



FUNDACIÓN H. A.
BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

DIRECTOR/A DE LA CARRERA:

Lic. Nélide Cervone

NOMBRE Y APELLIDO DEL AUTOR:

Guaraglia Emanuel

TÍTULO DEL TRABAJO:

Centro de día ¿Aportando a la desmanicomialización o generando nuevas formas de segregación?

SEDE:

La Rioja

DIRECTOR/A DE TIF:

FECHA DE PRESENTACIÓN:

21/03/2019

Sede Buenos Aires
Av. Las Heras 1907
Tel./Fax: (011) 4800 0200
☎ (011) 1565193479

Sede La Rioja
Benjamín Matienzo 3177
Tel./Fax: (0380) 4422090 / 4438698
☎ (0380) 154811437

Sede Santo Tomé
Centeno 710
Tel./Fax: (03756) 421622
☎ (03756) 15401364

CENTRO DE DIA ¿APORTANDO A LA DESMANICOMIALIZACIÓN O GENERANDO NUEVAS FORMAS DE SEGREGACION?

**ANALISIS INSTITUCIONAL DEL DISPOSITIVO - CENTRO DE DIA - EN
RELACION AL OBJETIVO DE DESMANICOMIALIZACIÓN PROPUESTO
POR LA LEY 26.657 DE SALUD MENTAL**

Hoja de Evaluación

**Centro de día ¿Aportando a la desmanicomialización o
generando nuevas formas de segregación?**

Autor: Guaraglia Emanuel

Clasificación:

Fecha:

Docentes del Tribunal de Evaluación:

Agradecimientos

En primera instancia, agradecer a mi familia (papá y mamá), por el apoyo incondicional durante toda mi vida, por los valores inculcados, y por ser mi sostén durante los momentos más difíciles. También agradecerles por respetar tiempos, por darme autonomía para tomar decisiones, y por darme la posibilidad de llevar adelante esta hermosa carrera a pesar de las dificultades. No olvido a mi hermanita, Mia, por regalarme sonrisas y ser esa persona que me permitía recordar la sencillez de la felicidad.

A mi grupo de amigos, compañeros de estudio y de risas (Vale, Lautaro, Matías y Luciano) por brindar sostén durante estos 5 años, alivianar la carga, y por ser pilares fundamentales para que pueda cumplir mis objetivos. Nunca se olvidaran las eternas horas de cursada, charlas, trabajos prácticos, congresos y las risas que siempre acompañaron nuestros días. No olvido tampoco a unas amigas de fierro que me regalo la carrera: Carli, Dani, Belén y Rocío, por todas los momentos y aprendizajes compartidos.

A mis amigos y amigas de toda la vida, que soportaron y acompañaron estos años. Gracias por bancar los malos humores, los momentos de estrés, por alegrarse con mis logros y por compartir esta aventura que se llama vida.

A la Facultad Barceló y al equipo de docentes de la carrera por todas las enseñanzas de estos años. Me llevo un caudal de conocimientos muy grande, pero por sobre todo me llevo grandes ejemplos de profesionales y personas que inspiran a seguir su camino.

Agradezco al profesor Antonio Sotomayor, por haber aceptado ser mi asesor en este TIF, por confiar en mí, y por acompañarme en esta etapa final de mi carrera. También a la vicedirectora, Lic. Stirnemann Viviana, por el apoyo incondicional hacia los estudiantes, por motivarnos y por siempre escucharnos.

Al Centro de día Amado F. Romero, por abrirme las puertas de la institución, permitirme trabajar con libertad, y estar a disposición durante este

proceso. Especialmente agradezco a la Lic. Vilte Eva, por ponerse a total disposición, por brindarme su apoyo y su confianza.

A todas esas personas que fueron parte de este proceso, gracias por la comprensión y por los momentos vividos, para ellos, la dedicación de este TIF.

Guaraglia, Emanuel

Índice.

1. Introducción.....	Pág. 7
2. Contextualización.....	Pág. 8
3. Fundamentación.....	Pág. 9
3.1 Justificación.....	Pág. 9
3.2 Planteamiento del problema.....	Pág. 11
3.3 Marco Teórico.....	Pág. 12
3.3.1 Psicología Institucional.....	Pág. 12
3.3.2 Institución y Organización.....	Pág. 12
3.3.3 Imaginario Social.....	Pág. 13
3.3.4 Un poco de historia.....	Pág. 16
3.3.5 Concepciones sobre discapacidad.....	Pág. 25
3.3.6 Ley de Salud Mental 26.657 “Derecho a la Protección de la Salud Mental”.....	Pág. 35
4. Objetivos.....	Pág. 42
5. Diseño metodológico	Pág. 43
5.1 Unidad de análisis.....	Pág. 43
5.2 Variables.....	Pág. 43
5.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos.....	Pág. 44
6. Articulación Teórico-Práctica.....	Pág. 45
6.1 Síntesis Organizacional.....	Pág. 44
6.2 Organigrama.....	Pág. 47
6.3 Descripción de la modalidad terapéutica del centro de día.....	Pág. 48
6.4 Análisis de los datos obtenidos.....	Pág. 58

6.5 Modalidad de abordaje en relación al objetivo de desmanicomialización.....	Pág.66
7. Conclusión.....	Pág. 69
8. Bibliografía.....	Pág. 72
9. Anexo.....	Pág. 74

1. Introducción

El presente trabajo se confeccionó a los fines de poder ir definiendo los lineamientos a seguir en el posterior Trabajo Integrador Final “CENTRO DE DIA ¿APORTANDO A LA DESMANICOMIALIZACIÓN O GENERANDO NUEVAS FORMAS DE SEGREGACION?”; Análisis institucional del dispositivo – Centro de día- en relación al objetivo de desmanicomialización propuesto por la ley 26.657 de salud mental; el cual constituye el requisito último e indispensable para obtener el título de la Licenciatura en Psicología que expide el Instituto Universitario de Ciencias de la Salud “Fundación H. A. Barceló”.

En el mismo, se pretende realizar un análisis desde el enfoque de la psicología institucional, a fines de poder determinar en qué contexto surge el centro de día como dispositivo posible para el abordaje de problemáticas de salud mental y discapacidad, describir su funcionamiento, y explorar los imaginarios sociales que atraviesan la práctica en dicho dispositivo.

En paralelo a este análisis institucional, se pretende realizar una articulación con la Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental, a fines de poder dilucidar las mutuas y dialécticas influencias existentes entre la legislación y la práctica, y así determinar cuál es la relación del dispositivo “Centro de día” con el objetivo de desmanicomialización de la ley.

2. Contextualización

En función al tema a investigar, se ha recurrido al convenio existente entre el Instituto Universitario “Fundación H. A. Barceló”, con el Centro de día Amado F. Romero, para poder llevar a cabo las prácticas supervisadas intensivas requeridas para la elaboración del trabajo de investigación final.

El Centro de día “Amado F. Romero” es una organización privada, que funciona actualmente en Viamonte 1967, Barrio Federación, La Rioja, Capital, CP (5300). Su horario de atención es de 09:00 hs. a 16:00 hs.

Fue fundado en el año 2011, por su actual directora, la Dra. Díaz Silvia, en el marco del abordaje de personas con discapacidad intelectual severa o profunda.

La modalidad terapéutica es de “Centro de día” contando con jornadas de 8 (ocho) horas durante 5 (cinco) días a la semana, donde los concurrentes participan de diferentes actividades y talleres con la finalidad de mejorar la calidad de vida de estas personas, brindando estimulación, entrenamiento en diferentes tipos de habilidades, apoyo en el cuidado personal y en actividades de la vida diaria, contención psicológica, apuntando a la autonomía y socialización de la persona. Además cuenta con un equipo conformado por profesionales de diferentes disciplinas como ser: psicología, terapia ocupacional, trabajo social, arte, educación especial, musicoterapia, etc.

El objetivo del centro es contribuir a la “no internación”, es decir, se busca que a partir de este dispositivo, los concurrentes sean activos en su proceso terapéutico, que se respeten su subjetividad y sus individualidades, y que se eviten las internaciones crónicas en hospitales monovalentes.

3. Fundamentación

3.1 Justificación

La temática seleccionada para llevar a cabo el presente trabajo, parte del interés personal por conocer acerca de la metodología de abordaje de un Centro de día, concebido como dispositivo terapéutico. Dicho interés surge a partir de que estos dispositivos adquieren mayor relevancia a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

Si bien dicha Ley implica un cambio radical en las concepciones que se tenían en ese momento sobre los padecimientos mentales y las prácticas de abordaje que se llevaban a cabo, se pretende focalizar el punto de interés en uno de los aspectos que plantea esta ley sancionada en 2010: la desmanicomialización. Esto se plantea específicamente en el Capítulo VII (Internaciones) en los artículos 27 y 28.

La ley 26.657 plantea como objetivo el cierre definitivo de instituciones de salud mental a puertas cerradas para el año 2020. Es decir, la idea de “desmanicomialización” apunta al cuestionamiento del manicomio y su modalidad de atención y cura caracterizada como violenta, represiva y hegemónica. Se apunta a redefinir el concepto de Salud Mental oponiéndose al Modelo Médico manicomial que se basa en el internamiento crónico, promoviendo prácticas alternativas a éste como instancias de rehabilitación de las problemáticas de salud mental, focalizándose en la reinserción social y en la construcción de redes vinculares.

En este contexto se pretende establecer las relaciones que existen entre los lineamientos de la ley de salud mental y las prácticas llevadas a cabo en el centro de día, y dialécticamente, poder dilucidar si estas nuevas formas de abordaje están en concordancia con los objetivos planteados por la ley.

Por lo tanto, el interés por esta temática surge a partir de ciertos interrogantes tales como: ¿Cuáles son los imaginarios sociales acerca del abordaje para personas con padecimiento mental que rigen las prácticas en el centro de día? ¿Cómo es el modelo de abordaje? ¿Qué profesionales

intervienen? ¿Existe interdisciplina? ¿Qué metas y objetivos se persiguen? ¿Qué efectos se observan en los concurrentes? ¿Cómo se llevan a cabo las referencias y contrareferencias con otros dispositivos?

A fin de recoger y recopilar los datos pertinentes que aporten respuestas a los interrogantes planteados para su posterior articulación teórica, se realizaron prácticas pre profesionales en el Centro de día “Amado F. Romero”.

3.2 Planteamiento del problema

Los dispositivos conocidos como “centros u hospitales de día” han adquirido mayor relevancia como propuesta terapéutica a partir de la sanción de la ley nacional de salud mental N° 26.657. Sin embargo, en la provincia son escasos los dispositivos que adoptan este funcionamiento.

Por lo tanto, se ha definido como pregunta guía de la investigación, la siguiente: **¿Cómo se lleva a cabo la propuesta terapéutica del dispositivo “Centro de Día Amado F. Romero en la provincia de La Rioja, durante el periodo octubre-diciembre del 2018, en relación al objetivo de desmanicomialización propuesto por la ley nacional de salud mental N° 26.657 “Derecho a la Protección de la Salud Mental”?**

Interrogante	Variables	U de análisis	Contextualización
¿Cómo?	➤ Análisis Institucional del Centro de día ➤ Relación con el objetivo de desmanicomialización propuesto por la Ley de Salud Mental 26.657	Centro de día “Amado F. Romero”	Trabajadores del centro, equipo profesional del Centro de día Amado F. Romero

3.3 Marco Teórico

Psicología Institucional

La psicología institucional, en tanto marco en el cual va a estructurarse el siguiente trabajo, no solo es un ámbito laboral en y con organizaciones, sino que constituye una perspectiva que puede llevarse a cabo en cualquier ámbito: clínico, laboral, jurídico y otros. Esto tiene que ver con que no se puede pensar las problemáticas de manera aisladas, sino que esas problemáticas están enmarcadas en una sociedad, y la perspectiva institucional permite ampliar la mirada a la influencia de las instituciones sociales en las problemáticas con las que se trabaja.

En este sentido, además del análisis de las organizaciones, también es necesario analizar la posición que se adopta como investigador, entendiendo que también este, está atravesado por la sociedad, por las instituciones, y la mirada no va a ser completamente objetiva sino que va a estar influida por estos atravesamientos. Entonces, desde la psicología institucional es posible plantear un doble análisis que se realiza paralelamente:

- Un análisis de la organización.
- Un análisis de la propia posición de investigador.

Institución y organización.

Es preciso realizar una diferenciación entre los conceptos de “institución” y “organización”. Generalmente estos conceptos suelen utilizarse como semejantes o como sinónimos, pero corresponden a dos niveles de análisis diferentes que es necesario precisar.

Cuando hablamos de “organización” podemos decir que es un conjunto de personas que comparten un tiempo y un espacio en el cual se distribuyen roles y funciones bajo una determinada estructura con el fin de cumplir objetivos grupales para satisfacer necesidades individuales. Las organizaciones pueden adquirir diferentes categorías: publicas/privadas; con/sin fines de lucro.

Se definen a las instituciones como “cuerpos normativos jurídicos-culturales abstractos, compuestos de ideas, valores, creencias, leyes que

determinan las formas de intercambio social, que se particularizan en cada sociedad y en cada momento histórico”. (Schvarstein, 1991). Es un nivel de realidad social que se define cuando está establecido y se relaciona con el estado que hace la ley y, desde este punto de vista, no puede dejar de estar presente en los grupos y en las organizaciones.

Es decir, la institución es lo abstracto y la organización es lo material. Las organizaciones son el sustento material de las instituciones, son el lugar donde aquellas se materializan y desde donde tienen efectos sobre los individuos.

No se trata de una relación unidireccional, sino de una determinación recíproca. Las organizaciones tienen la función de mediar la relación entre las instituciones y los sujetos en un tiempo y en un lugar determinado. En esta mediación permite comprender como determinados modos de hacer y de pensar se producen y se reproducen en una sociedad.

Cada sociedad le da el grado de jerarquía y la existencia a una institución, no es algo externo sino que es la misma sociedad la que produce instituciones.

Imaginario Sociales.

Cornelius Castoriadis¹, se plantea 2 (dos) preguntas esenciales, en relación a ¿Cómo se mantiene unida una sociedad? Y ¿Cómo se dan nuevas formas de sociedad?

Para responder a estas premisas propone el concepto de “significaciones sociales imaginarias”.

Castoriadis plantea que existe un magma de significaciones sociales imaginarias que va a empapar a toda la sociedad. Estas significaciones sociales imaginarias le van a dar sentido a una sociedad, todo lo que este dentro de este magma puede ser leído, entendido, conocido como familiar, y todo lo que este por fuera va a ser percibido como un ataque a ese estatus quo y no va a poder ser comprendido por la sociedad.

¹ CASTORIADIS, Cornelius (1996) autor de *“Los dominios del hombre: las encrucijadas del laberinto”*

Castoriadis las llama “imaginarias” porque no corresponden a elementos reales o racionales y están dadas por creación y, a su vez, las llama “sociales” porque solo existen estando instituidas y siendo objeto de participación de un ente colectivo, impersonal y anónimo.

Estas significaciones sociales imaginarias son una producción histórica social. A partir de esta premisa se puede entender que las sociedades no son estáticas, sino que por el contrario, están en constante dinamismo, en constante cambio. Para explicar esta dinámica, Castoriadis plantea los conceptos de: “instituido” e “instituyente”.

Lo instituido es aquello que está dentro de ese magma de significaciones y que es conocido y comprendido por todos. Es lo que le sirve a la sociedad para poder significar al mundo. Lo instituido hace referencia a lo ya establecido mediante normas y valores aceptados como parte de un orden social.

Lo instituyente, en cambio, es la fuerza que se impone ante lo establecido, como protesta a lo ya instituido, son nuevas formas de significar al mundo.

El cambio social, resulta de la dialéctica que se establece entre lo instituido y lo instituyente. La fuerza instituyente que triunfa, por el simple efecto de su afirmación y consolidación, se transforma en instituido y convoca a su instituyente.

Así, Castoriadis puede responder a sus dos preguntas esenciales:

- Las sociedades se mantienen unidas por el complejo total de sus instituciones; aquí la palabra institución se emplea en el sentido más amplio, significa valores, lenguaje, normas, herramientas, procedimientos y métodos de hacer frente a las cosas. En estas instituciones opera este magma de significaciones sociales imaginarias, que permite que dos personas que pertenecen a una misma sociedad puedan comprender lo mismo acerca de una determinada temática. Pero además, los individuos pertenecientes a esa sociedad, están obligados a reproducir esas significaciones imaginarias para poder pertenecer a esa sociedad.

- Las nuevas formas de sociedad se dan por auto creación. Son sociedades que pueden construir significaciones novedosas, aceptar

cambios, a partir de las dialécticas existentes entre instituido e instituyente.

Un poco de historia...

A lo largo de la historia, los imaginarios sociales y las concepciones acerca de los padecimientos y patologías mentales, fueron variando según diferentes acontecimientos ocurridos, como así también, han sido influenciados por avances científicos y contextos socio-político-económicos diferentes. Según la concepción existente, se establecían diferentes prácticas o maneras de abordar a las personas que tenían un padecimiento. A continuación se hará un breve recorrido histórico señalando lo antes descripto.

Comenzando el recorrido por la *Edad Media* (siglo V al XV aprox.) existía, en esta época, un predominio de valores ligados al dogmatismo religioso, por lo tanto la magia era más preponderante que la ciencia. De esa manera “la locura” era concebida como sinónimo de pecado, es decir, como un castigo de dios o como resultado de una posesión o pacto con el diablo. Los tratamientos predominantes atravesaban las prácticas del exorcismo hasta la quema en la hoguera.

En la *Edad Moderna* (siglo XV al XVIII), comienza la edad del “gran encierro” según **Foucault**². Los médicos cuentan con pocos conocimientos acerca de la locura y de los padecimientos mentales y, además, no existen espacios institucionales especializados para abordar estas problemáticas.

Teniendo en cuenta estas cuestiones, las personas con padecimientos mentales compartían espacios en instituciones junto con delincuentes, desertores, prostitutas, etc. El Hospital General, se encuentra entre la prisión y el hospital, y alojaba a todos aquellos que de alguna manera, puedan representar un obstáculo para el establecimiento del orden social.

Goffman³ les asignaba el nombre de Instituciones totales y señalaba “lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente”.

² FOUCAULT, Michel (1961) autor de “*Historia de la locura en la época clásica*”

³ GOFFMAN, Erving (1961) autor de “*Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*”

(Goffman, 1961). Estas instituciones no tenían como objetivo la rehabilitación ni la re inclusión en la sociedad, sino que buscaban la segregación y exclusión social.

Ya en la *Edad Contemporánea* (siglo XVIII al XIX), el hecho social más significativo fue la “Revolución Francesa”. La corriente de pensamiento vigente en Francia era la Ilustración, cuyos valores se basaban en la razón, la igualdad y la libertad.

Surge el Tratamiento Moral de **Pinel**⁴, a partir de este se produce una revolución en la Psiquiatría, se abogaba, en este momento, por un trato humanitario para los pacientes mentales, con la abolición del maltrato y las coerciones, se libera a los locos de las cadenas.

Situándonos en el *siglo XX*, post Segunda Guerra Mundial, **Emiliano Galende**⁵ establece un paralelismo entre los campos de concentración y los neuropsiquiátricos. Las condiciones en las que se alojaban a los enfermos mentales se asemejaban a la de las personas retenidas en los campos: había encierro justificado en un imaginario social ligado a la peligrosidad, las personas sufrían la pérdida de su identidad (se los despojaba de todo elemento personal, como sus ropas, por ejemplo), pasaban a formar parte de una identidad institucional, había pérdida de la noción del tiempo, y la función tanto del campo de concentración como de los neuropsiquiátricos era de segregar, excluir, y controlar.

Los sistemas de salud eran funcionales a los imaginarios sociales de la época, donde el “loco” se concebía como peligroso, y por lo tanto, se justifica socialmente la existencia de instituciones como el manicomio. De igual manera, todo lo que significaba una problemática social terminaba de alguna manera resuelto con el manicomio: allí se internaban a quienes no tenían casa, deambulaban por la calle, presos por causas políticas, etc. El manicomio vino a

⁴ PINEL, Philippe (1745-1826) médico francés dedicado al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales.

⁵ GALENDE, Emiliano (1994) autor de “*Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*”

contener y apartar a quienes no se adaptan o fracasan. De esa manera, no había lugar alguno a la rehabilitación, sino a la prolongación de las problemáticas.

Galende propone 3 (tres) hechos que contribuyen a partir de 1945 a la reforma en la institución psiquiátrica:

- La destrucción provocada en las organizaciones de salud por la guerra.
- Posicionamientos humanitarios que surgen posguerra: Fenomenología, Psicoanálisis.
- Expresión política de las posiciones humanitarias en el ascenso de los sectores populares, progresistas y democráticos a los gobiernos de Europa; un abordaje diferente en cuanto a salud.

A partir de esto, se desarrollan cuatro movimientos en diferentes partes del mundo, que si bien no fueron reformadores, hicieron entrar en crisis al modelo de abordaje establecido hasta ese momento.

➤ Comunidades Terapéuticas - Inglaterra

En 1943, **W. Bion y J. Rickman**⁶, quienes trabajaban en el Northfield Hospital con soldados afectados mentalmente, comenzaron a organizar grupos para discutir sobre sus problemas y para que participen en la organización de los pabellones del hospital. Estos grupos se sustentaban teóricamente en el psicoanálisis grupal. Algunos principios básicos eran:

- Utilización de todos los recursos de la institución.
- Libertad de comunicación, evitando la organización jerárquica. Dar lugar a relaciones más horizontales
- La Asamblea Comunitaria es privilegiada como instancia terapéutica y es usada como órgano de organización y evaluación de todas las actividades.
- Democratización: mismo valor de opinión a cada una de las personas, indiferentemente que sean médicos o pacientes.

⁶ BION, Wilfred (1897 – 1979) y RICKMAN, John (1891 – 1951) ambos psicoanalistas británicos.

- Ambiente de permisibilidad (el médico ya no es más represor, flexibilidad en cuanto a las rutinas y a la terapéutica).
- Confrontación con la realidad social: se potencia el vínculo del enfermo con el afuera.

Además, se modifica la concepción de “daño psíquico”, es puesto nuevamente en relación con la vida social. La disciplina debe incorporar una serie de prácticas sociales no médicas que hacen que ya no se hable de psiquiatría sino de Salud Mental. Esto ha de llevar a la construcción de un nuevo modelo de acción, en conjunto a un reordenamiento forzado en el campo social y político.

➤ La Política del Sector - Francia

Se consideran a las cuestiones de la salud y enfermedad mental como no internas a la psiquiatría, es decir, que no podrían ser pensadas ni resueltas en el espacio intrapsiquiátrico exclusivamente.

Las condiciones sociales y políticas de posguerra y del Frente Popular (movimiento político) impulsaron la concreción de esta ideología. La psiquiatría de sector, se basaba en organizar la asistencia a la salud mental en sectores geográficamente determinados que permitan acercar la atención a la población. Esto formó parte de la política de salud que el Frente en el gobierno implementó en pro de una medicina social.

Se denominó “Geo-psiquiatría”, ya que las intervenciones se realizaban en el mismo lugar en el que surgía el enfermo. Para esto, se realizaron inversiones en coches que transportaban a los equipos médicos para atender al enfermo en el domicilio, sin acudir a la internación.

Esto da cuenta de un movimiento socio-psiquiátrico-político, el cual impulsaba:

- Que toda política en Salud Mental se base en el rechazo de toda forma de segregación de los enfermos.
- La integración del enfermo mental en el conjunto social que emerge; la subordinación del hospital psiquiátrico, es decir, que los

equipos de Salud Mental sean siempre la primera instancia de asistencia; la implantación del equipo del Sector en el medio social donde vive el enfermo.

- Integrar en una sola red todos los equipos del Sector, haciéndose responsable cada equipo de la totalidad de las fases de tratamiento o intervención preventiva. Esto refiere a que haya un control homogéneo de todo el plan terapéutico, asegurando la coherencia del equipo de salud mental en cuanto a operaciones terapéuticas implicadas.
- Que las divisiones jerárquicas y burocráticas no obstaculicen la eficiencia en la aplicación de las estrategias terapéuticas.

La geo-psiquiatría comenzó a operar en los años 50, fue legalmente sancionado en 1960, y se expande esta política a partir de 1971. De igual manera, tuvo sus complicaciones: la burocracia estatal no permitía la estructura horizontal y no jerarquizada de decisiones, por lo que presionó para que el hospital psiquiátrico fuera el centro administrativo y financiero del sistema. Además, los pioneros de esta ideología no lograban conseguir que los nuevos profesionales de Salud Mental pudieran entender y perpetuar la ideología; no es posible desarrollar una política de salud mental sin la formación de los recursos humanos acordes con ella.

El hospital psiquiátrico seguía funcionando, pero pocos confiaban en este dispositivo como potencial solucionador del problema de la locura.

➤ La Política de Desinstitucionalización - Italia

Esta política comprende 2(dos) etapas:

1. La política de desinstitucionalización de los años 60.
2. El programa de Psiquiatría Democrática y la Ley Nº 180 de Salud Mental de 1978.

En la primera etapa, **Franco Basaglia**⁷⁷, director del Hospital Psiquiátrico Gorizia impulsó desde su posición un movimiento social y político, influenciado

⁷⁷ BASAGLIA, Franco (1924-1980) psiquiatra italiano.

por las propuestas del Sector francés y la comunidad anglosajona. Publica en 1968 su obra “La institución negada”, donde define a la psiquiatría como una práctica de contradicción, que escinde y niega. La medicina mental, en su opinión, desplaza el problema sociopolítico que el enfermo y la institución representan hacia una solución técnica-científica. La dimensión médica (el enfermo por sus problemas patológicos) y la dimensión sociopolítica (el hecho de ser excluido) deben ser tomadas dialécticamente.

Basaglia, junto a otros trabajadores del Hospital, criticaban el funcionamiento del asilo y propusieron convertirlo en un hospital abierto. En ese tiempo se produce un crimen que dio lugar al llamado “Incidente de Goritzia”: un paciente que había estado internado hacía diez años en el hospital, que había salido de visita por unos días a su casa, mata a su esposa a golpes de hacha, en ausencia de otros familiares. La prensa aprovecha el episodio para atacar toda la experiencia de apertura y transformación del Hospital, y Basaglia fue acusado de homicidio responsable y procesado. El proceso no prosperó y finalizó dos años después sin condena.

Este hecho genera un debate público sobre la experiencia de transformación del hospital y del problema asilar, se pronunciaron y alinearon los sindicatos obreros, los partidos políticos y otros movimientos sociales. Comienza a pensarse que había cierta tolerancia a que el hospital se transformara en comunidad terapéutica, siempre que se mantuviera el control sobre los enfermos internados. El problema fue tomando un carácter más amplio, ya no era un debate interno de la medicina, sino una articulación de cuestiones ideológicas y políticas a la función médica del hospital.

El movimiento de crítica al asilo y la propuesta de comunidades terapéuticas en su lugar, creó las condiciones necesarias para que se organizara un movimiento más amplio, que se extendió por toda Italia y se denominó **Psiquiatría Democrática**. Contando así con el apoyo político y social que incrementaba, la reforma psiquiátrica se orientó hasta la aprobación de la Ley de Salud Mental en 1978, cuyas propuestas eran las siguientes:

- Apoyar la apertura en los hospitales psiquiátricos a la comunidad (primer movimiento), para lograr su cierre definitivo (segundo movimiento).
- Ir clausurando los hospitales psiquiátricos a medida que se vayan desocupando, sin admitir nuevas internaciones, ni re internaciones de quienes habían sido externados.
- En cuanto a las internaciones obligatorias (sin consentimiento del enfermo) su pedido debía estar certificado por dos médicos y una autoridad civil local.
- Agrupar a los pacientes dentro y fuera del hospital en un “colectivo de externación”, donde puedan elaborar en grupo las vicisitudes del proceso de externación y reinserción social.
- Brindar tratamiento ambulatorio de los pacientes externados en el Centro de Salud Mental de la zona.
- Crear hogares especiales para pacientes que no pueden ser desinstitucionalizados por incapacidades diversas (demencia, oligofrenias diversas, epilepsias, esquizofrenias graves).

Se trataba de crear una consciencia social que modificara el imaginario social sobre la persona que padece una enfermedad mental, y que en base a esto se hicieran posibles políticas de salud mental que no estén centradas en la internación.

➤ La Psiquiatría Comunitaria - Estados Unidos

Luego de la Segunda Guerra Mundial todos los problemas ligados a lo mental se habían agravado, las consultas terapéuticas incrementaban y el regreso de los veteranos aumentó considerablemente la necesidad de asistencia.

A partir de esto, se comenzaron a formar agrupaciones de psiquiatras, se propone formar comisiones de Salud Mental para tener relevamiento acerca de la situación en tal materia a nivel nacional. Con la llegada de Kennedy a la presidencia en 1963, con una política social más abarcativa desde el Partido Demócrata, se defendió el acceso a la asistencia en materia de salud para pobres, desempleados, ancianos y enfermos mentales. Éste plantea la

necesidad de un nuevo tipo de servicios para atender los problemas de salud y enfermedad mental y proceder a democratizar las viejas instituciones psiquiátricas. Kennedy, reclama fondos federales para la aplicación de un Programa Federal de Salud Mental, basado en la creación de Centros Comunitarios.

En octubre de ese mismo año el Congreso aprueba la Community Mental Health Center and Retardation Act, conocida como “Ley Kennedy”. La propuesta de la reforma era sustituir las instituciones asilares, a partir de un cierre progresivo, por Centros Terapéuticos más ensamblados en la sociedad norteamericana. El “Centro Comunitario de Salud Mental” debía estar abierto a todos los individuos de la comunidad y debía atender con igual dedicación y respeto sin hacer distinciones de clases sociales, grupos etarios, religión, o patologías.

Además, con el objetivo de la desinstitucionalización, se crearon instituciones alternativas al asilo, intermedias, más ágiles y económicas para reubicar los enfermos en la sociedad, como las casas de cuidado, las casas de pensión, los hospitales de Condado para la Salud Mental, entre otros.

Gerald Caplan⁸, psiquiatra estadounidense, propone abordar los problemas de salud mental con una actitud preventiva generalizada, que logre implicar a la comunidad en cada uno de los niveles que propone:

1. Prevención primaria: Estudiar las características demográficas, sociológicas, psíquicas, de hábitat, vicisitudes económicas, nivel de empleo, escolaridad, cultura, de una comunidad para estimar las necesidades en cuanto a valores de salud mental y detectar las poblaciones con mayor fragilidad psíquica y riesgo de enfermedad.
2. Prevención secundaria: incluye acciones asistenciales clásicas sobre individuos enfermos o con riesgo alto de enfermar. Se trata de no aislar al enfermo de su entorno, sino de operar sobre éste y su entorno familiar, laboral, las escuelas, el club, etc.

⁸ CAPLAN, Gerald (1996) autor de “Principios de psiquiatría preventiva”

3. Prevención terciaria: acciones que se desarrollan sobre las consecuencias de la enfermedad (condiciones de rehabilitación, internamiento, reeducación, hogares intermedios, reubicación en sociedad).

Concepciones sobre Discapacidad

Teniendo en cuenta que el Centro de Día Amado F. Romero está dirigido a personas que padecen discapacidad intelectual, es necesario también realizar un recorrido histórico que permita distinguir como fueron variando las representaciones sociales acerca de la “discapacidad” y como dichas representaciones influía en su modo de abordarlas.

Agustina Palacios⁹⁹, en su libro “El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los derechos de las Personas con Discapacidad”, realiza una descripción de 4 (cuatro) modelos con diferentes miradas sobre la discapacidad.

Modelo de Prescindencia.

Las características esenciales del modelo son:

- Justificación religiosa de la discapacidad: las causas que dan origen a la discapacidad son religiosas, un castigo de los dioses por pecados cometidos por los padres del sujeto con discapacidad o una advertencia de los dioses acerca de que la alianza se encuentra rota y se viene una catástrofe
- Consideración de que la persona con discapacidad no tienen nada que aportar a la comunidad: el sujeto es improductivo y una carga que debe ser arrastrada por los padres o la comunidad.

Dentro de este modelo se distinguen dos sub modelos:

- ✓ Eugenésico
- ✓ Marginación.

Tal distinción se basa en las diversas consecuencias que pueden derivarse de la condición de *innecesaridad* que caracteriza a las personas con discapacidad. Ambos sub modelos prescinden de la vida de estas personas, en

⁹⁹ PALACIOS, Agustina (2008) autora de “El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”

el primero la solución pasa por la aplicación de prácticas eugenésicas y el segundo marginando a tales sujeto.

Sub Modelo Eugenésico:

Se ubica en la línea temporal de la Antigüedad: Grecia, Roma, Esparta.

El *eugenismo* pretendería el aumento de personas más fuertes, sanas, inteligentes o de determinada etnia o grupo social para lo que promueve directa o indirectamente la no procreación de aquellos que no poseen esas cualidades.

La persona con discapacidad es un ser cuya vida no merece ser vivida y se considera que no tienen nada que aportar a la comunidad. Prima la consideración de innecesaridad sobre las discapacidades y la diversidad funcional es vista como una situación desgraciada.

De esto se deriva: las prácticas de abandono de las personas con discapacidad, de infanticidios y en la noción del sujeto como “carga”.

A pesar de ser considerados castigo de los dioses no se consideraban un riesgo para la comunidad y tampoco que los padres fueran repudiados por la sociedad siendo “supuestos” culpables de la *deformidad* de los hijos.

En cuanto al tratamiento, la creencia de innecesaridad, acompañado de las creencias religiosas sobre el tema y las complicaciones derivadas de la crianza de un niño con estas características generaba en la antigüedad la práctica del infanticidio en niños nacidos con deformidad.

El niño era considerado una propiedad cuyo fin era responder al “ideal” de ciudadano, lo que implicaba que no tenía derecho a la vida. Por ejemplo: En Esparta si nacían con discapacidades se los abandonaba en el Río Taiego. En Grecia se perseguía la perfección corporal, ante tal estándar los *deformes* debían ser eliminados.

La posición era más aceptable si la discapacidad misma era adquirida durante la vida, guerra o accidente.

Atenas fue la única comunidad antigua que financió a pobres y personas con discapacidad (re peronistas así).

En Roma la representación era de índole mítica porque creían que el nacimiento de un niño con diversidades funcionales significaba que la alianza con los dioses se encontraba rota. Era una advertencia de que algo iba a suceder.

Las personas con discapacidad que podían sobrevivir eran objetos de: un trato cruel y persecuciones que a veces llegaban a la muerte.

Al no ser útiles para el estado, al no responder al ideal de perfección como ciudadano y por la creencia religiosa de que eran “peligrosos”: se los compraba para diversión o se los abandonaba o se los mataba.

Sub modelo de Marginación

Subestiman a las personas con discapacidad, las consideraban objeto de compasión, o como consecuencia del temor o el rechazo por considerarlos objeto de maleficios o de peligro inminente, la exclusión era la respuesta social que generaba tranquilidad

A diferencia del eugenésico, no se comete infanticidio, aunque morían por consecuencia de la falta de interés y recursos o por invocarse a la fe como único medio de salvación.

La discapacidad se explicaba por el poder de Dios o la consecuencia del pecado original o como obra del diablo desde la creencia supersticiosa. Los encargados de diagnosticar esto eran el médico y el sacerdote.

Los discapacitados ocupan el sitio de los marginados. Se los incluía dentro del grupo de los pobres y mendigos. Estos se encontraban de alguna manera insertos en el cuadro de la división social de las ocupaciones; era una marginación necesaria y de sostén dentro del conjunto social (había exclusión de los vínculos sociales). El pobre era un puesto necesario y central que complementa al puesto del rico, era una pieza fundamental en el orden natural (pobreza- enfermedad – diversidades funcionales). Se repetía al rico la

obligación en que se encontraba respecto del sistema de cumplir con sus cargas relativas a la ayuda debida de pobres y desvalidos.

Muchos niños sin recursos económicos morían por falta de atención básica. Ellos como consecuencia de la falta de medios económicos y por otro lado, por la falta de utilización de medios técnicos, o sea de herramientas médicas que eran suplantadas invocándose la fe. Se recomendaba dejar en la iglesia a los niños no deseados.

Un concilio celebrado en el siglo VIII convocó a las mujeres que dieron luz a hijos en secreto a los que los dejaran en la iglesia, donde serían atendidos. A partir de esta medida, se fueron creando asilos y orfanatos a los que iban a parar muchos niños con discapacidad, considerados “inocentes e hijos del señor”, pero dichas instituciones se limitaban a prestar la asistencia más elemental, por lo que muchos niños afectados por diversidades funcionales no sobrevivían.

Las personas con discapacidad debían apelar a la mendicidad y el asilo de la iglesia. Por una parte la formalización de las limosnas, y por otra la profesionalización del estatus del mendigo, introdujeron un tipo de equilibrio en la función de la miseria dentro de la sociedad.

El hecho de que las personas con discapacidad no tuvieran lugar en el campo laboral incidía negativamente en aras de una actitud de menosprecio y marginación social. Por otro lado, en esta época de grandes pestes, el temor al contagio invadía a la población, lo que repercutía de manera negativa en el tratamiento. En este contexto las personas con discapacidad fueron objeto de un doble tratamiento: por un lado el trato humanitario y misericordioso que inculcaba la caridad cristiana, y por otro un tratamiento cruel y marginador, originado como consecuencia del miedo y el rechazo.

Durante la inquisición se produjo un cambio sustancial que supuso la llamada *tradición demonológica*, cuyo auge sitúa Foucault hacia fines del medievo y principios del renacimiento, y en el que las personas con discapacidad pasaron a ser consideradas hijas del pecado y obra del demonio. Las personas con discapacidad intelectual y las denominadas “loco no alborotadores” se les permitía vagar en libertad. Se consideraba que existía la

buena y la mala locura, por lo que se trataba de personajes sociales a sanar o segregar.

Modelo Rehabilitador

Se desprenden dos características fundamentales:

- Causas que se alegan para justificar la discapacidad no son religiosas sino científicas. Se alude a la diversidad funcional en sentido de la salud o enfermedad
- Las personas con discapacidad no son consideradas inútiles respecto a la sociedad sino que pueden aportar algo pero en la medida en que sean “rehabilitadas” o normalizadas.

Desde este modelo, la persona con discapacidad puede ser de algún modo rentable a la sociedad pero dicha rentabilidad se encontrara asociada a la rehabilitación.

En este modelo se busca la recuperación de la persona en la medida posible, y la educación especial se vuelve ineludible para la recuperación o rehabilitación de la persona, por eso se basa en la institucionalización de la persona.

La mirada se encuentra centrada hacia la “diversidad funcional” es decir las actividades que las personas no pueden realizar por lo que se produce una enorme subestimación del sujeto: actitud paternalista.

La asistencia social pasa a ser el principal medio de mantención. En algunos casos es producto de la imposibilidad pero en otros casos por una subestimación producto de la exclusión del sistema laboral, lo que refleja la discriminación prevaleciente.

Data del inicio de la modernidad. En la post guerra se genera una dualidad entre la los mutilados de guerra y los discapacitados por accidentes laborales. Producto de las catástrofes de la guerra había sujetos que podían ser objeto de reparación.

Sin embargo la suerte fue dispar para la gente con discapacidades mentales. En la época nazi se los encerraba para hacer experimentos, para encerrarlos y matarlos. En estados unidos se los usaba para defender al país en la guerra, pero luego se los volvía a encerrar.

El énfasis se sitúa en la persona y su deficiencia caracterizada por una anomalía patológica que le impiden realizar actividades que se consideran “normales”. No reparan en las causas o factores sociales. Si bien se dejan de lado las causas religiosas, la búsqueda de las causas se centra en las “limitaciones” que tiene la persona. La persona con discapacidad es un ser humano que se considera desviado de una supuesta norma estándar y por dicha razón se encuentra limitada o impedida de participar plenamente en la vida social.

Diversidad funcional = Enfermedad. La deficiencia es algo modificable que debe ser curada y por ende las personas con discapacidad han de ser rehabilitadas.

Se considera que debe realizarse todo lo necesario a fin de lograr que se normalicen, es decir, tomar medidas encaminadas a la rehabilitación o habilitación para que dichas personas puedan funcionar en sociedad.

Desde este modelo, la asistencia social pasa a ser el principal medio de subsistencia para las personas con discapacidad. La supuesta incapacidad para trabajar les hacía merecedoras de ayuda estatal, a modo de subvenciones, como así también la posibilidad de vivir en instituciones especiales.

El tratamiento impartido desde este modelo se basa en una actitud paternalista, producto de una mirada centrada en la diversidad funcional, que genera subestimación y conlleva a discriminación.

Si bien se busca la rehabilitación y normalización de la persona, el situar el centro del problema exclusivamente en la diversidad funcional genera un cierto menosprecio con relación a las aptitudes generales de las personas con discapacidad. Las personas van a ser consideradas normales o anormales, sanas o enfermas. El que determina esto es el médico. Las diferencias deben desaparecer o al menos ser disimuladas ocultas.

Esto puede verse a través de la institucionalización, el mero hecho de tener una diversidad funcional significaba para las personas la pérdida del control de sus propias vidas y de su libertad (restricción y violación de derechos más básicos).

En resumen, la discapacidad exclusivamente es un problema de la persona, directamente ocasionado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere cuidados médicos prestados por profesionales en un tratamiento individual. Se busca una mejor adaptación de la persona o un cambio en su conducta.

Modelo social de discapacidad.

Los presupuestos fundamentales del modelo social son dos:

- En primer lugar, se alega que las causas que originan la discapacidad no son ni religiosas ni científicas, sino sociales o al menos, preponderantemente sociales. Según este modelo, 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.
- En cuanto al segundo presupuesto, que se refiere a la utilidad para la comunidad, se considera que las personas con discapacidad tienen mucho que aportar a la sociedad, o que, al menos, la contribución será en la misma medida que el resto de personas. De este modo, partiendo de la premisa de que *toda vida humana es igualmente digna*, desde el modelo social se sostiene que lo que puedan aportar a la sociedad las personas con discapacidad se encuentra íntimamente relacionado con la inclusión y la aceptación de la diferencia.

El objetivo que se encuentra reflejado en este paradigma es rescatar las capacidades en vez de acentuar las discapacidades. Conforme a dicha idea, las niñas y niños con discapacidad deben tener las mismas oportunidades de desarrollo que las niñas y niños sin discapacidad, y la educación debe tender a ser inclusiva. En lo relativo a las respuestas sociales, se basan en la búsqueda

de la inclusión a través de la igualdad de oportunidades, no solo en el área laboral.

Se realiza una distinción entre lo que comúnmente se denomina *deficiencia* y lo que se entiende por *discapacidad*. La deficiencia (o diversidad funcional) sería esa característica de la persona consistente en un órgano, una función o un mecanismo del cuerpo o de la mente que no funciona, o que no funciona de igual manera que en la mayoría de las personas. En cambio, la discapacidad estaría compuesta por los factores sociales que restringen, limitan o impiden a las personas con diversidad funcional, vivir una vida en sociedad; se interpreta como resultado de las barreras sociales y de las relaciones de poder, más que de un destino biológico ineludible. Desde esta mirada de la discapacidad, las soluciones a la misma no se elaboran apunto a la persona afectada, sino al contexto social en el que se desarrolla la persona, la rehabilitación o normalización deben tener como objeto el cambio de la sociedad, no de las personas. Entiende a la discapacidad como algo que hay que prevenir.

Los métodos de subsistencia de las personas con discapacidad son la seguridad social y el trabajo ordinario. Desde este modelo se pretende que éstos no sean dos términos excluyentes. En gran parte de los sistemas de seguridad social de muchos países, las personas reciben una subvención por discapacidad, que es automáticamente perdida al momento de obtenerse un empleo. Esto conlleva a que muchas personas duden en aceptar un trabajo por miedo a perder o ver reducida su pensión por imperativo legal.

Aclara también que, no obstante su relación, la dependencia no debe ser necesariamente asimilada con la diversidad funcional. Se aboga por un cambio respecto del papel de la asistencia otorgada desde los gobiernos frente a este tipo de situaciones, aspirando a la implementación de políticas tendientes a una vida más autónoma, considerando la autonomía no solo como un punto de partida, sino también como un punto de llegada.

Se apuesta a que la diferencia no sea tolerada, sino valorada como parte de la diversidad humana. Tres cuestiones a tener en cuenta:

- Toda vida humana, con independencia de la naturaleza o complejidad de la diversidad funcional que le afecte, goza de igual valor en dignidad.
- Toda persona debe poder tener la posibilidad de tomar las decisiones que le afecten en lo que atañe a su desarrollo como sujeto moral, y por ende, debe permitírsele tomar dichas decisiones. Todo esto sin pasar por alto que todas las personas somos interdependientes, y necesitamos apoyo para el desarrollo de nuestra autonomía.
- Las personas etiquetadas con discapacidad gozan del derecho a participar plenamente en todas las formas de vida de la comunidad (actividades educativas, culturales, económicas, políticas, sociales), del mismo modo que sus semejantes sin discapacidad.

Esto se asocia con la búsqueda de desinstitucionalización de la persona con discapacidad, ofrecerles formas de vida y condiciones de existencia tan parecidas como sea posible a las circunstancias habituales de la sociedad a las cuales pertenece, y que pueda aprovecharlas al máximo para su desarrollo y máximo nivel de autonomía posible. Este fenómeno se denomina *normalización*. Que el ambiente sea adaptado a las necesidades de todos, incluyendo las de personas con discapacidad, no que ellos deban asistir a instituciones para “normalizarse” hasta llegar a parecerse al individuo estándar.

Modelo Bio-Psico-Social:

Surge a partir de la difusión de la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud).

Este modelo se construye en base a: fundamentaciones biológicas, motivaciones psicológicas y condicionamientos sociales.

Da cuenta de una *visión integradora* procurando superar las estigmatizaciones y garantizando la igualdad de derechos y la universalidad en cuanto a accesos a productos, servicios, etc.; por parte de todas las personas frente a la situación de discapacidad.

Este modelo piensa a los seres humanos como sujetos, que son diferentes entre sí, impredecibles y que toman sus propias decisiones. Da una vuelta al

modelo social, la discapacidad es una circunstancia personal y un problema colectivo, es decir, no deja de verla como una dificultad pero agrega la dimensión social.

Con esta mirada se desactivan los cuatro elementos del mecanismo de producción de discapacidad: único, automático, repetitivo e impersonal:

Para que los sujetos no se sometan al “deber ser” del imaginario social e institucional, es necesario un eje de intervención que provea personalizadamente apoyo, y los mismos deben provenir: del propio sujeto, recursos comunitarios genéricos y servicios especializados.

- Lo prioritario debe ser poder incluir a personas con discapacidad dentro de la comunidad no incluirlas como seres pasivos sino como sujetos que van a participar, sumar igual que los demás sujetos al desarrollo de la mismas.
- Del lado del sujeto se espera que: busque integrarse.
- Las adaptaciones y transformaciones que debe hacer el entorno social es: incluir.
- El estado custodia el cumplimiento de la leyes existente.

Ley de Salud Mental 26.657 “Derecho a la Protección de la Salud Mental”

En la Argentina, la Ley Nacional 26.657 fue sancionada en noviembre de 2010 y promulgada en diciembre del mismo año, cuyo proyecto fue elaborado por el Diputado Leonardo Gorbacz. La referida Ley es sancionada tras un largo proceso de construcción y debate con actores involucrados del campo de la salud mental y derechos humanos, referentes de Latinoamérica y de otros continentes, autoridades nacionales, provinciales y municipales en la materia, legisladores y jueces nacionales.

La Argentina adhirió a lo largo de los últimos años a una serie de tratados internacionales que son citados en la el cuerpo de la ley:

1)- Declaración de Caracas (1990, OPS-OMS). Se la considera un hito histórico en el desarrollo de los servicios de salud mental de las Américas, ya que promueve dos puntos que son clave:

- La transformación de los hospitales psiquiátricos y el desarrollo de modelos alternativos comunitarios. Se considera que el hospital psiquiátrico aísla al paciente de su medio y genera mayor discapacidad social.
- La protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales.

2)- Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental (1991). Se los considera los estándares internacionales que proporcionan los lineamientos para implantar o evaluar los sistemas nacionales de salud mental. Además, establecen que las personas con enfermedad mental gozan de todos los derechos y libertades fundamentales contempladas en las convenciones generales de derechos humanos. En 2001 la OMS en su “Informe Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas” va a reafirmar la perspectiva de derecho que planteaba la declaración de la ONU.

3)- Conferencia de Brasilia “La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de Caracas” (2005). En la misma, se reconoce que en los últimos 15 años se han producido avances en la reestructuración de la atención psiquiátrica; además se discutieron desafíos y retos por delante tales como: los altos niveles de violencia, la problemática psicosocial de la niñez y adolescencia, la conducta suicida y el alcoholismo.

4)- Consenso de Panamá (2010, OPS/OMS) que es mencionada en el Decreto que reglamenta la Ley Nacional N° 26.657. La misma, plantea fortalecer el modelo de atención comunitaria en salud mental en todos los países de la Región, de manera de asegurar la erradicación del sistema manicomial en la próxima década (2020). Además, reconocer como un objetivo esencial la protección de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental, en particular su derecho a vivir de forma independiente y a ser incluidos en la comunidad.

A nivel local encontramos las siguientes leyes que antecedieron a la ley nacional:

1) - Ley 2.440 de “Promoción Sanitaria y Social de las Personas que padecen Sufrimiento Mental”, de la provincia de Río Negro de 1991 que promueve la des-institucionalización del paciente con sufrimiento mental y se plantea a la internación como último recurso terapéutico entre otras cosas. Esta ley apunta a la recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con sufrimiento mental, expresada en términos de reinserción comunitaria.

2) - Ley de salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ley N°448 (2004) que garantiza el derecho a la salud mental de todas las personas en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires y propone, además, un proceso de des-institucionalización progresivo.

3) - Ley N° 10.772 de la provincia de Santa Fe, sancionada en 1991 y reglamentada en 2007, estipula la sustitución progresiva de las prácticas manicomiales hacia una clínica ampliada en el ámbito de lo comunitario entre otros puntos relevantes, la constitución de una red asistencial y el privilegio de la

estrategia de la Atención Primaria de la Salud como eje transversal de los tres niveles de atención.

A continuación se plantea un recorrido por las concepciones más relevantes de la ley:

En el artículo 3º del Capítulo II, se plantea una nueva concepción sobre la salud mental. Se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Por otro lado en el artículo 4º se plantea que las adicciones deben ser abordadas por las políticas de salud mental. Es decir, las personas con consumo problemático de drogas, tanto legales o ilegales, poseen todos los derechos y garantías explicitados en la ley.

En el artículo 7º, perteneciente al capítulo IV, se establecen los derechos de las personas con padecimiento mental, entre los cuales se destacan:

- a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios.
- b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia.
- c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos.
- d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.
- e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe.

- f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso.
- g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas.
- h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión.
- i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado.
- j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales.
- k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades.
- l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación.
- m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente.
- n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable.
- o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados.
- p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

En el artículo 9º del capítulo V, en relación a la modalidad de abordaje, se plantea que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del

ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial. En continuación a esto, en el artículo 11, se plantea que se deben 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.

Esto es relevante, debido a que a partir de lo planteado se sientan las bases para el objetivo de lograr la eliminación de los hospitales monovalentes, es decir, el proceso de “desmanicomialización” (con una concepción basada en el modelo medico hegemónico), para dar lugar a otras alternativas de abordaje priorizando el reforzamiento, la restitución y la promoción de los lazos sociales, enmarcadas en un trabajo interdisciplinario e intersectorial.

En sintonía con esto, se plantea en el artículo 14 (capítulo VII), que la internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. De producirse la internación, el artículo 15 señala que debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica.

Así mismo se disponen normativas según la internación sea voluntaria o involuntaria:

En el caso de que la internación sea voluntaria (artículo 18) La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de 60 días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al órgano de revisión y al juez. El juez debe

evaluar si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria,

En el caso de internación involuntaria (artículo 20), la misma debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar:

- a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra;
- b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento;
- c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

De esta manera, se pretende que las internaciones tengan un mayor control y supervisión, con la finalidad de velar por los derechos de las personas. Para esto se crea, en el artículo 38 (capítulo X) el Órgano de Revisión, perteneciente al Ministerio Público de la defensa.

Enmarcando el siguiente trabajo, que corresponde a un análisis de las prácticas del Centro de día, en tanto dispositivo de abordaje terapéutico, y su relación con los objetivos de “desmanicomialización” planteados por la siguiente ley. Se destacan los artículos:

Artículo 27, plantea que queda prohibida la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede

significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.

Se destaca en el artículo 28, que las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios.

Es así como la ley se plantea como uno de sus objetivos centrales, la erradicación del sistema manicomial, de manera progresiva, adhiriendo al consenso de Panamá, y fijando como objetivo para esto, el año 2020.

Es a partir de esto, que cobran mayor relevancia otros dispositivos de abordaje, como lo son los hospitales o centros de día. Desde el siguiente trabajo, se busca analizar como impactan estos nuevos lineamientos propuestos por la ley, en el imaginario social de las personas involucradas en el centro de día “Amado F. Romero” y así dilucidar si este dispositivo aporta al objetivo de desmanicomialización propuesto por la Ley de Salud mental 26.657.

4. Objetivos

Objetivo general:

- ❖ Analizar el funcionamiento del Centro de Día Amado F. Romero, en tanto dispositivo terapéutico, en relación al objetivo de desmanicomialización propuesto por la ley de salud mental 26.657.

Objetivos específicos:

- ❖ Describir el funcionamiento del Centro de Día Amado F. Romero desde la perspectiva de la psicología institucional.
- ❖ Explorar los imaginarios sociales del equipo de profesionales que guían las prácticas terapéuticas en dicho centro.
- ❖ Determinar cuál y como es el aporte de este método de abordaje al objetivo de desmanicomialización propuesto por la ley de salud mental 26.657

5. Diseño metodológico.

El presente trabajo es de naturaleza cualitativa, y el tipo de diseño metodológico al que se recurrió para llevarlo a cabo es el exploratorio-descriptivo.

Se opta por esta combinación de diseños debido a que el tema elegido ha sido poco explorado científicamente, y además es difícil plantear hipótesis precisas que permitan llegar a conclusiones generalizadas sobre este. Es una investigación que pretende brindar una descripción de la unidad de análisis seleccionada y explorar la relación de la misma con un contexto macro en la que está inserta.

5.1 Unidad de análisis

Se tomó como unidad de análisis al equipo profesional, y trabajadores del “Centro de día Amado F. Romero”. Ubicado en: Viamonte 1967, Barrio Federación, La Rioja, Capital, CP (5300).

5.2 Variables

Variables	Dimensiones	Indicadores
-Análisis Institucional del Centro de día. -Relación del abordaje del equipo profesional con el objetivo de desmanicomialización propuesto por la Ley de Salud Mental 26.657.	Metodología de abordaje. Equipo profesional Trabajadores del centro Imaginarios sociales. Relación con otros organismos. Relación con la familia de los concurrentes.	Discurso del equipo profesional. Características edilicias. Lenguaje no verbal.

5.3 Técnicas de recolección de datos.

Las técnicas seleccionadas que se utilizaron para poder alcanzar los objetivos serán:

- **Observación no participante** de las jornadas llevadas a cabo en el centro de día, incluyendo las diferentes actividades que se realizaban. Se utilizó a fines de poder registrar con la mayor objetividad posible datos que aporten a poder describir el funcionamiento y realizar el análisis institucional del centro de día.
- **Entrevistas semi- dirigidas** a los trabajadores del centro, equipo profesional y directivos.
- **Notas de campo** que comprenden descripción de diferentes situaciones, como así también detalles acerca del establecimiento, condiciones edilicias, y demás.

6. Articulación Teórico- Práctica

Síntesis Organizacional

El Centro de día “Amado F. Romero” es una organización privada, que funciona actualmente en Viamonte 1967, Barrio Federación, La Rioja, Capital, CP (5300).

Fue fundado en el año 2011 con la autorización de las entidades públicas pertinentes y en su comienzo asistían 4 (cuatro) concurrentes.

Su edificio es una readaptación de una casa particular. Se encuentra en la zona sur de la provincia, cuenta con dos sum donde se realizan los diferentes tipos de talleres. En ellos se pueden encontrar mesas, sillas, muebles que contienen diferentes materiales, dos televisores, dos radios, DVD y ambos con aire acondicionado. Además cuenta con un consultorio donde se realizan las entrevistas de admisión, las entrevistas de psicología, o cualquier reunión formal que se necesite hacer. Los concurrentes cuentan con un baño adaptado para personas con discapacidad, y los trabajadores cuentan con un baño exclusivo. También hay una cocina donde se encuentran todos los elementos necesarios para las diferentes comidas (desayuno y almuerzo) y también los electrodomésticos necesarios para llevar a cabo el taller de cocina: heladera, horno eléctrico, microondas, etc. Por ultimo cuenta con un patio en la parte trasera donde los concurrentes salen a fumar y a pasar tiempo libre.

El centro de día “Amado F. Romero” puede definirse como un servicio de atención diurna que atiende a personas con discapacidades intelectuales severas o profundas, sean estas provocadas por lesiones neurológicas, déficits cognitivos u otras patologías psiquiátricas asociadas (Ej. Esquizofrenia). Para esto brinda atención personal y ocupacional, promoviendo la autonomía y facilitando los apoyos adecuados a las necesidades de los concurrentes.

Se puede identificar como misión de la organización, mejorar la calidad de vida de estas personas, brindando estimulación, entrenamiento en diferentes tipos de habilidades, apoyo en el cuidado personal y en actividades de la vida

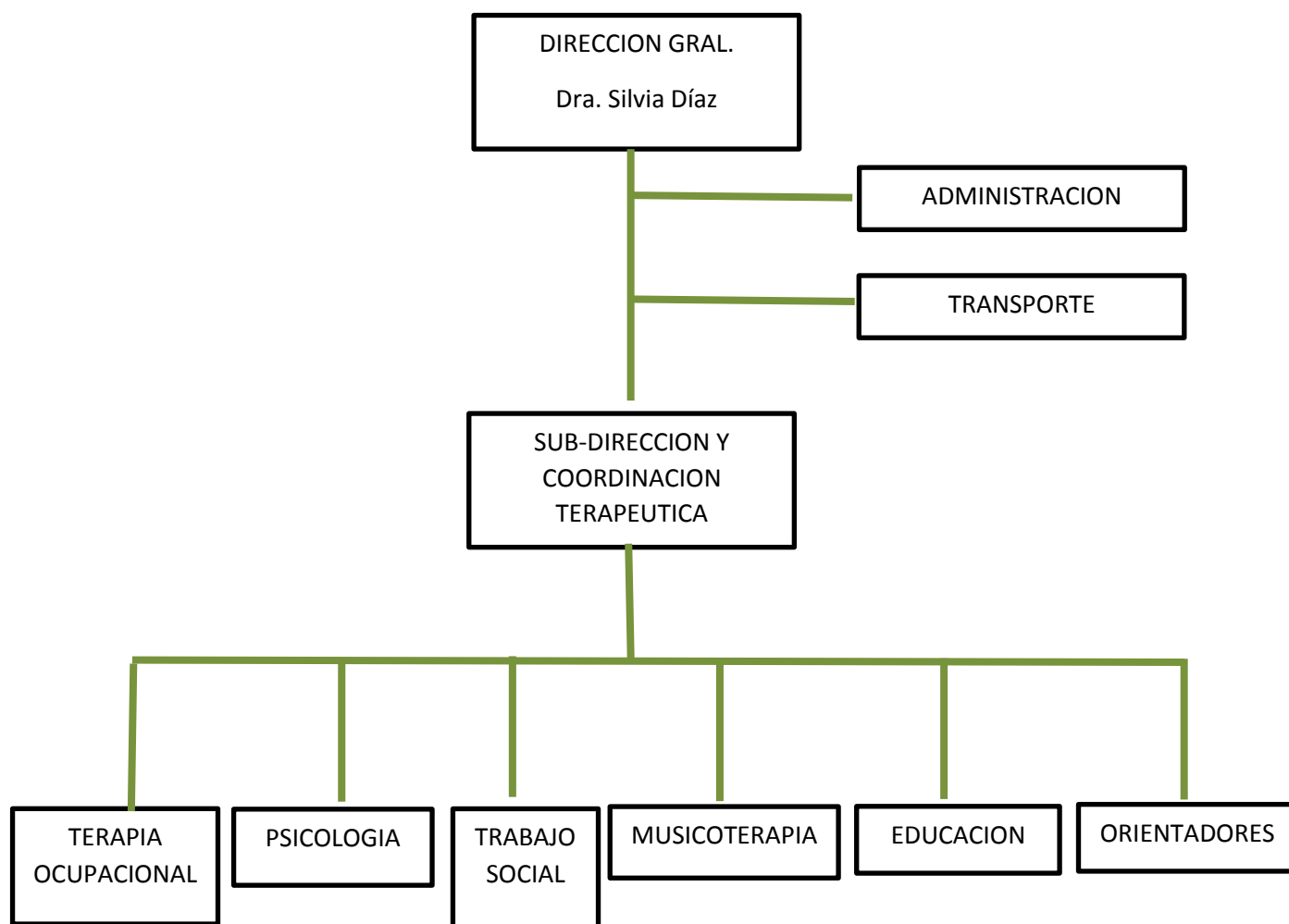
diaria, contención psicológica, apuntando a la autonomía y socialización de la persona.

La organización lleva a cabo esto brindando un dispositivo terapéutico que cuenta con jornadas de lunes a viernes de 09:00 a 15:00 (Jornada normal) y de 09:00 a 16:00 (Jornada completa). En estas jornadas los concurrentes cuentan con diferentes talleres (Arte terapia, musicoterapia, taller de cocina, taller de AVD, taller de arte, estimulación cognitiva y alfabetización), así como también realizan diferentes salidas. Esto está basado en un plan estratégico que se lleva a cabo mediante la intervención de un equipo interdisciplinario compuesto por: psicólogos, trabajadores sociales, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta, docente de arte y orientadores.

Además de los profesionales, hay personal de secretaria que se encarga de la administración interna del lugar y de mediatizar la relación entre los profesionales y las familias de los concurrentes; así como también personal de gestión que se encarga del pago de los profesionales, y de realizar las diferentes articulaciones con obras sociales y otras entidades.

El centro de día cuenta con un transporte propio que se encarga del traslado de los concurrentes desde sus hogares al centro y viceversa, así como también realiza los traslados cuando se realizan actividades fuera de la institución.

Organigrama



Descripción de la modalidad terapéutica del centro de día

El centro de día Amado F. Romero fue fundado en Junio del año 2011 por la Dra. Díaz Silvia (Psiquiatra) quien actualmente es Directora Gral. de la organización.

La organización fue creada con el objetivo de trabajar con patologías crónicas, pero sin recurrir a la internación como principal medida terapéutica. Es por eso que se recurre a la modalidad de centro de día, con jornadas de aproximadamente 8 (ocho) horas al día, 5 (cinco) días a la semana, donde se realizan diferentes tipos de actividades y estímulos con el objetivo de lograr la reinserción social de los concurrentes.

La población con la que trabaja el centro de día, específicamente, es con personas con discapacidad intelectual severa o profunda entre los 14 (catorce) y los 60 (sesenta) años. Es necesario aclarar que esta discapacidad puede ser por causas congénitas, trastornos del desarrollo o bien, provocadas por otro tipo de patología psiquiátrica o psicológica como por ejemplo: esquizofrenias, que es el caso de la mayoría de los concurrentes que asisten actualmente al centro de día.

Según lo relatado por su directora, la idea del centro es contribuir a la “no internación”, es decir, que lo que se busca transmitir desde la dirección hacia el resto del equipo y los empleados, es la idea de que los concurrentes sean activos en el proceso terapéutico y sobre todo evitar las internaciones crónicas en hospitales psiquiátricos.

Para poder cumplir con los objetivos de la organización, se lleva a cabo un plan estratégico que es ejecutado por un equipo de profesionales compuesto por diferentes disciplinas, tales como:

- Psicología
- Terapia Ocupacional
- Trabajo Social
- Musicoterapia
- Arte

- Psiquiatría
- Educación

Este plan estratégico comienza con la llegada de un concurrente al centro. Este puede asistir ya sea por derivación de algún profesional que conozca la modalidad de trabajo, o simplemente por recomendación de alguna otra persona.

En primer lugar, se realizan las correspondientes entrevistas de admisión por las áreas de psicología, terapia ocupacional, trabajo social y psiquiatría. De esta manera se puede obtener una primera aproximación desde diferentes aspectos acerca del estado actual del concurrente, de sus potencialidades, de su contexto familiar-social. Una vez que se obtienen estos datos se puede decidir si el dispositivo terapéutico ofrecido por el centro de día, puede ser funcional para la persona que lo solicita.

Esto es importante destacar porque no es que se busca adaptar a la persona al dispositivo de manera ultranza, sino que se consideran las necesidades específicas de la persona y se evalúa, en términos potenciales, si obtendrá beneficios o no de este método de trabajo.

También influyen criterios de agrupabilidad en la admisión, debido a que se realizan actividades grupales en su mayoría. Es por eso que no se admiten personas con trastornos de control de impulso, personas con tendencias y antecedentes de agresividad, adicciones, y demás patologías que dificulten la interrelación con los demás concurrentes. Así como también, no son admitidas personas con discapacidades motoras que no pueden valerse por sí mismas.

En caso de que se concrete la admisión, el equipo comienza a diagramar, según las características individuales, un diseño terapéutico que está relacionado a cuestiones como:

- Cantidad de días que debe asistir la persona.
- Cantidad de horas.
- Que talleres realizara, según necesidades y gustos personales.

En el caso de no concretarse la admisión, se realiza una recomendación acerca de otro dispositivo que pueda responder de una mejor manera la demanda de la persona; o bien, el centro ofrece otras alternativas como por ejemplo: acompañamiento terapéutico.

El centro de día cuenta con un marco teórico que sustenta su trabajo, el mismo es explicado y entregado a cada uno de los profesionales que ingresan a trabajar allí. De esta manera, se busca que el equipo guíe sus prácticas en base a un mismo criterio y en pos de los mismos objetivos.

Este marco teórico está centrado en la comprensión de la deficiencia intelectual como un tipo de discapacidad, según la clasificación del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La deficiencia intelectual hace referencia a una discapacidad que se manifiesta por las limitaciones en el funcionamiento intelectual (razonamiento, planificación, resolución de problemas, pensamiento abstracto, comprensión de ideas complejas, aprendizaje rápido y aprendizaje por experiencia) asociada a las limitaciones de la actividad, con restricciones en la participación en el medio; causadas por las deficiencias cerebrales o por factores etiológicos como:

- Factores Biomédicos: Ligados a los procesos biológicos.
- Factores sociales: Relacionados a las interacciones y las variables familiares y sociales.
- Factores Comportamentales: Comprenden los comportamientos que pueden contribuir a limitar el funcionamiento.

El ideal en la interacción entre la persona y el contexto, se desprende del feed-back entre la capacidad de la persona (señalando sus fuerzas personales) y el contexto (entendiéndolo como sostén de las estrategias, recursos y las actividades) que permiten el mejoramiento del funcionamiento humano.

Este modelo presume que las limitaciones en las fuerzas personales se pueden por lo menos compensar, parcialmente por las ayudas, y que la causa

del pobre funcionamiento, está asociada a la falta de ayudas o de limitaciones en la participación del individuo en la sociedad.

De esta manera tomando los modelos funcionales del AAIDD (Asociación Americana en deficiencias intelectuales y del desarrollo) y el CIF (Clasificación del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud) el trabajo terapéutico del Centro de Día Amado F. Romero, acentúa el papel de las ayudas como un puente tendido sobre la brecha entre la capacidad de las personas con deficiencia intelectual, y las expectativas del funcionamiento en los ambientes en los cuales viven, aprenden, trabajan, definiendo las ayudas como los “recursos y estrategias que apuntan a promover el desarrollo, la educación, los intereses, y el bienestar de una persona y que realzan el funcionamiento individual”.

Se delimitan 5 puntos fundamentales en torno a los cuales gira el trabajo cotidiano del dispositivo:

1. Las limitaciones en el funcionamiento del presente, se deben considerar dentro del contexto de los ambientes de la comunidad típicos de la edad, de los pares y de las culturas.
2. Se debe considerar la diversidad cultural y lingüística, así como también diferencias en la comunicación, factores sensoriales, motores y factores del comportamiento.
3. Dentro de un mismo individuo, las limitaciones pueden coexistir
4. El objetivo de describir las limitaciones, es desarrollar un perfil de ayudas necesarias para ese individuo.
5. Con una ayuda personalizada apropiada durante un periodo sostenido, el funcionamiento de la vida de la persona con deficiencia intelectual mejorara generalmente.

Es así como se tiene en cuenta y se valora el impacto significativo que tales ayudas personalizadas pueden tener en el funcionamiento de las personas, por eso, la máxima aspiración de la organización es lograr que los concurrentes

sean capaces, con un suficiente y adecuado sostén, de vivir sus vidas con calidad y contribuir a la sociedad con su presencia y productividad.

A continuación se pasara a describir el trabajo realizado por las diferentes áreas antes mencionadas, y las actividades que se realizan en el centro de día:

Taller de Arteterapia: Este taller se lleva a cabo los días lunes de 10:00 a 12:00hs. Está a cargo de una docente de arte.

Todos los concurrentes están asignados a este taller, sin embargo según lo relatado por la docente, y por lo observado en el campo, no todos logran adherirse a las actividades que se realizan en el mismo. Generalmente esto se debe a la falta de interés que se tiene en la temática.

Desde el taller el objetivo principal que se persigue, es que los concurrentes puedan expresarse a través del arte. Esto implica una planificación previa de una serie de actividades que se realizan durante el año, estas incluyen: trabajo en manualidades, dibujos, pintura con diferentes elementos, trabajo con cuentos, y demás.

Es importante señalar, que la docente no estuvo formada para trabajar con este tipo de población, por lo que relata que adaptar la planificación y adaptarse al trabajo fue todo un desafío. Desde el taller no se exige prolijidad o técnicas perfectas, sino que lo importante es que los concurrentes puedan expresarse desde su individualidad, y desde sus posibilidades.

Taller de Estimulación neuro cognitiva: Se lleva a cabo los días miércoles de 10:00 a 12:00 y está a cargo de una docente de educación especial.

En este caso, solo algunos concurrentes participan de este taller, se puede decir que el criterio para ser parte es haber adquirido la lecto-escritura. Esto se debe a que el taller comprende actividades de atención, memoria, percepción, lectura de textos, y se necesita de la lecto-escritura para poder comprender y llevar a cabo las tareas que se plantean desde el taller.

El objetivo del taller es estimular las áreas neuro cognitivas de atención, percepción, memoria, pero también hay algunos concurrentes que tienen

preferencia por las actividades manuales, entonces también se recurre a la estimulación motora.

Al igual que con el taller de Arteterapia, la docente no tuvo formación para trabajar con este tipo de población, así como tampoco tuvo experiencia previa. La misma en su relato comenta, que tuvo que estudiar, leer, para saber de qué manera planificar actividades y objetivos para su taller, pero que esa formación individual le iba formando prejuicios que luego tuvo que eliminar en el momento del contacto en sí con los concurrentes. A partir de esto, se flexibilizaron las planificaciones y los objetivos, y se dejó el taller abierto a los intereses y gustos de los concurrentes.

Taller de Alfabetización: Se lleva a cabo los días martes y jueves en el horario de 14:00 a 16:00, posterior al horario del almuerzo. Este taller, es llevado a cabo por una docente, a partir de un convenio del centro de día con el área de alfabetización, perteneciente al Ministerio de Educación.

Todos los concurrentes participan del taller de alfabetización. Se trabajan con actividades propuestas por unos cuadernillos diseñados por el ministerio, así como también con actividades que proponen los concurrentes y se articulan con los objetivos del taller.

El objetivo es que los concurrentes alcancen un nivel de aprendizaje y alfabetización similar al de una escuela primaria. Se entregan certificados al finalizar el año por el trabajo realizado.

Es importante señalar, que al ser un convenio con el ministerio, al taller lo lleva a cabo una docente “común” (según como ella se denomina), por lo cual relata que en principio tuvo miedo, o incertidumbre, que luego fue disminuyendo al tener contacto con los concurrentes. La docente relata que tuvo que flexibilizar su manera de dar clases, así como también modificar su pedagogía y didáctica ya que algunos concurrentes necesitan una enseñanza más personalizada.

Taller de salidas terapéuticas: Este taller se lleva a cabo los días martes y jueves de 10:00 a 12:00 y está coordinado por una licenciada en trabajo social.

Todos los concurrentes participan en este taller. Las salidas terapéuticas comprenden toda actividad que se realice por fuera de la institución, ya sea desde una caminata hacia una plaza, como así también visitas a museos, exposiciones, asistencia a diferentes eventos y demás.

La licenciada comenta que ella se encarga de realizar redes interinstitucionales para poder conseguir estas salidas. Los concurrentes tienen disponible el polideportivo Menem para realizar actividades, así como también una vez al mes asisten al cine.

En su relato, la licenciada comenta que a veces aparecen resistencia por parte de las diferentes instituciones para que esta población de concurrentes realice diferentes actividades, pero que eso se ve equilibrado ya que ella posee muchos años de trabajo y experiencia y eso le permitió tener influencia y contactos.

Taller de AVD: Este taller es desarrollado los días miércoles de 10:00 a 12:00 y es dictado por una terapeuta ocupacional.

Solo algunos concurrentes participan de este taller. El mismo cuenta con actividades que se basan en un cuadernillo para trabajar distintas AVD, como lo son:

- AVDB: Son las actividades más básicas de la vida diaria, relacionadas al autocuidado.
- AVDI: Actividades de la vida diaria instrumentales. Son actividades que permiten interaccionar con el entorno más inmediato de los concurrentes.
- AVDA: Son actividades de la vida diaria más avanzadas, comprenden características como organización, planificación, mayor grado de autonomía e independencia.

La Lic. En terapia ocupacional relata que debido a las características de la población que asiste al centro, solo se trabajan las actividades básicas y las instrumentales.

A su vez la terapeuta realiza cuestionarios para evaluar no solo necesidades, sino también intereses de los concurrentes y en base a eso poder planificar actividades a largo plazo.

El objetivo es lograr la independencia y autonomía de los concurrentes. Es decir, que no dependan de otra persona para desarrollar actividades que son parte de la cotidianeidad de los días, eso les brinda mayor libertad, poder de decisión, y herramientas para una posterior socialización.

Taller de Musicoterapia: El taller es llevado a cabo por una Lic. En musicoterapia, los días jueves de 11:00 a 12:00.

El objetivo de este taller es promover la expresión de emociones a partir de la música. A diferencia de las sesiones individuales, en este taller se propicia el trabajo grupal. Todos los concurrentes están asignados al mismo.

Para cumplir con los objetivos se llevan a cabo diferentes actividades que comprenden: utilización de instrumentos, visualización de videos y trabajo con diferentes tipos de audios.

La Lic. Relata que hay gran adherencia a las actividades del taller, ya que a los concurrentes les gusta mucho la música y lo relacionado a ella.

Taller de ocio y tiempo libre: Este taller se realiza los días viernes de 10:00 a 12:00. Es dictado por la Lic. En terapia ocupacional que también tiene a cargo el taller de AVD.

En este taller se realizan múltiples actividades que comprenden:

- Salidas recreativas a diferentes espacios de la provincia.
- Actividades intrainstitucionales como pasar películas, desarrollo de juegos varios.
- También se desarrolla un taller de cocina cada 15 (quince) días, donde los propios concurrentes preparan su almuerzo.
- Salidas al supermercado para comprar los elementos necesarios para el taller de cocina.

El objetivo de este taller es básicamente lograr distender a los concurrentes, es decir, que se realicen actividades menos estructuradas, por ello está al final de la semana. También se busca mayor adhesión consultándoles cuales son las actividades que quieren realizar, o que comida preparar.

De este taller participan todos los concurrentes.

Además de los talleres, en el centro trabajan Orientadores, que son estudiantes avanzados en psicología. Su labor es acompañar durante toda la jornada a los concurrentes. Los orientadores son los encargados de los momentos de desayuno y almuerzo, implementando el trabajo de AVD (actividades de la vida diaria). Así también, acompañan a los diferentes profesionales a cargo de los talleres, funcionando como apoyo para su trabajo con los concurrentes.

Los trabajos de AVD que impulsan los orientadores son:

- Colocación de los elementos ya sea para desayunar o almorzar.
- Lavado personal de los elementos utilizados.
- Limpieza del salón luego de las comidas.
- Higiene personal por parte de cada uno de los concurrentes.

En el caso los psicólogos, no se llevan adelante tratamientos individuales. Lo que se realiza, en cambio, son entrevistas cortas con los concurrentes, con el objetivo de brindar sostén y acompañamiento durante el tratamiento del centro de día. Los concurrentes tienen su psicólogo externo, por lo cual, en el espacio de psicología se realiza un seguimiento de la evolución del tratamiento.

Lo anteriormente nombrado, es decir, los diferentes tipos de talleres, los espacios terapéuticos, y la labor de los orientadores, funcionan bajo la coordinación de una coordinadora terapéutica.

La coordinadora terapéutica tiene diferentes funciones, como ser:

- Revisar las planificaciones de los diferentes talleres;
- Funcionar como nexo entre los profesionales.

- Coordinar y planificar reuniones de equipo mensuales.
- Revisar informes de las diferentes áreas.
- Funcionar como nexo entre la directora médica y los profesionales.
- Realizar procesos de admisión desde el área de psicología.
- Comunicación con los familiares de los usuarios.

Dentro del cuerpo de trabajadores, además del equipo técnico, también se encuentra la parte de secretaria administrativa. Este sector se ocupa principalmente de la documentación interna del centro; de realizar comunicados a los concurrentes y familiares; de llevar al día lo que tiene que ver con documentaciones de obra sociales y demás.

Análisis de los datos obtenidos

La primera variable de este trabajo, corresponde a un análisis desde la psicología institucional, del centro de día Amado. F. Romero. Esto pudo realizarse a partir de las entrevistas realizadas al cuerpo de trabajadores y profesionales del centro, y se pueden expresar los siguientes datos significativos.

En primer lugar, resulta pertinente resaltar que el Centro de día Amado F. Romero está dirigido a personas con discapacidad intelectual severa o profunda. A pesar de esto, la mayoría de los concurrentes actuales, presentan además un diagnóstico psiquiátrico a partir de DSM, como ser esquizofrenia, psicosis o diferentes trastornos de tipo delirante. Esto es importante remarcar, porque agrega una nueva dimensión a la hora de elaborar y diseñar un plan terapéutico que se corresponda con las necesidades de los usuarios.

Hecha esta aclaración, se pudo observar mediante las entrevistas, que la mayoría de los trabajadores y profesionales del centro no habían tenido experiencia previa con este tipo de población. Esto resulto interesante para poder indagar los imaginarios sociales por los que estaban atravesados antes, durante y después del trabajo en el centro de día.

Como es sabido, los imaginarios sociales son producciones históricas-sociales, razón por la cual adoptan la característica de ser totalmente dinámicos. Esto se ve reflejado en el equipo de trabajadores, ya que en su relato, al hacer referencia al momento previo de ingresar a trabajar, aparecen expresiones comunes como “miedo”, “incertidumbre”. Además, se resaltan aspectos como no saber cómo actuar, que hacer, y como trabajar con dicha población.

Se pudo inferir que estos imaginarios sociales presentes a priori en los profesionales y trabajadores, puede estar relacionado con dos aspectos principalmente:

- En primer lugar, los imaginarios sociales se corresponden con representaciones sociales acerca la “locura” y de los “locos” que datan desde la Edad Media, pero que aún siguen vigentes en la sociedad actual. Estas representaciones, asocian la noción de “peligrosidad” a las

personas con algún tipo de padecimiento mental. De igual manera pasa con las representaciones acerca de la discapacidad, donde las personas eran consideradas peligrosas y por eso se recurría a métodos de segregación y exclusión social.

- En segundo lugar, aparece la falta de información y formación. El miedo es una reacción esperable ante lo desconocido. Es común ver como la sociedad no está lo suficientemente informada acerca de las múltiples psicopatologías, los padecimientos mentales, y los diferentes tipos de discapacidades. Esto deja librado al azar la infinidad de representaciones sociales que se puedan tener y que son generalmente prejuiciosas. Sumado a esto, las diferentes carreras de grado que no están relacionadas con la salud mental, no incluyen en su plan académico formación correspondiente a personas con discapacidad o con alguna psicopatología, por lo cual, los profesionales tienen un total desconocimiento de la manera de abordar dichas problemáticas.

A pesar de estas concepciones previas que tenían los profesionales y trabajadores, resulta interesante observar como esto se fue modificando a medida que fue creciendo el contacto con los concurrentes en el trabajo diario. De manera general, todo el equipo resalta que si bien tuvo que informarse y flexibilizar diferentes metodologías de trabajo, esas concepciones previas, como el miedo, desaparecieron totalmente. Con el paso del tiempo y el contacto diario, pudieron comprender que son personas al igual que todos, y pudieron adoptar una metodología de trabajo que sea lo más beneficioso posible para los concurrentes. Además de esto, se vieron apoyados por profesionales del equipo que si tenían formación en dichas problemáticas, como ser los psicólogos y la psiquiatra, que les permitió flexibilizar creencias y representaciones sociales; y resaltar la subjetividad y el carácter de persona por encima de cualquier patología o discapacidad.

En cuanto a la metodología de trabajo (descrita anteriormente), se ha observado que se respeta la individualidad y la subjetividad de los concurrentes del centro de día. A diferencia de instituciones de tiempos anteriores, como los

hospitales psiquiátricos, el centro vela por mantener la individualidad de las personas que asisten.

Esto puede observarse en las jornadas diarias, y también se ve reflejado en el discurso de los profesionales. Los concurrentes no pierden su identidad al ingresar a la institución, sino que por el contrario, siguen siendo tratados por su nombre, se sigue escuchando su voz y sobre todo, se tiene por objetivo la autonomía de los mismos. En pacientes con discapacidad intelectual, existe una tendencia referida a que su entorno decide por ellos, ya sea porque creen saber que es lo mejor para ellos, o porque subestiman la posibilidad de decidir por sí mismos. Esto no hace más que callar su voz, y coartar la autonomía y libertad de las personas. Es por eso, que por parte del equipo del centro, se da mucha importancia a lo que los concurrentes puedan aportar, como por ejemplo:

- Preferencias a la hora de elegir los talleres en los cuales van a participar.
- Sugerencias sobre temáticas a trabajar en los diferentes talleres.
- Sugerencias sobre participar en algún evento o asistir a algún espectáculo público.
- Se consulta con los concurrentes cada actividad que se planea por fuera del centro, o actividades que no pertenecen a la rutina diaria.

Además, el respeto y la libertad se observan en el trato diario. Si bien hay horarios estipulados para ciertas actividades, los concurrentes tienen tiempos de ocio donde pueden realizar cualquier tipo de actividad como ver tele, escuchar la radio, tomar mate, salir al patio.

Es muy interesante notar como se pone en juego un equilibrio entre: Por un lado fomentar la libertad y la autonomía; y por otro lado, ayudarlos a establecer rutinas, pautas de comportamiento y reforzar AVD (actividades de la vida diaria).

Si bien estas prácticas se alejan de métodos antiguos que dañaban la integridad y la dignidad de las personas, se puede observar que aun los tratamientos siguen enmarcados en un modelo rehabilitador.

Esto quiere decir, que el énfasis de la problemática se sigue situando en la persona, en su deficiencia, en su patología, dejando de lado características sociales y contextuales que infieren de igual manera en el padecer de una persona. El centro de día Amado F. Romero, agota todas las instancias de tratamiento y asistencia individual, a fines de poder lograr una mayor adaptación de los concurrentes al medio, modificando y estructurando su conducta. Por el contrario, son escasas las actividades de promoción y prevención; y, lo que resulta más llamativo, no hay trabajo con las familias de los concurrentes.

Esto también habla de las concepciones y representaciones que se tienen sobre el sufrimiento psíquico y la discapacidad. . La persona es considerada desviada de una supuesta norma estándar y por dicha razón se encuentra limitada o impedida de participar plenamente en la vida social. Las ayudas sociales por parte del estado, no hacen más que enfatizar y sostener dichas concepciones, ya que la asistencia social pasa a ser el principal medio de subsistencia para las personas con discapacidad.

Esto no es una crítica a la asistencia social que se brinda a las personas con discapacidad, sino que hay que reflexionar sobre el impacto que eso genera en las personas y en su contexto familiar-social.

La asistencia, debe ser vista como una ayuda para poder solventar gastos de tratamiento, pero por el contrario, puede generar subestimación a la productividad y al aporte que pueden realizar las personas con discapacidad a la sociedad, y esto lleva a la discriminación y a la segregación en instituciones especializadas como el centro de día.

Una problemática que se hizo notoria, y que además fue resaltada por todos los trabajadores a partir de las entrevistas realizadas, fue la falta de comunicación.

El trabajo interdisciplinario, es quizás ese objetivo al que todas las instituciones quieren llegar, pero que generalmente aparece como algo utópico.

En el caso del centro de día, los trabajadores y el equipo profesional, relatan que no hay comunicación y por lo tanto no hay articulación en las actividades que se llevan a cabo con los concurrentes. Su contacto queda limitado a las personas con las cuales se comparte un mismo horario, y las novedades que se desean comunicar quedan plasmadas en un libro de actas.

Si bien se realizan reuniones de equipo una vez al mes, estas sirven para tratar temas que urgen, pero no alcanzan para poder diagramar un plan de intervención y de acción que comprendan todas las áreas involucradas y que este dirigido a todos los concurrentes.

Esta falta de articulación y comunicación, lleva a que cada profesional aborde de la mejor manera posible un aspecto de la problemática. En la actualidad, como plantea el paradigma de la complejidad, estamos inmersos en situaciones cada vez más complejas, y que involucran una multiplicidad de factores. Esto quiere decir, que no hay que realizar un reduccionismo de los fenómenos sociales y subjetivos, ni tampoco establecer relaciones lineales de causa y efecto (determinismo).

La consolidación de un trabajo interdisciplinario permitiría realizar un abordaje integral de múltiples aspectos que se ven involucrados en las problemáticas de los concurrentes y a los cuales se debe dar respuesta.

Esto mismo, está en correlación con lo descripto anteriormente. La falta de abordaje interdisciplinario, genera un reduccionismo que hace que el foco de la problemática siga estando en la persona y su discapacidad; o en la persona y su psicopatología (según el caso), lo que deja de lado una multiplicidad de factores sociales-familiares-contextuales que influyen de igual manera.

Estas cuestiones mencionadas, dan el puntapié para el último eje de análisis, pero no por ello es el menos importante, que es el relacionado a las prácticas del equipo en relación a la reinserción social de los concurrentes.

Se ha señalado en la descripción del centro de día, que el objetivo general de la organización es lograr que los concurrentes sean capaces, con un suficiente y adecuado sostén, de vivir sus vidas con calidad y contribuir a la sociedad con su presencia y productividad. Esto se lograría a partir de prácticas

intrainstitucionales que puedan implementarse, a posteriori, en la sociedad. Estas prácticas intrainstitucionales son las que se llevan a cabo en los diferentes talleres y actividades, que apuntan al empoderamiento, la autonomía y el desarrollo de las capacidades y habilidades de los concurrentes.

Según lo observado y lo descripto por el equipo de profesionales, este objetivo señalado queda solo en un ideal al cual se aspira. Las limitaciones en la comunicación, las limitaciones de recursos, los imaginarios sociales determinantes, son solo algunos de los factores que influyen en que no se puedan cumplir con los objetivos mencionados.

Pero hay un factor que aparece en el discurso de los profesionales que parece indispensable, pero que ha quedado por fuera del análisis realizado. Este factor, es el factor social.

Muchos profesionales han dado cuenta de que una de las principales “trabas” que han encontrado para cumplir con el objetivo de re-socialización de los concurrentes, es la propia sociedad. Y acá es en donde entra en juego las concepciones y representaciones, los imaginarios sociales que co-existen en nuestro contexto.

Con la palabra “trabas”, se hace referencia a limitaciones con las que se encuentran los profesionales a la hora de realizar un trabajo interinstitucional, que involucre articulación en redes con otros organismos. Estas organizaciones se niegan, presentan excusas, piden diferentes requisitos a la hora de articular actividades con el centro de día. Son muy pocos los organismos que acceden a trabajar en red, y según lo relatado por la trabajadora social del centro, acceden porque “no les queda otra”. Es decir, son organismos estatales que no pueden negarse porque de lo contrario, iría en contra de las políticas públicas que impulsan la inclusión.

Pero estos imaginarios sociales también se ponen de manifiesto cuando los concurrentes del centro de día realizan alguna actividad en un espacio público. Lo que se observa es que el resto de la gente evita el contacto, se aleja, generando así una segregación y exclusión que tiene un correlato en lo subjetivo de cada persona.

Acá se puede observar lo que **Fernando Ulloa**¹⁰ plantea como “Fractura institucional”. Esto quiere decir, que las conexiones interinstitucionales no son exitosas, y esto favorece a que se depositen los aspectos de la problemática en una sola organización, dejando de lado la posibilidad de delegar y comprender holísticamente los fenómenos sociales.

Ahora bien, la realidad implica que la esfera social quedo por fuera del análisis de éste trabajo. Pero se deja la puerta abierta para nuevas investigaciones que puedan ahondar en los imaginarios y representaciones presentes actualmente en la sociedad acerca de las personas con discapacidad intelectual o con problemáticas de salud mental.

Lo que se puede inferir, a partir de los discursos analizados y de lo observado, es que en la sociedad aún hay representaciones relacionadas al miedo, a la peligrosidad, a la falta de productividad, y a la marginación. Estas concepciones son constructos sociales que si bien son dinámicos y pueden modificarse, no es algo que se pueda realizar de la noche a la mañana.

En la actualidad, se impulsan políticas de inclusión en ámbitos escolares y laborales. Fomentando la noción del modelo social de la discapacidad que impulsa que no son las limitaciones individuales las raíces del problema, sino las limitaciones de la propia sociedad, para prestar servicios apropiados y para alojar adecuadamente a las personas con discapacidad. Además, resalta que las personas con discapacidad tienen mucho que aportar a la sociedad, o que, al menos, la contribución será en la misma medida que el resto de personas.

Las actividades de re-socialización, no solo estarían dirigidas a que la sociedad cambie su concepción e incluya a las personas con discapacidad, sino que también permitirían que las propias personas cambien la representación que tienen sobre sí mismas, se sientan útiles, productivas, independientes, y así, puedan salir de un lugar marginal en donde se los ha ubicado.

Un ejemplo de esto es que los concurrentes realizan diferentes producciones en los diferentes talleres pero no se les permite venderlos o realizar

¹⁰ Ulloa, Fernando (1969) autor de “*Psicología de las instituciones: una aproximación psicoanalítica.*”

algún tipo de acción extramuro, entonces eso genera que se coarte la posibilidad de una participación activa socialmente y de un intercambio con el medio.

En síntesis, según lo analizado, los trabajadores y el equipo profesional tienen una visión holística de la discapacidad y de la salud mental, pero esta visión no puede implementarse en la práctica por diferentes circunstancias antes mencionadas. Esto hace que se pierda la visión multifactorial de las problemáticas, y provoca que el foco de atención-intervención se centre en la propia persona y en su déficit, fomentando así actividades “intramuro” en donde se tiene por objetivo “normalizarlos” para que luego puedan insertarse en la sociedad.

Pero a su vez, el centro de día no puede pensarse por fuera de la sociedad, por ende también están atravesados por estos imaginarios sociales nombrados. Las organizaciones, tienden a reflejar, dramatizar, reproducir, dentro de sus propios límites el sistema social en el cual están insertas.

Entonces, surge el interrogante que da nombre al título de este trabajo, y que va a desarrollarse en la conclusión del mismo. El centro de día ¿Aporta al objetivo de desmanicomialización planteado por la Ley de salud mental 26.657, o genera nuevas formas de segregación?

Modalidad de abordaje en relación con el objetivo de desmanicomialización propuesto por la Ley de Salud Mental 26.657

La segunda dimensión de análisis de este trabajo, está relacionada a poder establecer relaciones entre la modalidad de abordaje del Centro de día Amado F. Romero (explicitada anteriormente) y el objetivo de desmanicomialización planteado por la Ley de Salud Mental 26.657.

Uno de los lineamientos más importantes que plantea esta ley sancionada en el año 2010, es el objetivo de desmanicomialización, es decir, plantea como objetivo el cierre definitivo de instituciones de salud mental a puertas cerradas para el año 2020.

A partir de ese momento, adquieren mayor relevancia, dispositivos terapéuticos con metodologías diferentes a los hospitales monovalentes. Uno de esos dispositivos son los centros de día.

Centrando el foco de análisis en el centro de día Amado F. Romero específicamente, se puede dar cuenta lo siguiente:

En el artículo 3º la ley de salud mental plantea que la salud mental es un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos. Esto quiere decir que la nueva concepción de salud mental, implica una visión holística, entendiendo a la salud mental no como un estado, sino como un proceso determinado por múltiples factores. Si bien el equipo del centro comprende esta concepción y se basa en ella para la comprensión de las problemáticas, se observa que el abordaje terapéutico se encuentra limitado a los aspectos personales, focalizándose en lo individual y sin poder alcanzar las esferas familiares y sociales de los fenómenos.

Otro aspecto importante es que la ley plantea el abordaje de equipos interdisciplinarios (artículo 9º). Si bien el trabajo interdisciplinario en sí no puede lograrse en el centro de día, es importante tener una multiplicidad de disciplinas de manera que los diferentes fenómenos puedan ser abordados desde múltiples perspectivas y donde no haya un discurso que predomine sobre los demás, situación que ocurriría con el modelo medico hegemónico.

Por otro lado, es importante remarcar que en el centro de día, se respetan todos los derechos de los concurrentes, tal como lo plantea la ley, reconociéndolos en primera instancia como persona, mas allá de la discapacidad o psicopatología que puedan tener. Esto tiene que ver con que el centro fue fundado un año después de la sanción de la Ley, pero más allá de eso, los profesionales y el equipo rigen sus prácticas basadas en el respeto de la identidad, los intereses, la dignidad de las personas, sin restringir su privacidad, su libertad y sin dañar la integridad de las mismas. Esta situación se ha visto modificada a partir de movimientos que se han dado en todo el mundo, y que en la Argentina promovió la sanción de la ley. En los hospitales monovalentes, se llevaban adelante prácticas que dañaban la integridad de las personas, los sometían a tratamientos totalmente nocivos para su salud, y se los privaba de su libertad para así mantener un orden social.

En el caso de las internaciones, el artículo 14º plantea que la internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones. Tomando esto, el centro ha tenido que realizar referencias al Servicio de Salud Mental de la provincia, debido a que había concurrentes que presentaban riesgo para sí mismos y para terceros, criterio que es indispensable para la internación. En estos casos, se realizaba un seguimiento del estado de la persona durante la internación, y se solicitaba que luego de que se logre la estabilización, se realice la contrareferencia nuevamente al centro de día. El objetivo del centro es contribuir a la no internación crónica de las personas, y esto se ve plasmado en la manera de trabajar las correspondientes referencias y contrareferencias.

En síntesis las prácticas que se realizan en el centro de día, contribuyen al objetivo de desmanicomialización planteado por la ley de salud mental 26.657 y están enmarcadas en los lineamientos de la misma. Se trata de un centro abierto, al cual se acude voluntariamente, y teniendo en cuenta aspectos centrales como el respeto de la plenitud de derechos de las personas.

Sin embargo, no deja de ser una institución especializada en problemáticas de discapacidad, donde no se comparten espacios con

poblaciones diferentes, y donde escasean las actividades relacionadas a la re-socialización, y a la prevención y promoción. Esto deja abierta la incógnita, debido a que si bien las personas no se encuentra en las mismas condiciones que en las internaciones, de igual manera se encuentran segregadas, excluidas de la sociedad, y llevando a cabo su tratamiento en un dispositivo especializado en su problemática.

7. Conclusión

En base al problema planteado, ¿Cómo se lleva a cabo la propuesta terapéutica del dispositivo “Centro de Día Amado F. Romero en la provincia de La Rioja, durante el periodo octubre-diciembre del 2018, en relación al objetivo de desmanicomialización propuesto por la ley nacional de salud mental N° 26.657 “Derecho a la Protección de la Salud Mental”?, se puede concluir:

Que el centro de Día Amado F. Romero, en tanto dispositivo terapéutico lleva a cabo su servicio hacia la comunidad, con prácticas acordes a los lineamientos propuestos por la ley nacional de salud mental N°26.657. Esto lo convierte en un dispositivo alternativo a los hospitales psiquiátricos monovalentes, con prácticas de internación crónica, que lleva adelante su modelo de abordaje sin restringir la libertad de las personas y respetando sus derechos.

Conforme a esto, también se ha observado que el foco de los tratamientos sigue estando en la patología, en la discapacidad, es decir, en la propia persona. Las actividades y las propuestas terapéuticas que se llevan a cabo, dejan de lado al contexto familiar y al contexto social. Esto quiere decir, que no se trabaja en conjunto con la familia, y además escasean las actividades de resocialización extra muro.

Esto tiene un correlato psíquico en las personas que concurren al centro, y también en su contexto inmediato. Podemos inferir que esto contribuye a la estigmatización, es decir, a aumentar el imaginario social de que es la persona la portadora del problema, dejando por fuera el carácter familiar-social. No se busca que la familia y la sociedad puedan alojar de una manera diferente a estas personas, sino que se busca “normalizar” a los concurrentes para que puedan insertarse en la sociedad.

Entonces, esto señalado genera un interrogante que permite ser entendido a partir del concepto de lo instituido y lo instituyente, planteado por Castoriadis.

Lo instituido en este caso, son formas de concebir a la salud mental y a la discapacidad que estuvieron vigentes durante mucho tiempo. En primera instancia, se comprendía a los fenómenos sociales bajo un paradigma simplicista, determinista, basado en la causalidad, que dejaba de lado la complejidad de los fenómenos y la multifactorialidad de aspectos que los componen. Esto impactaba en que las prácticas estuvieran enfocadas en la discapacidad, en el déficit, en los trastornos, buscando la normalización, la rehabilitación. Además, en el común de la sociedad, se asociaba al “loco” y al “discapacitado” a nociones de peligrosidad, de lastima, de burla. Esto llevaba a la segregación, la estigmatización, la discriminación, y sobre todo a prácticas que tenían que ver con la exclusión social y el encierro.

Los cuerpos jurídicos normativos han cambiado, la ley de Salud Mental se sancionó en el año 2010, siguiendo multiplicidad de movimientos que se realizaron en todo el mundo. Pero esto no quiere decir que los imaginarios sociales puedan cambiar de la noche a la mañana. Por eso ubicamos esto como lo instituyente, como esa fuerza que viene a modificar con aquello instituido.

Las prácticas han cambiado, los derechos de las personas se respetan, la formación de los profesionales de salud incluye una visión holística, basada en el paradigma de la complejidad y aspirando al trabajo interdisciplinario. Sin embargo esto es un proceso de desconstrucción de aquello ya instituido, un proceso en el cual se busca materializar lo planteado por la ley.

Las organizaciones no quedan por fuera de lo que pasa socialmente. Si bien hay campañas de promoción y prevención, nos encontramos como sociedad aun en ese proceso de cambio, en esa transición.

Es por eso que se infiere que esto es lo que ocurre a nivel del Centro de día. Se materializa esta fuerza instituyente versus instituido, a partir de prácticas que tienen como ideal la autonomía, la libertad, el empoderamiento y la participación social, pero con una realidad totalmente diferente, donde se observa una nueva forma de segregación, diferente a la internación, pero con la misma funcionalidad de excluir socialmente a las personas con diferentes problemáticas y ubicarlas en un centro especializado.

Esto abre la puerta a futuras investigaciones, que puedan ampliar el panorama hacia lo social propiamente dicho, hacia lo familiar y hacia lo que ocurre en otros dispositivos similares a este. Otro interrogante, sería el poder investigar cómo afecta la falta de trabajo intersectorial al objetivo de resocialización de los concurrentes.

Para concluir, cito un frase del escritor español Eduard Punset, “Vivimos con los cambios tecnológicos del siglo XXI y con instituciones (familia, estado,...) del siglo XIX”.

Esta frase sirve para invitar a la continua reflexión e introspección acerca de las instituciones y los imaginarios sociales por los que estamos atravesados. Esto permitirá una mejor comprensión de los fenómenos sociales, y una práctica que genere los mejores beneficios para quien lo necesite.

8. Bibliografía

- Argentina. Decreto N° 603/2013, reglamentación de la ley de salud mental.
- Argentina. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.
- CAPLAN (1996). Principios de psiquiatría preventiva
- CASTORIADIS (1996). Los dominios del hombre: las encrucijadas del laberinto.
- CHILLEMI (2016). El psicoanálisis entre las leyes y las clases. *Analítica del Sur*
- Conferencia regional para la reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de Caracas, con el fin de evaluar los desarrollos producidos desde 1990.
- Consenso de Panamá (OPS/OMS).
- Declaración de Caracas (OPS/OMS).
- FOUCAULT (1961). Historia de la locura en la época clásica.
- GALENDE (1994). Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica.
- GOFFMAN (1961). Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales.
- HERMOSILLA, CATALDO (2012) Ley de Salud Mental 26.657. Antecedentes y perspectivas. *PSIENCIA*. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 4 (2), 134-138.
- Naciones Unidas (1991). Principios de Naciones Unidas para la protección de los Enfermos Mentales y para el mejoramiento de la Atención de Salud Mental.
- PALACIOS (2008) El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
- SAMPIERI, FERNANDEZ, BAPTISTA (2010). Metodología de la Investigación.
- SCABINO (1996). El Proceso de Investigación.
- SCHVARSTEIN (1991) Psicología social de las organizaciones

- ULLOA (1969). Psicología de las instituciones: una aproximación psicoanalítica. *Revista de Psicoanálisis*. 26(01), pp. 5-37
- YUNI, URBANO (2014). Técnicas para investigar I.

9. Anexo

Entrevistas

Entrevista N°1

Entrevista a la dueña y Directora General del Centro de día Amado F. Romero.

Luego de la presentación correspondiente, la aclaración de los objetivos del trabajo y la especificación sobre la utilización de la información se prosigue con la entrevista propiamente dicha.

- En primer lugar Dra. , quisiera saber ¿Cuál es su función en el centro de día?

Yo soy directora general

- Teniendo en cuenta que usted es la dueña y fundadora del centro, ¿Podría hacerme una breve reseña historia acerca de los comienzos de la institución?

La verdad es que yo tenía un instituto privado de psiquiatría y psicología, pero realizábamos atención ambulatoria con diferentes tipos de pacientes. En una reunión con la directora de la secretaria de discapacidad por unos pacientes, ella me dice “vos te tendrías que poner un Centro de Día”, esto que te estoy hablando fue en el año 2006 más o menos. Yo comencé a averiguar de qué se trataba porque era algo novedoso; yo además trabajaba en otra clínica privada donde no coincidía con diferentes criterios de internación crónica, donde los mantenían a fuerza de medicación, en ese momento también las obras sociales no tenían limites, ahora las obras sociales reconocen solo 2 (meses de internación) que es lo que está estipulado por la ley.

Entonces fueron muchos años de averiguar, informarme, estudiar. Hasta que tomo la decisión de remodelar este lugar, que es una casa donde yo vivía. Tiramos paredes abajo y todo lo necesario para que el lugar sea más ameno para los objetivos que perseguíamos.

El inicio formal del centro es en Junio del 2011. Comenzamos en ese momento con 4 concurrentes que eran pacientes míos del instituto y yo consideraba que

iba a ser positivo este modelo de abordaje. Comenzamos sin convenios, sin convenio con nación, tardamos mucho en cobrar las primeras prestaciones, así que lo sostenía con los ingresos del consultorio. La idea era esta, trabajar con patologías crónicas pero sin internación, que tengan la posibilidad de tener actividades, estímulos, buscar la reinserción social.

Personalmente también estaba muy agotada del consultorio, pero también quería abrir un espacio para una población que yo consideraba que estaba descubierta.

- ¿Cómo estaba conformado el equipo en ese momento de inicio?

Básicamente lo mismo de ahora solo que fueron rotando nombres. Teníamos un equipo completo porque para iniciar solicitan eso, y me parece perfecto que haya entrecruzamiento de disciplinas. Contamos con terapeutas ocupacionales, psicólogos, trabajadores sociales, personal administrativo, orientadores, musicoterapeuta.

- ¿Me podría describir sus funciones en el centro brevemente?

Yo soy directora médica, aunque está mal dicho. Me encargo de administrar de la mejor manera posible los recursos materiales, humanos, dentro de la institución. También de supervisar las actividades que se realizan, representar a la institución en diferentes reuniones, y velar porque se cumplan los objetivos del centro.

En realidad está mal lo de directora médica en realidad. Cuando los concurrentes ingresan, los familiares firman un consentimiento informado donde se explicita que ellos deben tener un médico de cabecera tratante. Esto fue porque en un primer momento, yo les hacía el seguimiento psiquiátrico y farmacológico a los concurrentes, pero eso sumado al centro de día me llevaban a un desgaste total.

Entonces cada uno tiene su médico tratante externo, y desde acá yo realizo una supervisión de eso. Además esto ayuda a que los familiares no desliquen su responsabilidad en el centro totalmente, sino dejarles algunas cosas para que se ocupen ellos, y también porque si no sería un psiquiátrico, que es lo que queremos evitar.

- ¿Por qué se utiliza el término “concurrentes”?

El área de discapacidad nombra así a las personas que asisten a las instituciones, de igual manera hay muchas terminologías: usuarios, pacientes. Pero acá son concurrentes, es decir, asisten, realizan actividades y regresan a su hogar, y creo que eso los saca de la noción de “pacientes” que tanto se utiliza en la internación, como algo pasivo, donde no tienen influencia ni determinación en sus tratamientos.

- ¿Con que población se trabaja en el centro?

Nosotros trabajamos con personas con discapacidad intelectual severa o profunda mayores de 14 años. Esta discapacidad puede ser por causas congénitas, por trastornos del desarrollo, lesiones neurológicas, o bien por algún otro padecimiento psicológico/psiquiátrico como psicosis, esquizofrenia, que es el caso de la mayoría de los concurrentes que asisten hoy al centro.

La ideal del centro es contribuir a la no internación, la manicomialización me hace ruido, por eso tratamos de evitarlas.

- Bien, ¿Cómo se realizan los ingresos de los concurrentes?

Hay diferentes maneras, recomendaciones de boca a boca entre los padres, también tenemos derivaciones de diferentes organismos y profesionales que nos conocen. Pero aun creo que nos falta difusión, es decir, que la sociedad esté informada que existe este dispositivo y de cómo se trabaja.

- ¿Las admisiones las realiza usted?

Las entrevistas de admisión se hace con la mayoría de las áreas si es posible, yo intervengo en lo psiquiátrico, interviene psicología, terapia ocupacional y trabajo social. De esta manera podemos tener un primer aproximamiento lo más completo posible, acerca de un diagnostico presuntivo, de sus antecedentes, de su estado actual, de sus posibilidades y potencialidades, y también una aproximación al entorno de esa persona., que eso es muy importante.

- ¿Suele ocurrir que se rechaza algún pedido?

Sí, hay veces que evaluamos que este dispositivo no va a ser positivo para la persona, ya sea porque no necesita de él y se puede desenvolver mejor con algún tratamiento ambulatorio o un acompañamiento terapéutico; o también ocurre que rechazamos a los que tengan algún antecedente de agresividad. Así

como también no admitimos trastornos de control de impulso, adicciones, ya que no serían agrupables bajo nuestro criterio.

- ¿Cómo se realizan las referencias y contrareferencias con esta institución?

Contrareferencias realizamos cuando vemos que las necesidades de tratamiento son distintas a las que podemos ofrecer desde este lugar. Entonces recomendamos tratamientos ambulatorios o centros terapéuticos, acompañamientos, y así para que sea más positivo para la persona. Referencia realizamos muy a regañadientes porque el contacto directo es con el servicio de salud mental del hospital. Como dije antes, no seguimos la idea de la internación, pero hay veces que la familia se relaja, no lo lleva a su médico tratante, no se controla la medicación, no se acompaña el tratamiento en el hogar, y esto lleva a que empeore la situación del concurrente, y en caso de ser necesario e indispensable, sugerimos la internación, pero el pedido en si es responsabilidad del médico tratante, nosotros podemos sugerirlo y acompañar el pedido.

Este dispositivo tiene 3 patas para que funcione, la familia en 1er lugar, con tolerancia, perseverancia en el tratamiento; el equipo con su enfoque y tratamiento; y la respuesta individual del paciente. Si una de esas 3 patas se cae, el dispositivo no funciona.

- En este sentido ¿Cómo es la actitud de las familias?

Y las familias son muy diferentes. En general hay mucha cercanía al principio del tratamiento, por cuestiones de las entrevistas y esas cosas, pero luego se relajan, delegan mucho en el centro, dejan de acudir al médico porque esperan que desde acá solucionemos todo. También depende de la situación, mientras esta todo tranquilo no se acercan, pero cuando pasa algo aparecen en calidad de demandantes a exigir soluciones, y en ese sentido no son colaboradores con el tratamiento.

- ¿Cómo se dan las relaciones intersectoriales con otras organizaciones?

Y nosotros de a poco nos vamos dando a conocer, pero la idea es establecer conexiones con muchas instituciones. Por ejemplo ahora vinieron practicantes

del profesorado de educación física, y realizaron prácticas con los chicos. También tenemos convenio con las universidades, nuestras puertas siempre están abiertas a esto.

- ¿Y con la sociedad en general?

Y esa relación sí que es difícil. El desconocimiento siempre está presente, la gente que no tiene un familiar o un amigo con estas problemáticas no sabe de nuestra existencia, ni tampoco que se realiza ni para qué. Esto lleva a que se dificulten por ahí cuando queremos participar en algún evento o realizar alguna salida, si bien está en auge una idea de “inclusión” todavía permanece el miedo, la segregación en las personas que desconocen sobre estos temas.

Entrevista N°2

Entrevista a la Coordinadora de Equipo del Centro de día Amado F. Romero.

Luego de la presentación correspondiente y la explicación de los fines de la entrevista, se prosigue con la misma.

- Bueno, en primer lugar quisiera saber su nombre y que función cumple dentro del centro de día.

Mi nombre es x, soy Licenciada en psicología. Mi función dentro del centro de día es la de coordinadora terapéutica.

- ¿Hace cuánto tiempo trabaja en ese lugar?

Estoy trabajando ya hace 4 (cuatro) años en este centro

- ¿Podría describir en simples palabras, cuales son las actividades que usted realiza en la institución?

Estoy a cargo de ver las planificaciones de los diferentes talleres, los espacios programados, comunicación con profesionales y orientadores, mantener reuniones con ellos, realizar informes de psicología, revisar informes de las distintas áreas, comunicación con la directora médica; realizar admisiones, comunicación con usuarios y familiares. Seguimiento desde psicología a algunos de los usuarios.

- ¿Cuáles son las disciplinas que componen el equipo?

Psiquiatría; Psicología; Terapia Ocupacional; Trabajo Social; Musicoterapia; Artes plásticas; Profesoras de educación especial y plan fines; Orientadores (estudiantes avanzados de psicología); Acompañantes terapéuticos.

- ¿Cómo se da la comunicación entre los profesionales?

A partir de registro diario en libro de actas, en reuniones, vía informal (whatsapp), y generalmente desde la coordinación terapéutica y desde la Dirección médica se informa cambios eventuales.

- ¿Hay reuniones de equipo? ¿Cada cuánto?

Sí. Reuniones mensuales.

- ¿Se logra un trabajo interdisciplinario?

En el quehacer diario si hay intervenciones desde las distintas disciplinas. Entiendo que falta continuar trabajando en mejorar una estrategia interdisciplinaria para cada usuario. Al inicio del año se programa el plan de tratamiento, siendo necesario revisarlo a lo largo del año de manera periódica, en este aspecto hay que realizar cambios tendientes a mejorar una mirada interdisciplinaria.

- ¿Cuáles son los objetivos terapéuticos del equipo para con los concurrentes?

Se trabaja principalmente en dos aspectos: la socialización (tendiente a la integración con pares y en las salidas con el contexto inmediato) y en los aspectos cognitivos (principalmente atención, concentración, resolución de consignas) esto de forma general, después se especifica para cada usuario particularidades.

- ¿Cómo responden los concurrentes a un abordaje de tratamiento como el del centro de día?

Bastante bien, entiendo que por las características de los usuarios (cierta rigidez comportamental) una rutina organizada hace que ellos la puedan cumplir y sostener día a día. Luego del Centro de Día retornan a sus casas, algunos mantienen salidas extra-institucionales, actividades como natación, pintura, etc. Depende del acompañamiento familiar que tengan.

- ¿Cuál es la relación con los familiares? ¿Se acercan, se interesan por el tratamiento?

Varía de acuerdo a cada caso, la mayoría suele comunicarse telefónicamente y si surgen algunos emergentes. Hay pocas familias que de forma espontánea consulten por los concurrentes. El Centro de Día al contar con transporte hace que los usuarios asistan y muchas veces las familias no, ya que tampoco tienen que acompañarlos. Si noté un avance a lo largo de los años en que si se los convoca a entrevista asisten, en cambio en jornadas recreativas es más difícil que participen.

- ¿Tuvo experiencias previas en otras instituciones que trabajen con estas patologías? ¿Nota diferencias?

Si, en Córdoba. Las diferencias en torno a lo que pude pensar tienen más que ver con cuestiones culturales y de contexto, en la forma de trabajo en ciudades más grandes, tienen un ritmo más acelerado que acá; con respecto a los profesionales más ofertas de capacitaciones y en relación a los usuarios he observado diferencias que tienen que ver con posibilidades de acceso a lo académico, por ejemplo los usuarios con los que trabajaba en Córdoba tenían un trayecto educativo y laboral más avanzado que la población del Centro de Día de acá, lo que hace que tengan más recursos a la hora de afrontar un tratamiento y rehabilitación.

En cuanto a la modalidad de abordaje no note grandes diferencias.

- ¿Piensa que el dispositivo centro de día es positivo para los concurrentes? ¿Qué diferencias encuentra con otro abordaje como la internación por ejemplo?

Es altamente positivo, primero porque están integrados a la comunidad, a partir de un tratamiento acorde a su evolución, es un dispositivo que contempla la autonomía de cada usuario y se enmarca en los derechos que contempla la ley de salud mental. En relación a la internación esta no debe formar parte de un castigo ni una forma de ser y estar para cada usuario, sino que tiene que contemplarse como un recurso terapéutico, luego de haber agotado otras instancias y en un lapso de tiempo determinado breve, no puede ser crónica.

Entrevista N°3

Entrevista a la Secretaria Administrativa del Centro de día Amado F. Romero.

Luego de la presentación correspondiente, se prosigue con la entrevista propiamente dicha.

- Bueno primero antes que nada, quisiera saber su nombre y cuál es su función en el centro de día.

Bueno, mi nombre es x, y básicamente, mi función en el centro es ser Secretaria administrativa.

- ¿Hace cuánto tiempo trabaja en esta institución?

Hace muy poquito tiempo cumplí 4 años en el centro.

- ¿Me podría describir en pocas palabras cuales son las tareas que lleva a cabo en el centro?

Me encargo más que nada de la asistencia de los chicos, es decir, revisar el motivo de sus faltas; también me encargo de ser el nexo entre los profesionales y los padres también, para hacer citaciones o comunicados y además todo lo que tiene que ver con documentación interna de la institución.

- ¿Cómo es la relación con el resto de trabajadores?

Por suerte siempre ha sido una buena relación, yo siempre me muestro accesible porque tuve experiencias anteriores en otros trabajos donde viví lo que es el rechazo por ser nuevo, entonces cuando acá ingresa alguien nuevo trato de ayudarlo y mostrarme a su disposición.

- Me decía que funcionaba como nexo entre el centro y los padres, ¿podría ampliar sobre esa cuestión?

Si más que nada nos manejamos por llamadas o por comunicados escritos, por ejemplo, cuando un terapeuta necesita comunicar o citar a los padres, yo soy quien los llama, consulta la disponibilidad entre ellos, también soy lo primero que encuentran en el centro, entonces cuando llega algún familiar de los concurrentes, yo puedo advertirles a los profesionales si están molestos, o si vienen con apuro para atenderlos más rápido y cosas así.

- Teniendo en cuenta esto, ¿Cómo es la relación con los familiares de los concurrentes?

Es distinta con cada familia, podría decir que en general es una buena relación, pero con algunos es más rígida y distante que con otros familiares.

- ¿Nota acercamiento de los familiares hacia la institución?

Son muy pocos los que se acercan, ya sea cuando realizamos algún evento o cuando se los cita por algo. Gran parte ponen de excusa los tiempos, el trabajo o directamente no tienen interés y no se acercan. Después hay muy pocos que si están en contacto permanente, llaman preguntando por sus hijos, participan de los eventos.

- ¿Cómo es la relación con los concurrentes?

Con la mayoría es buena la relación, me consultan cosas, me piden materiales que yo tengo a disposición, con otros la relación es un poco más distante pero en términos generales es buena.

- ¿Cómo fue cuando comenzó a trabajar con estas problemáticas y en una institución como esta? ¿Tenía experiencias previas?

Yo tenía experiencia en la función de secretaria pero no en este tipo de instituciones y menos que menos con personas con problemáticas mentales. Yo cuando era chica tuve una experiencia desagradable con una persona con Síndrome de Down, eso me generó que por mucho tiempo yo tenga rechazo sobre todo a ese tipo de discapacidad. Cuando la directora me contacta para el puesto lo primero que pregunte era si asistían personas con esta discapacidad, me dijo que no y por eso acepté. De igual manera la directora me explico sobre que problemáticas se trabajaba en el centro y también trabaje con un psicólogo organizacional que había en ese momento que me ayudo también a comprender muchas situaciones y comportamientos que por desconocimiento no entendía y por ende me causaban miedo.

- ¿Entonces podemos decir que hubo capacitación en ese sentido?

Orientación más que nada, yo no tengo formación en esto, pero a pesar de eso siempre me sentí acompañada por la Dra. Díaz y por los psicólogos sobre todo.

Yo cualquier duda que tengo sobre cómo actuar, o sobre qué hacer en determinadas situaciones, ellos siempre me escucharon, me dieron una mano.

- ¿Vivió situaciones conflictivas en el centro?

Si, por suerte nunca paso a mayores, pero en ocasiones los concurrentes con esquizofrenia, tienen ciertos brotes, se ponen un poco agresivos pero siempre se logró contener y controlar las situaciones. No hubo mayores problemas que esos.

- En todos estos 4 años transcurridos de trabajo en el centro ¿Siente que ha cambiado la concepción acerca de los personas con problemas de salud mental?

Si, la verdad que mucho. Yo al principio tenía susto, miedo e inclusive hasta rechazo. Ahora ya no siento eso, pero no solo me pasa acá en el centro, sino que me pasa en cualquier ámbito de la vida. Me di cuenta lo que causa el desconocimiento, o la falta de empatía que tenemos las personas, ahora yo hablo con familiares y amigos que incluso piensan como yo pensaba antes y trato de explicarles que siguen siendo personas, que necesitan contención, que necesitan oportunidades en la sociedad porque por sobre todas las cosas no dejan de ser humanos.

- Bien, por último, ¿Cómo considera al centro de día con respecto a otro tipo de abordajes como por ejemplo las internaciones?

Si vamos por una cuestión de referencias de las clínicas de la provincia, son lugares horribles. No hay mucha contención con los pacientes, se los aísla. Acá se centra en las capacidades, se busca que aprendan oficios, se los contiene, se los hace participar de actividades con la comunidad.

Entrevista N°4

Entrevista a la Profesora del taller de Alfabetización del Centro de día Amado F. Romero.

Luego de la presentación correspondiente y la explicación de los fines de la entrevista, se prosigue con la misma.

- En primer lugar, quisiera saber su nombre y que función lleva a cabo en el centro de día.

Mi nombre es x, yo soy docente, si bien mi función desde antemano era alfabetizar a los chicos, al entrar me encuentro con que la mayoría están alfabetizados salvo algunas excepciones que serán 3 o 4 chicos. Pero los demás tienen muchos conocimientos.

- ¿Este proceso de alfabetización está enmarcado en algún programa de educación?

Esto comienza a partir de un convenio que realiza la Dra. Silvia (Directora del centro) con la coordinadora de alfabetización, y a esto lo comenzamos hace 2 años. Esto ha dado resultado, nosotros trabajamos con los libros de actividades del plan “FinEs”, que de alguna manera delimitan los objetivos que debemos ir cumpliendo. De igual manera, a veces yo vario y no trabajamos solamente de los libros, tratamos de hacer otras actividades.

- ¿Hubo que hacer una adaptación de esas actividades del plan FinEs?
- No no, para nada, la mayoría puede cumplir con los objetivos. Lo que si por ahí necesitan otro tipo de pedagogía, algunos más personal, que se los vaya acompañando más, que se repitan varias veces las consignas. Y si realizar otro tipo de actividades más básicas con aquellos que aún no están alfabetizados.

- ¿Qué días se lleva a cabo el taller?

El taller de arte se lleva a cabo los días martes y jueves de 14:30 a 16:00

- ¿En el taller participan todos los concurrentes?

Sí, yo tengo asignado a todos los concurrentes del centro a mi taller.

- ¿Cuáles son los objetivos que se persiguen con el taller?

Los objetivos bueno están planteados por los cuadernillos de actividades. A fin de año se les da un certificado por el trabajo de todo el año. Lo que sería un buen objetivo es pasar a otro nivel que ya sería un secundario, pero ya no sé si el centro contara con docentes. Esto sería como equiparar los contenidos de primaria.

- Previo a este trabajo, ¿había tenido experiencia con una población similar a la de este centro?

Mira, yo soy docente común, es decir, no soy docente especial, sin embargo me fui adaptando a los chicos y los chicos se fueron adaptando a mí, ahora hasta se enojan cuando no vengo. Yo trabaje en el “Neuro” (Servicio de salud mental) y en el hogar de ancianos, pero acá todos es muy humano por decirlo

- ¿Cómo fue esa experiencia teniendo en cuenta que usted no tenía ninguna formación en esto?

Primero me costaba, me generaba miedo, temores, pero con el paso del tiempo eso fue desapareciendo. En el neuro, era totalmente distinto, acá el grupo es más positivo, el trato es más humano.

- ¿Qué diferencias notaba entre el servicio de salud mental y el centro de día?

Mira, primero que ahí hay chicos que están judicializados, o con patologías más graves, yo mucho no sé, pero se notaba en la productividad. Pero algo que me llamaba la atención es que había un señor que lo tenía en el neuro y lo tenía acá en el centro. Lo que más me llamaba la atención era que en ambos lados él era distinto, en el neuro estaba desatento, sin ánimos, se dormía, en cambio acá trabajaba, se interesaba por las actividades. Supongo que será por el ambiente, acá veo que es más contenedor, más humano, allá andan como todos dopados (disculpa la palabra), es un ambiente triste cuando uno va ahí.

- ¿A partir de todas estas experiencias, cree usted que cambiaron algunas concepciones que tenía usted previamente?

Desde mi parte sí, yo trabajaba con niños “normales”, y de ahí pasar a este tipo de pacientes me generaba miedo. A veces tienen reacciones inesperadas, si

bien nunca tuve problema pero por ahí están negativos, un poco agresivos, pero con el tiempo me fui amoldando a eso.

- ¿Cómo es la relación de los concurrentes con el taller?

Re bien, ahora hemos logrado una mejor relación (risas). Logramos que ahora ellos propongan sobre temáticas a trabajar, actividades. También al principio no todos se integraban, y había que estarlos obligando a que participen, ahora la integración es más espontánea por parte de ellos.

- ¿Cómo es la relación con el resto del equipo?

La verdad es cero relaciones. Yo solo me contacto con los orientadores que quedan en mi horario. Pero de ahí en más yo no puedo asistir a las reuniones por otros trabajos, entonces se dificulta mucho. Por ahí veo las cosas que escriben en el cuaderno de información, y el grupo de whats app, pero más de eso no.

- Luego de estos dos años de trabajo, ¿Considera que este modelo de abordaje, que se lleva a cabo en el centro, es positivo para los concurrentes?

Puedo hablar desde mi aporte, porque como te digo es complicado saber los demás. Pero si vi durante estos años, grandes avances en ellos. La alfabetización es algo básico para realizar actividades todos los días, ir a comprar, leer una noticia. Entonces sí creo que es positivo, y también por el trato que acá se les da, la comodidad que tiene, la libertad para algunas cosas. Yo que pude trabajar en ambos lados, los chicos que están internados no tienen esas posibilidades.

Entrevista N°5

Entrevista a Profesora del taller de Estimulación Neuro Cognitiva del Centro de día Amado F. Romero.

Luego de la presentación correspondiente y la explicación de los fines de la entrevista, se prosigue con la misma.

- En primer lugar, quisiera saber su nombre y que función lleva a cabo en el centro de día.

Mi nombre es x, soy profesora de educación especial, si bien tengo una orientación en neuro, tengo una formación bien variada, y desde hace un tiempo doy acá lo que es el taller de estimulación neurocognitiva.

- ¿Hace cuánto tiempo trabaja en esta institución?

Y yo comencé a trabajar a principios del 2017 asique voy rumbo a cumplir los 2 años en el centro.

- ¿Qué días se lleva a cabo el taller?

El taller de arte se lleva a cabo los días miércoles de 10:00 a 12:00

- ¿En el taller participan todos los concurrentes?

No, yo trabajo con un grupo de usuarios que están incorporados en la lectoescritura. Podemos decir que ese es el criterio, tener algún conocimiento básico para poder realizar las actividades. Aunque obviamente a pesar de eso, algunos necesitan una atención bien personalizada. En el taller participan cerca de 8 concurrentes.

- ¿Me podría describir en que consiste el taller y que actividades se realizan?

Como el mismo nombre del taller lo dice, trabajamos con la estimulación de la percepción, la memoria, la atención. Por ejemplo el año anterior trabajamos todo lo que es AVD, para que lo puedan implementar en su casa, trabajamos con unas bolsitas de higiene para que traigan elementos personales de higiene, y lograr que eso tenga una continuidad en su casa. También trabajamos percepción, memoria, atención, a partir de ejercicios, de cuadernillos con actividades, y luego tratamos de llevar eso a otro plano que sería lo plenamente

pedagógico: una suma, comprensión de textos, lo que se trabajaría más en una escuela por ejemplo.

- Previo a este trabajo, ¿había tenido experiencia con una población similar a la de este centro?

No, con este tipo de población no. Si he trabajado con PC (parálisis cerebral), algunos tipos de autismo. Así que con ellos aprendí mucho, fue mi primera experiencia.

- ¿Cómo fue esa experiencia?

Y como todo fue un aprendizaje, ahora puedo conocer sus intereses, sus gustos, sus dificultades. Cada uno tiene diferentes demandas de actividades, algunos hasta actividades más de tipo manuales, de estimulación motora.

- ¿Nota alguna diferencia en la concepción previa a este trabajo que tenía acerca de patologías como retraso mental, psicosis, esquizofrenia?

Sí, totalmente. Por ahí anteriormente, cuando yo ingrese acá sabía porque me habían contado como trabajaba el centro y con qué población. Entonces me puse a leer e investigar, pero obviamente que eso no es lo mismo que la practica en sí. Leyendo uno se genera prejuicios, o perspectivas que quizás en la práctica tuve que eliminar.

- ¿Cuáles son los objetivos del taller?

Desde mi parte, a principio del año trato de planificar y ponerme objetivos a cumplir a corto, mediano y largo plazo. La planificación es difícil porque en este tipo de concurrentes se debe realizar una adaptación para cada uno, es muy difícil tener una planificación general. Por lo tanto, esa planificación es constantemente flexible, y muchas veces no se cumple lo previsto anteriormente, o hay que improvisar otro tipo de actividades. A veces vengo y los usuarios están dispersos, o desatentos, entonces hay que realizar algo más recreativo o que los active, o muchas veces se encuentran negativos, y hay que adaptarse.

- ¿Cómo es la relación de los concurrentes con el taller?

Variante, (risas). Al principio yo venía con actividades ya planificadas, y los chicos se adaptaban sin mucha participación. Pero luego deje la ventana más

abierta a sus gustos e intereses, eso permitió que ellos tengan más interacción con el taller en sí, propongan cosas y actividades, que por más que estén fuera de la planificación yo trato de realizarlas porque tiene que ver con sus gustos personales, y también tratar de que esa actividades se relacione con los objetivos que tengo propuestos.

- ¿Cómo es la relación con el resto del equipo?

La verdad es que tenemos muy poca relación. Me manejo más con la coordinadora del equipo, que es con quien coordino mis actividades, también con los orientadores que están durante mi hora, y por ahí comparten mi taller. Pero de ahí en más no tengo mucha comunicación con los profesionales que vienen los días distintos a mí. Trato de leer el libro donde dejamos constancia de las novedades, y por ahí nos comunicamos en las reuniones de equipo.

- Luego de estos dos años de trabajo, ¿Considera que este modelo de abordaje, que se lleva a cabo en el centro, es positivo para los concurrentes?

Primero voy a hablar particularmente, en el caso de mi taller, si veo avances, porque cuando yo ingrese había otro tipo de respuestas tanto individual como grupalmente. Pero después considero que nos falta articulación con el resto de talleres para que diagramemos actividades conjuntas, considero que trabajamos aisladamente, entonces yo por ahí cumplo con mis objetivos pero quizás que puedo aportar a los objetivos de otro taller. Sé que hay una docente de alfabetización, pero yo no sé cómo trabaja ella ni tampoco ella como trabajo yo, también es una cuestión de tiempo considero. Pero si quizás eso sea mucho más positivo para los chicos.

- ¿Ha tenido algún contacto con los familiares de los concurrentes en alguna ocasión?

No, eso no, por ahí los veo cuando vienen a ciertos tipos de actividades. Pero sé que es muy poco el contacto que tienen ellos con el centro, cuesta mucho que colaboren con elementos, o que se acerquen a ver las cosas que elaboran los chicos.

Entrevista N° 6

Entrevista a Profesora del taller de Arte del Centro de día Amado F. Romero.

Luego de la presentación correspondiente y la explicación de los fines de la entrevista, se prosigue con la misma.

- En primer lugar, quisiera saber su nombre y que función lleva a cabo en el centro de día.

Mi nombre es x, soy profesora de arte, y estoy encargada del taller de “Arte terapia” en el centro.

- ¿Hace cuánto tiempo trabaja en esta institución?

Yo estoy en el centro hace 4 años.

- ¿Qué días se lleva a cabo el taller?

El taller de arte se lleva a cabo los días lunes de 10:00 a 12:00

- ¿Me podría describir en que consiste el taller?

En general, se realizan actividades relacionadas a pintura, dibujo, esculturas. Si bien la actividad y la consigna es la misma, busco más que nada una actividad personalizada, es decir me importa la producción personal de cada uno para que puedan expresarse.

- ¿Cuáles son los objetivos que se persiguen con el taller?

Los objetivos los planteamos al principio de año en una planificación, pero el objetivo general es que los concurrentes puedan expresarse a través del arte, a diferencia del trabajo en otras instituciones, yo acá no exijo prolijidad o técnica, sino que me importa la expresión de sus sentimientos.

- ¿Todos los concurrentes participan del taller?

En teoría tengo asignados a todos los concurrentes, pero no todos participan ya que a muchos no les interesa la temática entonces intento que permanezcan en el taller colaborando con sus compañeros o realizando actividades distintas.

- ¿Cómo es la relación con los concurrentes?

Muy buena, trato de traer actividades que les interese, cuando eso no paso intento hablar con ellos sobre algo que les importe, también es importante para ellos que las actividades sean diferentes y novedosas entre lunes y lunes.

- ¿Cómo fue cuando comenzó a trabajar con estas problemáticas y en una institución como esta, teniendo en cuenta su formación?

Cuando comencé yo sabía a qué venía, pero no me imaginaba con quien iba a trabajar. Lo más complicado fue la planificación, es decir, adaptar la planificación para este tipo de patologías. Normalmente en nuestra formación, no nos capacitan sobre estas patologías, por lo tanto la adaptación de las actividades fue lo que más me costó en un principio. Recién ahora están formando sobre aspectos relacionados a la discapacidad, pero es muy escasa la información, todo está orientado hacia chicos normales, entre comillas. Entonces me fui formando básicamente en el andar, en el contacto con los chicos, en el conocerlos, en observar la dinámica del centro.

- Teniendo en cuenta esto, y ya de modo más personal ¿Sintió que cambio la concepción que tenía sobre las personas con problemáticas en salud mental?

La verdad que sí, antes me decían “esquizofrenia” por ejemplo y tenía miedo, pero porque no tenía noción de lo que se trataba ese tipo de patologías. Ahora cambio bastante, no los veo como personas peligrosas, el miedo desapareció. Yo cuando entre a trabajar tenia pánico, no sabía a qué me enfrentaba, no sabía si estaban medicados o no, que grado de discapacidad tenían. Básicamente el “no saber” que da miedo.

- ¿Todo ese “no saber” fue acompañado por el equipo de profesionales? Sí, siempre sentí apoyo por el equipo y por todos. Me orientaron desde cómo tratarlos diariamente hasta que hacer cuando haya un brote. Hasta el día de hoy me consultan como me siento, si tuve algún problema, la verdad que trabajara si fue más fácil.

- En todos estos 4 años transcurridos de trabajo en el centro ¿Siente que es positivo este modelo de abordaje?

La verdad considero que sí. Acá en el centro a los concurrentes los ayudan mucho, están activos, se pueden hacer actividades, salidas con ellos. Además se les brinda apoyo, contención, que muchas veces les falta en los hogares. Se los escucha, se les pregunta para tomar decisiones, y considero que es muy positivo, se los ve bien acá.

- ¿Qué piensa acerca de las internaciones?

Y tengo colegas y compañeros que me relatan que básicamente es todo lo que no hay acá. Se los tiene a los pacientes dopados para que “no molesten”, se los aísla, muchas veces incluso hasta se los maltrata. Si bien hay casos en que la internación es necesaria, considero que no se llevan a cabo de una buena manera.

Entrevista N° 7

Entrevista a Trabajadora Social del Centro de día Amado F. Romero.

Luego de la presentación correspondiente y la explicación de los fines de la entrevista, se prosigue con la misma.

- En primer lugar, quisiera saber su nombre y que función lleva a cabo en el centro de día.

Mi nombre es x, yo soy trabajadora social. Mi función dentro del centro de día, básicamente se puede dividir en 2, tengo a cargo el taller de salidas terapéuticas, y además de eso hago gestión. La gestión es, trabajar lugares donde los chicos van a ir o van a realizar actividades. Por ejemplo, gestione este año, con el profesorado de Educación física para que durante el año nos manden practicantes, esto permitió que los chicos realicen actividad física 2 (veces a la semana) en el polideportivo "Carlos Saúl Menem". Además, hice un convenio con "Espacio 73" para que los chicos vayan una vez al mes al cine. Ahora estoy gestionando una odontóloga que va a realizar una charla de concientización sobre la higiene bucal y ciertas cuestiones. Y así voy gestionando ciertas cosas y actividades que están en consonancia con los gustos de los chicos.

- ¿Las salidas terapéuticas con que están relacionadas?

Las salidas terapéuticas les llamamos a diferentes actividades que se realizan fuera de la institución en sí. Hay días que salimos a desayunar a confiterías, o tomar mates en el parque de la ciudad, el yacampis. También tratamos de asistir a los eventos o espectáculos públicos que se realicen en el horario del centro. Por ejemplo, hace poco asistimos al Expo Ciencia, que se desarrolló en el superdomo, y los chicos participaron de una visita guiada, realizaron diferentes actividades.

- ¿Cómo es la reacción de las instituciones externas cuando usted gestiona alguna actividad y comenta que es para un centro de día?

La realidad es que yo busco lugares donde ellos tienen la obligación de tener una actitud inclusiva, positiva para con los chicos, así voy más segura con que me digan que sí. Pero tengo que hacer una explicación sobre el porqué de la salida o la actividad, cuales son los fundamentos. Al margen de eso, mi

experiencia y mi carrera laboral ha hecho que yo vaya generando muchos contactos a nivel provincial, eso también facilita que me den una respuesta positiva

- ¿Se ha encontrado con alguna resistencia en estas gestiones?

Resistencias sí, pero gracias a dios nunca me han dado una respuesta negativa. Quizás ponen un poco más de trabas, o uno nota que los ánimos no son los mejores, pero por suerte siempre logramos establecer buenas redes. También hay mucha apertura por otros lados, inclusive hay instituciones que nos buscan para formar convenios y realizar actividades en conjunto.

- ¿Usted cree que si no tuviese su experiencia laboral, y los contactos que ha formado durante estos años, hubiese habido más problemas a la hora de acceder a realizar diferentes trabajos en redes?

Sí, yo creo que sí. Mucha gente es ignorante en cuestiones de discapacidad o diferentes patologías. Por ejemplo, el profesorado de educación física se presentó muy abierto a mandar practicantes a nuestro centro de día, pero el problema eran los chicos, que tenían miedo, obvio producto de su desconocimiento, y de que en su formación no hay nada relacionado a discapacidad o pacientes psiquiátricos. Ese es por ahí el principal foco de resistencias por así decirlo. En ninguna carrera hay formación, entonces eso los aleja más de la sociedad a estos chicos.

- ¿Usted hace cuanto que está trabajando acá?

Yo ya estoy por cumplir 4 años, ahora vengo 2 veces a la semana, martes y jueves 2 horas. Además tengo todo el trabajo que es por fuera de la institución que está relacionado al contacto y la gestión.

También en el centro hice visitas domiciliarias, pero eso es una actividad que ya no se realiza en el centro y que me parece que se debería potenciar.

- Previo a este trabajo, ¿había tenido experiencia con una población similar a la de este centro?

Jamás, tuve trabajando con adicciones, trabajo en un centro nefrológico, pero no con este tipo de población.

- ¿Cómo fue esa primera experiencia?

Primero me costaba, pero tenía muchas ganas de aprender porque era mi primera experiencia en salud. Por suerte nunca tuve ningún tipo de problemas, siempre cuando no sé cómo manejarme con algún usuario trato de consultar antes de tomar alguna decisión o actuar de alguna manera.

Lo que más me atrae de esto, es la historia de vida de los chicos. La familia, como los afecta. Por eso, desde mi carrera, yo estoy limitada aquí, a mí me gustaría trabajar con visitas, indagar las dinámicas familiares, acá se sospecha de muchos abusos, violencia intrafamiliar, consumo de sustancias. Por eso te puedo decir que lo que tendría que hacer desde mi formación no lo hago, no intervengo desde mi profesión. Entonces hay un contexto problemático que no se aborda, se desconoce, y el trabajo entonces con los chicos queda limitado a la individualidad y eso no debería ser así.

- ¿Qué nota que cambio en usted en estos años de trabajo?

Fundamentalmente la tolerancia, yo tengo un carácter medio fuerte y recto. Pero este tipo de pacientes, sobre todo los psiquiátricos, confrontan y eso por mi falta de experiencia generaba conflictos. Así que tuve que bajar un cambio, aprender a ser más tolerante. También en el sentido en que son muy demandantes, todos necesitan contarte algo, o necesitan que uno les preste atención solo a ellos.

- ¿A partir de estas ciertas situaciones que se fueron generando, se sintió apoyada por el resto del equipo?

Y puedo decir que 50 y 50. Acá hay falta de comunicación, con los que tengo comunicación, se prenden en las actividades o me dan una mano cuando consulto o necesito algo. Pero hay profesionales que ni se enteran de las cosas que yo gestiono o las actividades que estamos por realizar, entonces se dificulta. Ojo, con eso también me involucro, yo tampoco se las cosas que ellos realizan, nos vamos enterando con los chicos.

- ¿Entonces, usted cree que hay interdisciplina?

No, para nada. Todos trabajamos individualmente, sumando lo que podemos para brindarles a los chicos. Pero también tiene que ver con la cabeza de la institución, que no fomenta esta comunicación entre los profesionales, o te pone demasiados frenos, ya sea por lo económico o por cualquier otra cosa. Entonces

unos se ve limitado, pierde la motivación, y se dedica a trabajar desde su lugar, sumando lo que pueda para ayudar a la evolución de los chicos que asisten.

- ¿Considera que este dispositivo es positivo para los concurrentes?

La verdad es que no. Hay chicos que tienen muchas potencialidades, pero esto está muy estático, están todos coartados. Los chicos podrían estar haciendo un montón de actividades que benefician su autonomía, su reinserción social, pero eso no se sostiene, prefieren tenerlos acá viendo películas encerrados. Entonces todos desde el lugar que podemos tratamos de hacer algo, pero sin el apoyo y sin los recursos eso se vuelve muy dificultoso.

Entrevista N° 8

Entrevista a Orientador del Centro de día Amado F. Romero.

Luego de la presentación correspondiente y la explicación de los fines de la entrevista, se prosigue con la misma.

- En primer lugar, quisiera saber su nombre y que función lleva a cabo en el centro de día.

Mi nombre es x, soy estudiante avanzado de la carrera de psicología, y en el centro cumplo la función de orientador.

- ¿De qué manera lleva a cabo esa función?

En el centro somos 4 (cuatro) orientadores que distribuimos los días de la semana y los horarios. El orientador está presente en todo momento, en el caso de los que están en los talleres, funcionan como auxiliar del profesional a cargo del taller para cualquier ocasión que se lo necesite. Luego está el caso de los horarios de desayuno y almuerzo, allí los orientadores estamos solos con los concurrentes y nos encargamos de trabajar AVD, es decir: organización del salón, poner la mesa y los elementos necesarios, trabajamos que coman de una manera ordenada y educada, también cada concurrente lava sus elementos y los guarda en su lugar.

Luego de estos momentos, el trabajo de AVD continúa con la higiene personal. Cada concurrente tiene una bolsita con su nombre donde tienen sus elementos de higiene: pasta, cepillo de dientes, jabón, desodorante, perfume, etc.

- ¿Hace cuánto tiempo trabaja usted en la institución?

Yo trabajo hace casi 2 años acá.

- ¿Cómo es la relación con los concurrentes?

La relación es muy buena con los concurrentes. En mi experiencia, acá tienes que tener múltiples personalidades. Es un grupo grande y los diagnósticos y situaciones son muy variados. Además de eso las necesidades son distintas. Entonces por ahí con algunos podes ser más permisivo y flexible, y otros necesitan mayor rigidez o carácter a la hora de realizar las actividades. Otros

necesitan mucha contención que no tienen en sus hogares, entonces allí hay que escuchar, contener. Y así con todos.

- Previo a este trabajo, ¿había tenido experiencia con una población similar a la de este centro?

No no, este fue mi primer trabajo.

- ¿Cómo fue ese primer acercamiento?

La verdad que una mezcla de sensaciones. Si bien en mi carrera tenemos formación acerca de las diferentes psicopatologías, una cosa es verla en un libro y otra es tener contacto personal. Yo la verdad que cuando ingrese había muchas cosas que me generaban temor, pero temor sobre todo por el no saber cómo actuar ante determinadas situaciones, como por ejemplo un concurrente que esta alucinando o delirando.

- ¿Tuvo apoyo del equipo ante ese “no saber”?

Sí, yo en todo momento me sentí acompañado. Pero también depende de uno, yo lo que no sabía lo preguntaba, me acercaba, veía como trabajaban los otros psicólogos, leía más en mi casa. Esto se basa en formación y práctica, las dos cosas van de la mano.

- ¿Qué cambio en usted en este tiempo de trabajo?

En mi caso cambio mucho. Todos los prejuicios que la sociedad impulsa acerca de las personas con padecimiento mental se me fueron. Los miedos desaparecieron, y sobre todo aprendí a tener un trato más cercano y humanitario con este tipo de pacientes. Uno se imagina en el consultorio, con el paciente en el diván. Pero la verdad que este trabajo es totalmente distinto, hay otro tipo de demanda, hay otro tipo de transferencia y hay que poner el cuerpo. La verdad que el aprendizaje es día a día, y la experiencia es muy buena.

- ¿Cómo es la relación con el resto del equipo?

Mira, no conozco a todo el equipo porque yo asisto dos veces a la semana, entonces solo tengo contacto con los profesionales que asisten los mismos días que yo. La verdad que eso es algo que se puede criticar por así decirlo. Acá tenemos muy poca comunicación, no se logra un verdadero trabajo interdisciplinario. Cada uno hace lo mejor posible desde su lado.

- Luego de estos dos años de trabajo, ¿Considera que este modelo de abordaje, que se lleva a cabo en el centro, es positivo para los concurrentes?

Para serte sincero, no. Pero te voy a explicar porque. El centro está muy quedado en cuanto a actividades de socialización. También falta mucho trabajo con las familias, que es el contexto inmediato donde se insertan los chicos. Las familias no se acercan, no participan de las jornadas, no preguntan sobre la evolución de los concurrentes, solo llaman para exigir cuando las cosas no van bien. Entonces esto termina siendo un depósito, donde los chicos vienen de 09:00 a 16:00 a pasar el rato. Si bien aprenden cosas, pero creo que hay mucho más potencial, pero ese potencial se ve coartado por que no se motiva a los profesionales, se les niegan proyectos, se les disminuyen horas de trabajo, y obvio es entendible, los de arriba ven esto como un negocio, y un paciente recuperado es un paciente menos, entonces ahí se vuelve complicado. Uno por ética trata de darles lo mejor desde su parte, apoyarlos, contenerlos durante el tiempo que compartimos, y que algo les quede de mi trabajo.

Entrevista N° 9

Entrevista a Terapeuta Ocupacional del Centro de día Amado F. Romero.

Luego de la presentación correspondiente y la explicación de los fines de la entrevista, se prosigue con la misma.

- En primer lugar, quisiera saber su nombre y que función lleva a cabo en el centro de día.

Mi nombre es x, soy Terapeuta ocupacional, y digamos que la función que tengo acá es de tipo asistencialista, no realizo investigación ni nada de ese tipo.

- ¿De qué manera lleva a cabo esa función?

La llevo a cabo a partir de talleres ocupacionales de modalidad grupal que se dictan los días miércoles y viernes de 10:00 a 12:00. El taller de los miércoles es de AVD, y el de los viernes es de ocio y tiempo libre.

- ¿Hace cuánto tiempo trabaja usted en la institución?

Yo trabajo hace 8 años acá, es decir, desde su fundación en el año 2011

- ¿En el taller participan todos los concurrentes?

No, yo trabajo con un grupo de usuarios que son asignados por la dirección. Lo que solemos hacer, es que cuando ingresa un concurrente nuevo se le consulta y se le permite, durante el periodo de prueba, asistir a distintos talleres para que luego elija según su preferencia.

- ¿Me podría describir en que consiste cada taller y que actividades se realizan?

Sí, claro.

En el taller de AVD, trabajamos todo lo relacionado a actividades de la vida diaria. Las AVD se dividen en:

- AVDB: Que son actividades básicas
- AVDI: Que permiten interaccionar con elementos del contexto cotidiano
- AVDA: Que son actividades más avanzadas que implican mayor autonomía, organización, planificación.

Por la población del centro, trabajamos solo las AVDB y las AVDI, a partir de un cuadernillo que vamos trabajando y luego poniendo en práctica.

En el taller de ocio y tiempo libre variamos las actividades. Cada 15 días realizamos un espacio de cocina, por lo cual también los concurrentes se encargan de ir a realizar las compras al supermercado y de elaborar la comida. También realizamos salidas de recreación a diferentes espacios de la provincia, o sino realizamos actividades dentro de la institución como ver películas, jugar juegos de mesa, etc.

- ¿Cómo se planifican las actividades que se realizan en los talleres?

Mira, en mi caso, a principio de año realizo un cuestionario que responden los concurrentes, y está basado en tres ítems: intereses, necesidades y roles ocupacionales. En base a eso planifico para todo el año, actividades que giren en base de esos 3 aspectos antes mencionados. También realizo una reevaluación de las actividades del año anterior, para ver cuales tuvieron éxito, cuales no y en base a eso decidir si se continúa con dicha actividad.

- ¿Cómo es la relación con los concurrentes? ¿Logran adaptarse al taller?

La relación es buena con los concurrentes. En mi experiencia, yo soy la más vieja (risas) así que todos me conocen hace mucho tiempo. En mi experiencia, como te decía, siempre y cuando uno respete los intereses y necesidades de ellos, y se eleve sus potencialidades laborales-ocupacionales, se va a lograr una adaptación y una adherencia muy buena al taller.

- Previo a este trabajo, ¿había tenido experiencia con una población similar a la de este centro?

Si, si tuve otras experiencias. He trabajado en otras clínicas psiquiátricas, en otros institutos de psiquiatría y psicología.

- ¿En tu carrera tuviste formación sobre la temática?

Si, teníamos una materia anual llamada “terapia ocupacional en salud mental” y además teníamos un periodo de práctica en alguna institución. Desde ahí, me gustó mucho trabajar y ya me quede en el ámbito de la salud mental, y eso que le tenía miedo a los locos (risas).

- Relacionado a eso ¿Qué cambio en vos durante todos estos años de experiencia en salud mental?

Básicamente todo. Yo tuve una experiencia, que cuando era estudiante iba en mi auto pasando por el servicio de neuropsiquiatría, y uno de las pacientes que estaban afuera (porque viste que los dejan salir a tomar aire) se cruzó y me golpeo el auto con las manos. Desde ahí yo tenía mucho miedo. Cuando llega el momento de cursar la materia que te contaba, yo me le acercó al profesor y le dije que yo tenía miedo de ir a realizar las prácticas, e incluso le cuento esta experiencia. El influyo mucho en desactivar todos estos prejuicios que yo tenía. Posterior a eso fuimos a hacer las practicas, justamente al mismo lugar donde yo había tenido el inconveniente, y observando las dinámicas, a otros colegas, charlando con los pacientes, todo ese miedo, esos prejuicios fueron desapareciendo, fui empatizando con sus problemáticas, hasta el punto de trabajar ya hace más de 10 años en este ámbito de la salud mental.

- ¿Usted cree que estos prejuicios siguen estando en la actualidad?

Sí, siempre esta esto de que el “loco” te pega, te viola, te mata, te roba, está presente en la familia y también en la sociedad. Y también esta lo otro, que es que lo toman de objeto de burla. Pero lamentablemente aun estos prejuicios e ideas siguen en la sociedad, yo lo veo cuando voy al supermercado por ejemplo a hacer las compras con los chicos, la gente comienza a abrirse, alejarse, no quieren tener contacto.

- ¿Cómo es la relación con el resto del equipo?

Mira, la relación con el recurso humano es buena. Encontramos sostén, apoyo cuando hay algún tipo de problemática. El tema es que no hay comunicación, solo nos manejamos con un libro de actas, y yo creo que eso no es comunicación.

Yo veo que cada uno de los profesionales hace su trabajo desde su lugar y lo mejor posible, pero falta mayor articulación, pero esto no es muy incentivado por la parte directiva.

- Luego de este tiempo de trabajo, ¿Considera que este modelo de abordaje, que se lleva a cabo en el centro, es positivo para los concurrentes?

En un principio sí, pero ahora considero que no, te explico. Yo me adherí a la idea de trabajar en un dispositivo de centro de día por los ideales que tenía su directora. Ella siempre sostuvo que los pacientes no debían ser internados crónicamente, sino que tenían que tener un espacio para poder generar autonomía, donde se les brinde herramientas, y donde puedan reinsertarse en la sociedad. Y además de todo esto, un espacio que brinde contención desde todos los ámbitos. Entonces no solo se le brindaba organización, estructura a los concurrentes sino que también contención.

Pero luego eso fue decayendo, comenzaron a coartar las actividades, los recursos, los proyectos. No se tiene en cuenta la intercomunicación, las sugerencias que se brindan, hay poco contacto con las familias de los chicos, entonces no hay continuidad del trabajo.

Entonces no se está logrando los objetivos que se tenían desde un principio. Estamos siendo funcionales a las familias, siendo depositarios de los concurrentes. Si bien no es una clínica, porque acá no se los ata a la cama, ni tampoco se los médica, pero faltan brindarles muchas cosas, y la verdad que es una lástima porque hay mucho potencial.

Entrevista N°10

Entrevista a Lic. En musicoterapia del Centro de día Amado F. Romero.

Luego de la presentación correspondiente y la explicación de los fines de la entrevista, se prosigue con la misma.

- En primer lugar, quisiera saber su nombre y que función lleva a cabo en el centro de día.

Mi nombre es x, soy Lic. En musicoterapia, y dentro del centro de día llevo a cabo lo que se llama el taller de musicoterapia.

- ¿Hace cuánto tiempo trabaja en esta institución?

Yo comencé a trabajar hace 5 años ya en esta institución.

- ¿Qué días se lleva a cabo el taller?

Mi taller se lleva a cabo los días jueves de 11:00 a 12:00

- ¿En el taller participan todos los concurrentes?

Exactamente, todo el grupo está asignado en mi taller durante ese horario.

- ¿Me podría describir en que consiste el taller y que actividades se realizan?

Básicamente durante el taller se realizan actividades grupales que buscan lograr la expresión de emociones a partir de la música. Esto se diferencia de una sesión individual que también se puede realizar. Pero acá trabajamos en grupo, escuchando diferentes audios, trabajando con videos, realizamos diferentes ejercicios sonoros con el cuerpo, y ahora estamos confeccionando instrumentos para formar una murga.

- Previo a este trabajo, ¿había tenido experiencia con una población similar a la de este centro?

Sí, generalmente me he dedicado a la discapacidad en mi consultorio, la música es una vía de expresión muy importante y a las personas les suele agrandar el trabajo con ella.

- ¿Cómo es la relación de los concurrentes con el taller?

La verdad que excelente, los chicos esperan mucho el día jueves porque saben que las actividades son diferentes a la de otro taller que por ahí es más estructurado. Acá se distienden juegan, bailan, tienen otras sensaciones que les permiten la expresión de emociones. También hay situaciones donde toco expresar tristeza, porque la música permite eso, poder identificarse con un sonido y expresar cada uno lo que siente, y todos se expresan desde su subjetividad.

- ¿Cómo es la relación con el resto del equipo?

En general tenemos buena relación, con algunos tengo mucho más contacto, con otro mucho menos. Pero siempre existe buena predisposición para colaborar con los trabajos. Si es verdad que yo articulo más con la trabajadora social, ya que ella esta los mismos días que yo, entonces ella realiza una salida y yo hago alguna actividad ahí en conjunto con ella. Por ahí con el resto del equipo no podemos lograr eso.

- Luego de estos dos años de trabajo, ¿Considera que este modelo de abordaje, que se lleva a cabo en el centro, es positivo para los concurrentes?

Mira, para responderte eso entro como en una contradicción conmigo. Porque tendría que decirte que sí, pero la verdad es que no hay muchos avances. Falta el trabajo de muchas cuestiones, no podemos llegar a las familias, las actividades sociales son pocas, entonces si desarrollan habilidades y hay mucho potencial, pero falta explotar aún más los beneficios que podemos darles como institución.