrir esta necesidad habitacional, sino también cumplir con un conjunto de expectativas personales que pudieron desplegarse a partir de contar con “ese espacio en el mundo”.

Permitiendo el desarrollo de su subjetividad, porque ahora, estas mujeres, dejaron de ser objetos de la institución para ser sujetos protagonistas de su vida. En la institución asilar, de encierro y control, esos sueños, expectativas se veían cohibidas, sin posibilidades de llevarse a cabo.

En relación a la institucionalización y sus consecuencias, podemos analizarlo a partir del siguiente relato, donde las protagonistas comparan la internación prolongada con el encierro, la falta de libertad:

Sra. M., 50 años: *“[...] no lo puedo creer, no lo puedo creer, no puedo creer que este en la calle sola con C., con la libertad de no tener que estar en la clínica [...]”*

La historia de las prácticas en el campo de la Salud Mental, particularmente, las practicas del Trabajador Social en este campo, y sus diversas formas de abordarlo, desde la exclusión y el encierro, cadenas y torturas, “proteger a la sociedad de la locura”; a un abordaje intersectorial, en el centro de la comunidad,

haciendo hincapié en la persona, “el sujeto de la experiencia”, sus vínculos, historias, sentimientos. Se pasó de un objeto a un sujeto de derechos, a pesar de los avances, todavía queda mucho por recorrer, que esto sea un punto de partida y no de llegada, entendiendo que las prácticas de institucionalización como de desinstitucionalización conviven en el campo de la Salud Mental, y luchan por la dominación en dicho campo.

Entendiendo también, que una práctica denominada Transformadora, puede solamente llevar el nombre de ésta, y no lo que la caracteriza en el ejercicio profesional; siendo en el ejercicio una práctica positivista, objetivista.

A lo largo de la sistematización pudimos profundizar, sobre el contexto jurídico-legal para el abordaje de las prácticas en el campo de la Salud Mental. La Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, los Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de Salud y la Ley Nacional de Salud Mental, dan legitimidad y legalidad a una nueva forma de tratamiento, centrándose en la persona, garantizando el ejercicio de sus derechos. Reconociendo a la persona con padecimiento mental como el protagonista en su proceso a partir del Consentimiento Informado, y participativo.

Se “debe recuperar la condición de ciudadanía y sujeto de derecho de las personas que han sido atrapadas en los dispositivos manicomiales” (Amarante, 2009). Y es en este punto, basado en la condición ciudadana y de sujeto de derechos de las personas en situación de padecimiento psíquico, que debe verse reflejada las prácticas del Trabajo Social en contextos interdisciplinarios.

A partir de las experiencias de convivencia supervisada analizadas es posible comprobar el pasaje de las prácticas de institucionalización a prácticas de desinstitucionalización en el campo de la Salud Mental, a partir de la transformación, la iniciativa de algunos profesionales de construir prácticas instituyentes, ponerle un fin a lo instituido, lo “finito”, planteando la posibilidad de algo nuevo, distinto; y pensar y repensar una forma diferente de abordaje, en un mundo de infinitudes.

Pero, retomando el concepto de Bourdieu, sobre la doble existencia de lo social, nos permite cuestionarnos, si en realidad estas experiencias, (sin restarles la importancia que se merecen como hito histórico a nivel nacional y latinoamericana de la Salud Mental) como la sistematizada en dicho trabajo, constan de un “pasaje” *de prácticas de institucionalización hacia la desinstitucionalización*, entendiendo que el campo de Salud Mental se expresa en este devenir dinámico y en movimiento de prácticas, que se dan en forma conjunta, mezcladas y en pugna.

La recopilación de la información obtenida a partir de las estrategias llevadas a cabo (entrevista en profundidad, observación, cuaderno de campo y lectura de documentos) han permitido sistematizar las prácticas de intervención del Trabajador Social, que posibilitaron la reconstrucción de la autonomía de dos mujeres con padecimiento mental.

Y para continuar con ese lineamiento, del poder de elección, la autonomía, el sujeto de la experiencia, se realizó un Consentimiento Informado, con ambas mujeres, con el fin de hacerlas protagonistas de este proceso de conocimiento, y no reproducir esa sensación de “no poder elegir” que generaba en ellas la institucionalización:

Sra. S., 42 años: “[...] como que te manejan los horarios, el descanso, la comida, no puedes elegir lo que querés [...]”

“Te manejan” como un objeto de la institución, sin percibir el carácter subjetivo; masificando, cosificando y homogeneizando a las personas internadas en las instituciones de Salud Mental; como un “un cuerpo sujetado, atrapado en un sistema de vigilancia y sometido a procedimientos de normalización” (Foucault, 2007).

Se buscará siempre ordenar lo desordenado, algo estandarizado, a través de un “código que no será el de la ley, sino el de la normalización” (Foucault 1992).

En cuanto a las prácticas de intervención del Trabajador Social, las mismas, deben ser continuamente pensadas y re-pensadas en el ejercicio profesional, debido al dinamismo y la contradicción del campo, “no podemos seguir concibiendo roles predeterminados para la profesión. La práctica social nos demuestra que la demanda de intervención se presenta como un entramado confuso y difuso de diferentes índoles” (Nuñez, 2008). Pero como se mencionó anteriormente, no pueden separarse las prácticas en dos polos opuestos, ya que en conjunto, logran una mayor comprensión y explicación de la realidad, y porque, indefectiblemente, todo profesional se encontrará “envuelto” en esa falsa dicotomía que menciona Bourdieu.

El camino recorrido del Trabajo Final permitió analizar la intervención profesional del Trabajador Social, a partir de una intervención estratégica, innovadora, interdisciplina, en la implementación del Proyecto de Convivencia Supervisada. La falta de dispositivos habitacionales para concretar la externación, no se vio como un obstáculo en las prácticas sino como una oportunidad para pensar, crear, para preparar, desde la internación, la externación; y no “quedarse”, esperando una solución, porque “somos parte del problema, y de la solución, [...] no tirar la pelota fuera de la cancha” (Pellegrini, 2015).

Construir un Trabajo Social transformador en el campo de la Salud Mental a partir de “la construcción y desarrollo, o deterioro en las distintas prácticas sociales, en el trabajo, la vida familiar, comunitaria, en la política y en lo social [...] se evidencia en la construcción de vínculos sanos, creativos y solidarios; en la participación real en las decisiones que afectan la vida cotidiana de los sujetos; en la posibilidad de pertenencia, integración y construcción de sus proyectos” (Custo, 2008).

Hacernos responsables del compromiso profesional con las personas en padecimiento mental y sus familiares; lograr un Trabajo Social Transformador, poniendo en el centro de la escena *el sujeto de la experiencia*.

VIII. ANEXO

VIII.1 Documento de Consentimiento Informado

Este consentimiento informado está confeccionado para recabar datos en relación al proceso de externación en la Clínica Clara del Mar.

Se deja constancia que los datos suministrados serán analizados por la investigadora Olaechea, Maite Anabel para la construcción de la tesis de grado de la Licenciatura en Trabajo Social, titulada “De prácticas de institucionalización a prácticas de desinstitucionalización en el campo de la Salud Mental.”

Los datos personales serán alterados reservando la identidad de quien los suministro.

Acepto voluntariamente participar de la sistematización a partir de la publicación de los datos otorgados a través de entrevistas, observaciones y lectura de documentos manteniendo la confidencialidad de los mismos, para reservar mi identidad.

Nombre y apellido

D.N.I.

Firma del consentimiento

Firma de la investigadora

Fecha

VIII.2 Guion de la entrevista

Una de las estrategias para la recolección de datos de dicha sistematización es la entrevista en profundidad, realizada a las dos mujeres intervinientes en el Proyecto de Convivencia. Las temáticas a abordar son:

- Prácticas de desintitucionalización
- Intervención estratégica del Trabajador Social en el proceso de internación
- Vida cotidiana
- Apoyo social
- Reconstrucción de autonomía

IX. BIBLIOGRAFÍA

- Acuña, C; Goñi (comp.). (2010). "Políticas sobre la Discapacidad en la Argentina". Buenos Aires. Siglo XXI.
- Ajerez, M; Kazi G. (2008). "Salud Mental. Experiencias y prácticas". Buenos Aires. Ediciones Madres de Plaza de Mayo. Espacio Editorial.
- Alonso Sainz, G., y otros. (2011). "Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Comentarios Interdisciplinarios". Buenos Aires. Ediciones Centro Norte.
- Amarante, P. (2006). "Locos por la vida. La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil". Buenos Aires. Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Amarante, P. (2009). "Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial". Buenos Aires. Editorial Topia.
- Amico, L. (2005). "La institucionalización de la locura. La intervención del Trabajo Social en alternativas de atención". Buenos Aires. Editorial Espacio.
- Basaglia, F. (2008). "La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio". Buenos Aires. Editorial Topia.
- Blanc, P.; Incaugarat S. y Plutman C. (2014). "Proyecto de Integración Comunitaria: Dispositivo de inclusión laboral". Clínica Clara del Mar. Mar del Plata.
- Burgos Ortiz, N. (2011) "Investigación cualitativa. Miradas desde el Trabajo Social". Buenos Aires. Editorial Espacio.
- Cáceres, C. (2009). "El P.R.E.A, una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales". Vertex Rev. Arg. de Psiquiatría Vol. XX (299-307)
- Carballada, A. (2004). "Del desorden de los cuerpos al orden de la sociedad". Buenos Aires. Editorial Espacio.
- Carballada, A. (2006). "El Trabajo Social desde una mirada histórica centrada en la intervención. Del orden de los cuerpos al estallido de la sociedad". Buenos Aires. Editorial Espacio.
- Carballada, A. (2007). "Escuchar las prácticas". Buenos Aires. Editorial Espacio.

- Carpintero, E. (2011). "La subjetividad asediada. Medicalización para domesticar al sujeto", Capital Federal. Editorial Topia.
- Cazzaniga, S. (2001). "Metodología: el abordaje desde la singularidad". Cuadernillo temático desde el Fondo N° 22. Centro de Documentación. FTS. UNER. Paraná
- Chadi, M. (2007). "Redes sociales en el Trabajo Social". Buenos Aires. Editorial Espacio.
- Cohen, H. Natella, G. (2005). "La Salud Mental en la Provincia de Rio Negro". VERTEX Rev. Arg. de Psiquiatría, Vol. II, Pág. 41-47.
- Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. Código de ética de Trabajo Social. Buenos Aires. Argentina http://www.catspba.org.ar/v3/docs/C_Etica.pdf
- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Custo, E. (2008). "Salud Mental y ciudadanía. Una perspectiva desde el Trabajo Social". Buenos Aires. Editorial Espacio.
- Declaración de Caracas. (1990). Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.
- Foucault, M. (2003). "La verdad y las formas Jurídicas". Barcelona. Ed. Gedisa.
- Foucault, M. (2007). "El Poder Psiquiátrico". Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica. Clase del 21 de noviembre de 1973.
- Foucault, M. (2008). "El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica". Buenos Aires. Siglo XXI editores.
- Foucault, M. (1975). "Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión". Madrid, España: Siglo XXI editores.
- Galende, E. (2008). "Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser". Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Goffman, E. (1988). "Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales". Buenos Aires. Amorrortus ediciones.
- González Saibene, A. (2007). "El objeto de intervención profesional: un mito del Trabajo Social". Rosario: Fundación Futuro Solidario.

- Gutiérrez, A. (2005). "Las prácticas sociales: Una introducción a Pierre Bourdieu". Ferreyra ediciones.
- Heller, A. (1977). "Sociología de la vida cotidiana". Barcelona. Ediciones península.
- Heller, A. (1970). "Historia y vida cotidiana". México. Colección enlace.
- Ianantuony, C. (2012). "Salud Mental y Derecho a la vivienda. Repensando la situación habitacional de las personas 'en' sufrimiento mental, desde el Trabajo Social". Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Iglesias, M. G. (2011). "Poder decirlo todo: hombre, persona y Ley 26657". Universidad Nacional de Mar del Plata
- Iglesias, M. G. (2012). "Capacidad Jurídica: restricciones a la capacidad en el anteproyecto de reforma al código civil Argentino. Entre la Incapacidad y los apoyos". Mar del Plata.
- Jara Holliday, O. (2011). Entrevista "La sistematización de experiencias: aspectos teóricos y metodológicos"
- Jara Holliday, O. (2011). "Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias".
- Jara Holliday, O. (2012) "Sistematización de experiencias, investigación y evaluación: aproximaciones desde tres ángulos". Revista Internacional sobre Investigación en Educación Global y para el Desarrollo.
- Ley Nacional Derechos del Paciente en relación con los Profesionales e Instituciones de Salud 26.529. Buenos Aires. Argentina
<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>
- Méndez, R. (2006). "Trabajo Social en el Campo de la Salud Mental". Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Mendicoa, G. (2003). "Sobre tesis y tesisistas. Lecciones de enseñanza-aprendizaje". Buenos Aires. Editorial Espacio.

- Ministerio de Salud. (2010). Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Buenos Aires. Argentina <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Moffat, A. (1988). "Psicoterapia del oprimido".
- Morín, E. (2007) "Introducción al Pensamiento Complejo". Cap. 3. Barcelona, Gedisa Ed.
- Najmanovich, D. (2001) "Pensar la Subjetividad. Complejidad, vínculos y emergencia. Utopía y Práxis Latinoamericana", Revista Internacional de Filosofía Iberoamericana y Teoría Social. Facultad de Ciencias Económicas Sociales de la Universidad de Zulia. Venezuela
- Negroni, P. (2011) "Castoriadis y el proyecto de autonomía". Revista Catedra Paralela N° 8
- Núñez, R. (2008). "Redes Comunitarias. Afluencias teórico metodológicas y crónicas de intervención profesional". Buenos Aires. Espacio Editorial
- Palacios, A. (2008) "El Modelo Social de Discapacidad. Orígenes, caracterización y plasmación en la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad". España. Ed. Cinca.
- Pellegrini, J. (2005) "Cuando el manicomio ya no está..." San Luis. Fundación Gerónima.
- Remón, M. (2015) "Discapacidad, Justicia y Estado: Vida independiente". Ciudad Autónoma de Bs. As. Infojus.
- Scribano, A. (2008) "El proceso de investigación social cualitativo". Buenos Aires. Editorial Prometeo libros.
- Spinelli, H. (2004) (Compilador) "Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas". Buenos Aires. Editorial Lugar
- Taylor, S. J; Bogdan, R. (1986) "Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados". Buenos Aires. Ed. Paidós.
- Tonon, G. (2009) (Compiladora). "Comunidad, participación y socialización política". Buenos Aires. Editorial Espacio.