

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
TRABAJO SOCIAL

# DE SABIOS, POETAS Y LOCOS TODOS TENEMOS UN POCO

OTRAS FORMAS DE ENTENDER-COMPRENDER  
EL PADECIMIENTO SUBJETIVO

PAMELA DOMINGUEZ | CYNTHIA OLOCCO

DOCENTES:  
EXEQUIEL TORRES  
INES TORCIGLIANI  
SILVIA DE DIOS

2020

Por un Mundo donde seamos  
Socialmente Iguales,  
Humanamente Diferentes  
Y totalmente libres.  
Rosa Luxemburgo

# DE SABIOS, POETAS Y LOCOS TODOS TENEMOS UN POCO

OTRAS FORMAS DE ENTENDER-COMPRENDER  
EL PADECIMIENTO SUBJETIVO

## ÍNDICE

<b>PRESENTACIÓN  </b> .....	<b>5</b>
<b>INTRODUCCIÓN  </b> .....	<b>7</b>
<b>PRIMER EJE   Desandando Caminos: Estado, Sociedad y Salud Mental.....</b>	<b>11</b>
1. Trabajo Social y Salud Mental.....	11
2. ¿Desde dónde nos paramos para pensar el Padecimiento Subjetivo de Jóvenes y Adultos? Reconstrucción Socio-Histórica de la Intervención en Salud Mental.....	20
2.1 Salud Mental como cuestión de Derechos Humanos.....	26
<b>SEGUNDO EJE   Un Hospital de Día en Salud Mental en el contexto de Derechos Humanos.....</b>	<b>35</b>
1. Hospital de Día en Salud Mental: Un puente entre la Sociedad y la Inclusión Social.....	35
1.1 Historia Institucional: Misión y Objetivos.....	35
1.2 Programas, Líneas de Acción y Actores Institucionales.....	44
2. Nuestra Llegada al Hospital de Día: Espacios de Conocimiento, Inserción, Reconocimiento e Intervención Pre-Profesional.....	47
2.1 Conocimiento, Reconocimiento e Intervención Pre-Profesional.....	52
<b>TERCER EJE   Tendiendo puentes entre el Trabajo Social, la Salud Mental y los Derechos Humanos.....</b>	<b>73</b>
1. La Construcción Social Estigmatizante del Padecimiento Subjetivo.....	73
2. Análisis de la Intervención Pre-Profesional: Posición y Posicionamiento.....	79
3. Sistematización y Análisis de la Realidad Social de los/as Sujetos/as con Padecimiento Subjetivo.....	85
4. Reflexiones sobre el Proceso de Intervención Pre-Profesional: Autoevaluación del Trabajo en Equipo ...	106
<b>A MODO DE CIERRE   Otras formas de Comprender y Entender el Padecimiento Subjetivo.....</b>	<b>109</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA GENERAL  </b> .....	<b>118</b>
<b>OTRAS FUENTES BIBLIOGRÁFICAS  </b> .....	<b>124</b>
<b>ANEXOS  </b> .....	<b>127</b>

Creo que todos tenemos un  
poco de esa bella locura que  
nos mantiene andando cuando  
todo alrededor es tan insanamente cuerdo.

Julio Cortazar

## PRESENTACIÓN I

*La libertad de ser libre significa, antes que nada, estar liberado  
no solamente del miedo sino también de la necesidad.*

*Hannah Arendt*

El presente trabajo final surge del proceso de formación, realizado en el marco de la práctica académica correspondiente del quinto año de la carrera Licenciatura de Trabajo Social. Como estudiantes y compañeras surgió la posibilidad de reunirnos y compartir el proceso de aprendizaje de intervención pre-profesional. Las razones que nos motivaron para conformarnos como equipo de trabajo se relacionan a los intereses compartidos como a los motivos de seguir profundizando y aprendiendo en relación a la temática de Salud Mental.

Seleccionamos esta temática ya que, durante el transcurso de la carrera, cursamos materias relacionadas con la salud mental y pudimos conocer aspectos de la misma que nos llevaron a interrogarnos sobre los efectos que producen las construcciones sociales en las subjetividades de los/as sujetos/as. Esto se debe a que visualizamos cómo los efectos de la modernidad junto con la globalización produce en los/as sujetos/as representaciones sociales que modifican la posibilidad de ser en relación con los/as otros/as, teniendo un impacto en la forma de vivir su vida cotidiana.

Eduardo Galeano solía decir que “la energía creadora se desarrolla haciendo y haciendo juntos... Al fin y al cabo actuar sobre la realidad y transformarla, aunque sea un poquito, es la única manera de probar que la realidad es transformable.” Por eso, esperamos que la presente tesina abra el juego a la construcción de nuevas formas de abordar el campo problemático - salud mental -, donde se reconozcan al proceso de salud-enfermedad como una construcción histórica-social atravesada por las condiciones económicas, sociales y culturales; constitutivas, a su vez, de la forma de ser y estar saludablemente en el mundo. Y también que favorezca a la desconstrucción de las representaciones sociales en torno al padecimiento subjetivo de jóvenes, jóvenes adultos, y adultos mayores. Todo esto, con el fin de aportar a la edificación de nuevos conocimientos significativos, que contribuya a una intervención integral, para generar una nueva estructura de posibilidades, de accesibilidad y de inclusión.

Al respecto, la intervención pre-profesional fue realizada en el año 2018 en el Hospital de Día en Salud Mental, ubicado en el viejo Hospital San Roque. Se abordó la problemática -salud mental- de manera interdisciplinaria, junto con profesionales del área de psicología, psiquiatría, terapia ocupacional, y profesores de yoga e italiano, quienes nos acompañaron y aportaron sus aprendizajes, experiencias y conocimientos a lo largo de todo el proceso, permitiéndonos incorporar conocimientos específicos de psicología, psiquiatría, entre otros.

Jorge Luis Borges decía que “Cada persona que pasa por nuestra vida es única. Siempre deja un poco de sí y se lleva un poco de nosotros. Habrá los que se llevarán mucho, pero no habrá de los que no nos dejarán nada. Esta es la prueba evidente de que dos almas no se encuentran por casualidad”. Por esto, queremos agradecer por la posibilidad brindada de formar parte del equipo, del espacio cedido, por el aprendizaje y la capacitación. Y también a todas las grandes personas que realizan el tratamiento en la institución como a sus familias, quienes a través de una palabra, un gesto, una mirada y una sonrisa nos enseñaron a descubrir otro mundo posible, donde podemos construir otras formas de relacionarnos, sin prejuicios, sin críticas y a poder ser y estar de acuerdo a lo que sentimos en relación a los/as otros/as.

También a nuestras familias, amigos/as y compañeros/as de la facultad quienes nos apoyaron y acompañaron de manera incondicional en toda esta increíble aventura de aprendizaje y enseñanza, quienes con un abrazo, una charla, un mate, una sugerencia, nos alentaron y ayudaron a continuar con este proceso y a nunca bajar los brazos.

Y por último, a nuestro querido profesor de intervención pre-profesional, Exequiel Torres... sin tu ayuda y acompañamiento Exe, nada de esto hubiera sido posible.

*iii) Muchas Gracias a Todos/as!!!*

## INTRODUCCIÓN I

Consideramos que los problemas de salud se ubican en una encrucijada de múltiples disciplinas y actores, formas de ver, entender y hacer. A su vez, la complejidad de las problemáticas en salud nos lleva a un abordaje desde la integración y coordinación de cada una de las disciplinas, pudiendo así generar intervenciones interdisciplinarias y holísticas. Por esto, es que proponemos el abordaje de la problemática de la salud mental a partir de una mirada dialéctica y multidimensional, que posiciona al sujeto/a en una perspectiva integral desde lo biológico, comunal, estatal y social, donde se generan una estructura de posibilidades, de accesibilidad y de inclusión siendo este sujeto/a situado en un tiempo y espacio determinado, siempre con una mirada del individuo como un Sujeto/a de Derecho.

Todo esto, porque “(...) entendemos que es necesario comprender el ejercicio profesional más allá de los procesos individuales del profesional, incorporando la consideración de otros sujetos así como los distintos elementos que coexisten en la realidad y que actúan como condicionantes y/o determinantes de sus acciones.” (Oliva, Pérez y Mallardi, 2011, p.6). Si bien consideramos este un desafío difícil y complejo, creemos que no es imposible.

Como equipo de trabajo definimos el objeto de intervención, teniendo en cuenta no sólo las demandas del Hospital de Día en Salud Mental, sino también los propios obstáculos que visualizamos que se les presentan para abordar la problemática de salud mental de manera integral, ante la ausencia de un profesional de trabajo social. Al respecto, referimos al mismo como **“la reproducción y las estrategias de los familiares y los/as sujetos/as en torno al reconocimiento del padecimiento subjetivo, frente a una débil inserción e inclusión en la sociedad, en el marco de los Derechos Humanos”**.

A lo largo del trayecto de práctica pre-profesional, observamos que las dificultades que se les presentan a los/as sujetos/as en la reproducción económica, social, cultural, habitacional y familiar atraviesan y repercuten en el proceso de salud-enfermedad, en la construcción de la identidad, en la dinámica familiar, en la pertenencia a una trama relacional como también en el acceso de recursos. Por esto, diseñamos estrategias de intervención que respondan a la necesidad de la

institución de construir un conocimiento multidimensional; y también a las demandas presentadas por los/as sujetos/as y los familiares en relación a la satisfacción de sus necesidades.

A la luz del expuesto hasta el momento, organizamos el siguiente escrito en tres ejes: en el **Primer Eje** se desarrolla la reconstrucción histórica-social del campo problemático y de la intervención, destacando la importancia de la relación que existe entre el trabajo social, la salud mental y la cuestión social.

En el **Segundo Eje**, se presentó la institución donde se realizó la intervención pre-profesional, los/as profesionales y los/as sujetos/as con padecimiento subjetivo. También, se describió la inserción e intervención pre-profesional de las estudiantes, explicitando los objetivos, las estrategias y las técnicas e instrumentos utilizados en cada espacio que formamos parte y participamos de manera activa en la institución; como también las propuestas sugeridas para seguir trabajando y mejorando la intervención en cada uno de los mismos: Admisión, Asambleas Multifamiliares, Taller de Integración Comunitaria, Entrevistas Sociales y Gestión de Recursos.

Como **Tercer Eje**, se trabajaron aspectos que hacen a la intervención pre-profesional, posición y posicionamiento, realizando un análisis de la manera en que nos desenvolvimos en esta experiencia. Asimismo, proponemos nuevas formas de trabajar en equipo de manera interdisciplinaria, abriendo el juego a la escucha, la atención y el reconocimiento de otras especialidades como el trabajo social, resaltando los aportes del mismo, orientados a mejorar la calidad de vida de los/as sujetos/as, garantizando el acceso a la información para decidir y actuar en relación a ello. En un segundo momento dentro de este eje, se desplegó el análisis de los datos recolectados no sólo de las entrevistas sociales, sino también de todos los espacios que formamos parte. Finalmente, realizamos una autoevaluación del trabajo en equipo.

Y por último, **A Modo de Cierre**, se propone otras formas de intervenir y mirar la salud mental como un aporte a un abordaje integral de la situación del padecimiento subjetivo de los/as sujetos/as, mirando a los/as mismos/as como un/a persona



con una trayectoria, una historia con Derechos, abriendo el juego a otras formas de ser y estar en relación con los/as otros/as.

A lo largo del desarrollo de la presente tesina, utilizaremos la siguiente abreviatura HDSM (Hospital de Día en Salud Mental), para referirnos a la institución.

# PRIMER EJE I

## Desandando Caminos: Estado, Sociedad y Salud Mental

*Alicia: ¿Por qué la humanidad no se ve realmente feliz?*

*Conejo Blanco: ¿Realmente Feliz? ¿Qué es real? El mundo está absolutamente "ilusionado" con cosas materiales mi querida Alicia, y recuerda... "Lo que se ve es la ilusión, lo que no se ve es lo real".*

*Alicia: ¿Y qué es lo real entonces?*

*Conejo Blanco: Eso sólo puedes averiguarlo por ti misma...*

*Alicia en el País de las Maravillas*

## PRIMER EJE | Desandando Caminos: Estado, Sociedad y Salud Mental

### 1. Trabajo Social y Salud Mental

Intervenir en lo Social implica construir un puente de encuentro entre el/la sujeto/a y la cultura, donde observamos cómo las tramas sociales construyen, atraviesan y producen la singularidad del sujeto/a, la cual, se encuentra ligada a la noción de lazo social. El *Lazo Social* lo podemos definir como un elemento que influye, atraviesa y determina la construcción de las subjetividades a través de las formas en que se establecen las relaciones y los intercambios entre los/as individuos/as de una determinada sociedad. (Carballeda; 2012). De esta manera, pensar la intervención en términos de lo social nos compromete a contextualizar e historizar lo micro social, donde se genera el encuentro entre los/as sujetos/as con los que trabajamos, la sociedad y la cultura, para lograr comprender la demanda relacionada con la cuestión social.

La cuestión social es un espacio donde la sociedad experimenta cómo los diferentes elementos económicos, políticos y sociales interpelan, influyen y determinan las condiciones de la reproducción cotidiana de sus ciudadanos/as. Se presenta como un campo de lucha que depende de los determinantes históricos que condicionan, a través de las dimensiones subjetivas, la vida de los/as individuos/as sociales. En este sentido, se transforma en un reflejo de la expresión hegemónica, particularizado en problemas sociales.

La intervención del trabajo social se encuentra en la lucha por la garantía de los derechos humanos: "(...) el Trabajo Social se involucra con problemas sociales que pueden contener dentro de ellos mismos necesidades o no y con necesidades que pueden contener problemas sociales" (Carballeda; 2012; p.2). De esta manera, el problema social se transforma más en demanda hacia la intervención, que en la resolución de las propias necesidades.

Desde la salud mental, se pueden visibilizar estas cuestiones en la construcción de demandas de intervención en lo social. No obstante, esta se encuentra atravesada a partir de nuevos tipos de relaciones entre el problema social y la

necesidad, por ejemplo, el carácter material y simbólico de las distintas legislaciones (la garantía del derecho a la salud a través de la pensión por discapacidad).

Teniendo en cuenta que la construcción de los procesos de salud-enfermedad<sup>1</sup> se encuentra en los espacios de la vida cotidiana, la cual, a su vez es condicionada por el contexto social que lo atraviesa y determina en las significaciones y sentidos que adquiere dicho proceso; podemos pensar la intervención social a partir “(...) de su interpelación entre lo macro social y la singularidad de lo micro” (Carballeda; 2012; p.3).

Decir acción interventiva desde el trabajo social en el campo de la salud mental nos remite a pensarla y analizarla desde tres órdenes: en primer lugar, la intervención implica un encuentro para el diálogo y la transformación con los dispositivos de protección social que tiene una sociedad (Instituciones, Políticas, Planes y Programas). Un segundo momento se relaciona con la vinculación de la intervención en las tramas sociales:

(...)Las tramas sociales que rodean, construyen y se generan desde esa singularidad del sujeto de intervención (...) pueden ser entendidas desde una mirada sociológica, ligadas a la noción de lazo social como elemento de articulación e integración del sujeto al todo societario. (Carballeda; 2012; p. 1)

Y por último, es importante señalar como tercer orden la relación entre la noción de necesidad social<sup>2</sup> y problema social<sup>3</sup>. Históricamente, el trabajo social se funda

---

<sup>1</sup>Considerando que en las prácticas de salud no se ha logrado diferenciar el concepto de enfermedad como una construcción mental, y el enfermar como una experiencia de vida para la que persona que convive con la enfermedad mental, teniendo como consecuencia la sustitución de uno por el otro, es que sostenemos que en el proceso de salud- enfermedad se debe recuperar la unidad entre los conceptos de enfermedad y salud, ya que “(...)La enfermedad no aparece divorciada de la salud ya que ambos son momentos de un mismo proceso.”(Laurell,1986, p.3)

<sup>2</sup>En el texto *Necesidades y Satisfactores en el Análisis del Espacio Social Familiar*, González, et al., (1999) definen el concepto de necesidad social, tomando los conceptos de Heller, Bourdieu, Giddens y Riviere, como aquellas que necesidades psicosociales que son producidas socialmente, es decir, son interiorizadas desde el momento que nacen formando el habitus. A su vez, son histórico-sociales, dado que son reconocidas por distintas clases y actores sociales. El trabajo social interviene sobre las necesidades sociales, cuando se presentan obstáculos en el encuentro de los/as sujetos/as con su objeto de satisfacción.

<sup>3</sup>Grassi (2003) sostiene que: (...) La cuestión social no se presenta como tal, sino que en cada época, se particulariza en problemas sociales, que son la expresión hegemónica del modo como se interroga, interpreta, resuelve, ordena y canaliza la misma. El problema es, así, dependiente de su definición como tal en los procesos de hegemonización, donde se imponen los términos con que se

como una profesión encargada de la resolución de las necesidades sociales de las poblaciones. No obstante, el propio devenir de la disciplina (aportes teóricos) “hizo que desde la intervención se actúe también sobre los problemas sociales” (Carballeda; 2012; p. 2).

Toda intervención social desde la profesión de trabajo social necesita construir su objeto de intervención. Como sostiene Margarita Rozas (como se citó en Parra, 1999) definimos al mismo como una construcción “(...) desde la reproducción cotidiana de la vida social de los sujetos, explicitada a partir de múltiples necesidades que se expresan como demandas y carencias y que de esta forma llegan a las instituciones para ser canalizadas o no” (p.25). En este sentido, podemos afirmar que el objeto no está dado en la realidad, sino que es una construcción, que requiere de una intervención profesional para su comprensión. Desde esta perspectiva, hay que tener en cuenta que un fenómeno inmediato no puede convertirse en un objeto de intervención, sino a través de la problematización del mismo por los/as sujetos/as que se plantean comprenderlo, redefinirlo y modificarlo.

Como equipo de trabajo, nos insertamos en el Hospital de Día en Salud Mental interviniendo en cinco diferentes actividades y talleres que forman parte del Programa de Jornada Completa<sup>4</sup>. Tres de ellos se encuentran establecidos en la institución y dos fueron creados a partir de propuestas pensados y construidas por nosotras junto con los profesionales del hospital, teniendo en



---

los nomina, describe y se especifica el contexto de referencia (económico, cultural, etc.) al cual es remitido. La aflicción de un grupo social no es por sí un problema social a menos que sea constituida como tal, por la acción eficaz de sujetos/as interesados en imponer indeterminado estado de cosas como una situación problemática para la sociedad en su conjunto. (...) La definición del problema social es el objeto de disputas simbólicas y teóricas que enmascaran intereses que orientan la acción en lo atinente a la solución del mismo, esto es, los planteos y programas de los diversos sectores de la política social del Estado (...) (p.23).

<sup>4</sup>El Programa de Jornada Completa se implementó con el objetivo de desarrollar un ámbito terapéutico de mayor contención y seguimiento para personas que padecen patologías psiquiátricas, como psicosis y neurosis. Funciona como un dispositivo intermediario, entre la institución y la sociedad, con el objetivo de lograr la inclusión social de los/as sujetos/as con padecimiento subjetivo. En el eje dos presentaremos el Hospital de Día en Salud Mental como el programa, realizando un análisis de la misma como de los/as actores e intervenciones profesionales y pre-profesionales (estudiantes).

cuenta las demandas de los/as sujetos/as y familiares, como de los/as profesionales. La inserción en los mismos permitió construir el objeto de intervención. Por eso, consideramos pertinente compartir el mismo, que pretendemos abordar en el proceso de intervención pre-profesional: **la reproducción y las estrategias de los familiares y los/as sujetos/as en torno al reconocimiento del padecimiento subjetivo, frente a una débil inserción e inclusión en la sociedad, en el marco de los Derechos Humanos.**

Cuando se habla de un objeto se alude a la existencia de intervención fundada, es decir, una práctica profesional que interviene desde la racionalidad científica. En este sentido, se necesita de una teoría para desarrollar una acción crítica y reflexiva: “Hablar de objeto de una disciplina es preguntarnos por el equivalente teórico de un campo de problemas reales que demandan resolución” (Aquin; 1996; p.4). La teoría permite que los hechos hablen, pero para comprender lo real se debe construir espacios de articulación entre teoría y empiria, donde la profesión del trabajo social desarrolle una intervención con carácter político, ético, teórico y metodológico que dé sentido y sustento a las intervenciones, sujetos/as y objetos, entre las expresiones de lo real y sus significaciones.

Por eso consideramos, desde una reflexión crítica, analizar el objeto de intervención para lograr una interpretación más amplia del mismo, que nos permita lograr un entendimiento más acabado:

### **Reproducción**

Con respecto a la reproducción retomamos a Nora Aquín (2010) quien la define como “(...) conjunto de actividades que personas, grupos o instancias sociales desarrollan para mantener o mejorar sus condiciones de vida” (p.2). Existen estructuras sociales externas<sup>5</sup> estructurantes que los/as sujetos/as no eligen y que

---

<sup>5</sup>Las estructuras sociales externas son aquellas que “(...) existen independientemente de la voluntad, conciencia y subjetividad de cada agente social y externamente a cada una de ellos; los otros agentes sociales existen como objetos sociales externos a la subjetividad de cada uno en particular, y a su vez este agente existe objetivamente para los otros” (Von Sprecher, Cristiano, Giletta, 2014, p.19). De esta manera, estas estructuras se transforman en el fundamento y condición de las percepciones y representaciones, que varían de acuerdo a la posición e interés que ocupan dentro de un espacio social, y por consiguiente, orientan o coaccionan sus prácticas o representaciones.

se imponen como condicionantes interiorizados en la estructura subjetiva<sup>6</sup>. Todo esto influye, orientando y guiando sobre las formas en que se debe actuar, percibir, sentir, pensar y decidir, presentes en las diferentes situaciones de la reproducción cotidiana de los/as agentes sociales. Este momento subjetivista, donde lo social se hace cuerpo, dan lugar a la existencia de un *habitus*, el cual, “(...) funciona como principio de generación y percepción de las prácticas sociales y que se estructura como un conjunto de disposiciones” (Von Sprecher, et al., 2014, p.24). Si bien este *habitus* tiende a ser ajustado a las exigencias de la posición que los/as agentes sociales ocupan en el espacio social, esto no implica que desde el momento que forman parte de esas estructuras no tengan posibilidades de ejercer efectos sobre las mismas, y que este ajuste sea irreflexivo, “puede ser reflexivo o parcialmente reflexivo” (Von Sprecher, et al., 2014, p.66). Esta transformación se logra mediante una acción reflexiva que posibilite analizar los condicionantes objetivos, a los fines de poder modificar las percepciones y representaciones; y por consiguiente elaborar diferentes estrategias y acciones, para que los/as sujetos/as mejoren o modifiquen sus condiciones de vida.

La reproducción la observamos en las distintas actividades como estrategias diseñadas e implementadas por los/as propios sujetos/as frente a las diferentes situaciones que se le presentan en su cotidianidad. En este sentido, desde el HDSM se demandó la necesidad de conocer el contexto social, visualizando la reproducción económica, social, cultural, habitacional, familiar y de salud como atravesamiento del proceso de salud-enfermedad. Para esto, se desarrollaron entrevistas sociales en domicilio y/o en la institución, y luego posteriormente se presentaron informes sociales con los datos recolectados en las primeras.

### **Estrategias Familiares y de los/as Sujetos/as**

Las estrategias familiares son pensadas, diseñadas y decididas por el grupo familiar, principalmente por la pareja adulta o el jefe/a de familia, y las mismas se consideran de esta manera, dado que tienen repercusiones en todos los/as

---

<sup>6</sup>La estructura subjetiva, en cambio, es aquella que se encuentran constituida por el *habitus*, la cual, refiere “(...) sistemas de disposiciones incorporadas por los agentes a lo largo de su trayectoria social. (...) toma en cuenta el sentido vivido de las prácticas, las percepciones y representaciones de los agentes, sin considerar las condiciones sociales y económicas que constituyen el fundamento de sus experiencias (Estructuras Sociales Externas)” (Gutiérrez, 2005, p.17).

miembros del conjunto familiar. Si bien generalmente se observa que no existe una igualdad en relación a la toma de decisiones al interior de las familias, podemos afirmar la existencia de una gran variedad de organizaciones domésticas, donde se presentan diferencias en torno a la estructura de roles y a los espacios de negociación para diseñar y decidir las estrategias, las cuales, se encuentran atravesados por factores como el género, la generación, el grado de parentesco, la inserción en el mercado laboral y en la sociedad.

A diferencia de las primeras, las estrategias de los/as sujetos/as refieren a aquellas que se realizan de manera individual, las cuales, se encuentran, al igual que las primeras, “atravesadas por las posiciones de género, generación, grado de parentesco y ocupación, así como las posibilidades de desarrollo de tales estrategias en virtud de su composición interna y de su inserción social” (González, et al., 2001, p.4).

Decir estrategias nos remite a pensarlo desde la mirada de Bourdieu, quien lo relaciona con el habitus, definiendo el primer concepto como aquellas “(...) líneas de acción objetivamente orientadas que los agentes sociales construyen en la práctica y que se definen en el encuentro entre el habitus y una coyuntura particular del campo<sup>7</sup>” (González, et al., 2001, p.8). En este sentido, señala que los/as agentes sociales desarrollan estrategias que responden y obedecen a las estructuras objetivas de acuerdo a la posición que ocupan en el campo. No obstante a través de una práctica reflexiva donde se desarrolle un autosocioanálisis<sup>8</sup>, se pueden orientar las estrategias hacia una transformación consciente que permita “(...) modificar sus percepciones y representaciones de los condicionantes externos de sus prácticas, y de ellas mismas, y por lo tanto elaborar estrategias diferentes de acción” (Gutiérrez, 2005, p.75).

---

<sup>7</sup>Bourdieu considera un campo como “(...) un conjunto de relaciones objetivas entre posiciones históricamente definidas, mientras que el habitus toma la forma de un conjunto de relaciones históricas incorporadas a los agentes sociales (...)”. Tanto el habitus como el campo se comprenden entre ellos: “(...) un campo (...) es un espacio de juego que existe en cuanto tal, en la medida en que hay jugadores dispuestos a jugar el juego, que creen en las inversiones y recompensas, que están dotados de un conjunto de disposiciones que implican (...) la propensión y la capacidad de entrar en el juego y de luchar por las apuestas y compromisos que allí se juegan” (Gutiérrez, 2005, p. 23).

<sup>8</sup>El proceso de autosocioanálisis posibilita a los/as sujetos/as realizar un análisis reflexivo de sus posibilidades y limitaciones, libertades y necesidades que se encuentran en su sistema de disposiciones, con el objetivo de poder tomar distancia, observar y modificar sus percepciones y representaciones, y elaborar nuevas estrategias (Gutiérrez, 2005).



En relación a las prácticas desarrolladas en el HDSM, visualizamos como el trayecto recorrido y vivenciado en la institución como la intervención pre-profesional del trabajo social, posibilitó la elaboración de nuevas estrategias tanto familiares como individuales frente a un contexto social, económico y cultural en constante cambios, que permitieran la satisfacción de las necesidades.

De esta manera, nos paramos desde la mirada de Nogues (2006) quien afirma que las familias con un miembro/a que presenta una discapacidad no se definen como una familia especial que necesita de esa denominación para su inclusión, por el contrario, sostiene que las mismas deben ser tratadas de igual forma que otras familias sin miembro/a con discapacidad. Al respecto, sostenemos como afirma la autora que:

(...) Toda familia tiene el derecho de que en la agenda pública se integren programas para favorecer factores protectores, que la fortalezcan, lo que naturalmente incluye a las familias de las personas con discapacidad. Se trata de brindar las oportunidades para que cada cual tenga lo que necesita. (Nogues; 2006; p 130).

En el caso de las familias con un miembro/a discapacitado, es fundamental que tengan la información justa, clara, precisa durante todas las etapas que atraviesan. (...) Lo que se dice y como se dice, puede marcar la diferencia entre mirar a ese (...) más con alguna dificultad a superar, o simplemente mirarlo como “un discapacitado” con el sello de “no puede”, es “anormal”. (Nogues; 2006; p 133).

### **Padecimiento Subjetivo**

Los diferentes contextos y escenarios presentan realidades complejas y múltiples que van cambiando a lo largo de la historia, cambios marcados no sólo por cuestiones socioeconómicas sino también por las propias construcciones sociales de los/as sujetos/as.

Estos cambios atraviesan los distintos espacios donde circulan y viven los/as sujetos/as, donde los/as mismos/as se encuentran en una constante encrucijada a partir del cual surge la necesidad de una reconfiguración de sus subjetividades, en

la trasmisión de pautas, códigos, identidades y pertenencia. Todo esto provoca conflictos y crisis en los vínculos y los lazos sociales, es decir, en los espacios de socialización (educación, trabajo, grupo de amigos, barrio etc.). De esta manera, se establecen nuevas formas de relaciones sociales donde el mercado aparece como el disciplinador que impone el orden simbólico y real de la vida cotidiana. Así, empiezan a surgir nuevas manifestaciones de la cuestión social, las cuales, en palabra de Carballada (2008) se:

(...) caracterizan por una complejidad que comprende una serie de problemas sociales que contienen tanto las características objetivas como subjetivas de los problemas sociales. Es decir tanto desde una perspectiva normativa como desde su impacto en la sociedad. (p.1)

La desigualdad social se transforma en una nueva forma de control social que se ejerce desde el “cuidado de uno mismo”, es decir, a partir de la “disciplina del yo”, donde el fin radica en “adaptar los cuerpos a las expectativas y posibilidades sociales de la inserción y el mantenimiento de ésta a cualquier precio” (Carballada, 2008, p.1).

En este contexto, irrumpe un/a sujeto/a marcado por el padecimiento de no pertenencia a un todo social a partir de una sociedad fragmentada, donde “(...) la emergencia de derechos subjetivos, hace que los deberes para uno mismo se transformen en derechos individuales, atravesados por el narcisismo, el hedonismo, la búsqueda de placer, muchas veces, como una forma de detener el padecimiento” (Carballada; 2008, p.1).

De esta manera, el **padecimiento subjetivo** se expresa en un temor y terror por la tensión que se produce entre la inclusión-exclusión social, es decir, “al encuentro con un vacío donde el rechazo se expresa desde la mirada hasta el recorte de la libertad” (Carballada, 2008, p.1). El/la Sujeto/a se transforma en un ser individual, precario, temporal donde se deteriora la posibilidad de ser en la relación con los/as otros/as.

## **Débil Inserción e Inclusión en la Sociedad**

Definir el término *débil inserción* nos lleva a recuperar los aportes de Castel, cuando señala la existencia de cuatro zonas producto de un doble proceso: el de desenganche en relación al trabajo y en relación a la inserción relacional. Las zonas corresponden a la de integración, vulnerabilidad, desafiliación y asistencia.

Con respecto a nuestro campo problemático, la salud mental, podemos visualizar tres zonas que se relacionan directamente con nuestro objeto y nos permiten realizar un análisis de nuestro proceso de intervención: la zona de vulnerabilidad donde encontramos un trabajo precario y una fragilidad de los soportes relacionales; la zona de desafiliación que está marcada por una ausencia de trabajo y aislamiento relacional; y por último, tomamos la zona de asistencia dado que la misma representa el tratamiento de la indigencia inválida.

En relación a esta última, observamos que esta disposición impuesta determina un régimen especial y un tratamiento para el/la sujeto/a que presenta condiciones determinantes como las físicas -discapacidad/enfermedades-; la edad -niños/ancianos-; y una situación familiar crítica -viudas con numerosos hijos-. Estos/as deben aceptar y someterse al régimen como un último recurso para lograr la reinserción en la sociedad. De esta manera, el mismo tiene derecho a la asistencia y ayuda social, lo cual, le garantizan:

(...) una cobertura máxima contra la pobreza y las incertidumbres de la existencia social. (...) la amplitud de las protecciones determinaba que aquellos que quedaban fuera fueran calificados de marginales, al ser incapaces de adaptarse a las exigencias de una sociedad moderna en la cual los progresos de la protección social corrían parejos con los progresos del crecimiento. (Castel, 1991, pág.40)

## 2. ¿Desde dónde nos paramos para pensar el Padecimiento Subjetivo de Jóvenes y Adultos? Reconstrucción Socio-Histórica de la Intervención en Salud Mental

En el momento de pensar la relación entre el Estado-Sociedad-Salud Mental, consideramos que cada sociedad construye tanto los procesos de salud como de enfermedad, es decir, separa ambos términos, establece y dictamina tanto a sus enfermos como la sanación de los mismos; y esto depende del tipo de Estado en el que se inscribe este campo problemático: la salud mental. La sociedad define lo que es “normal” y lo que patológico o “anormal”, estableciendo las normas con el fin no sólo de poder encauzar al “anormal” sino que el mismo continúe siendo útil y eficaz al sistema social, económico y cultural.

Es en esta relación donde se desarrollan las intervenciones sociales del Estado a través de políticas sociales. Estela Grassi (2003) en su libro *Estado, Cuestión Social y Políticas Sociales* señala que el Estado aparece como:

(...) el ámbito de referencia privilegiado de la reproducción social, entendida ésta en el sentido amplio de la recreación del reconocimiento de las pautas básicas que orientan la vida social y de la consecuente continuidad elemental de las prácticas sociales, pero también en lo que atañe (...) a la reproducción de la vida y de la fuerza de trabajo (...). (p. 25)

En este sentido, las políticas sociales se constituyen en políticas del Estado produciendo un orden para poder consolidar un proyecto hegemónico<sup>9</sup>, con el fin de *normatizar* y *normalizar* la realidad. Asimismo, el Estado se transforma en un actor “(...) en la producción de los problemas sociales<sup>10</sup>, en la delimitación de su propia responsabilidad, en la definición de los sujetos merecedores de sus intervenciones y de las condiciones para dicho merecimiento” (Grassi, 2003; p. 25).

---

<sup>9</sup>Grassi (2003) afirma que el objetivo de este proyecto hegemónico consiste en consolidar y establecer un orden político-social que es transitorio, pero no indeterminado.

<sup>10</sup>Grassi (como se citó en Soldano y Andrenacci, 2006) considera que en última instancia, los problemas sociales expresan, “la tensión fundante o constitutiva de las sociedades capitalistas occidentales: igualdad-autonomía jurídico-política versus desigualdad-heteronomía socio-económica. Pero la forma en que estos problemas se presentan (se definen, se contextualizan, se conjeturan sus causas y se anticipan sus soluciones) refleja al mismo tiempo las condiciones de hegemonía imperantes en esa organización social en ese momento” (p. 31).

La salud mental se circunscribe dentro de un Estado que instaura, en un momento histórico, un determinado régimen político, económico, social y cultural; el cual, lo atraviesa, lo instituye y lo determina, estableciendo determinadas perspectivas teóricas (paradigmas, concepciones) como formas de abordar e intervenir en el campo problemático de la salud mental. Por eso, hay que tener en cuenta que la definición de lo que es “normal” y “anormal” varía de acuerdo a cada contexto y a cada momento histórico, y la misma se encuentra influenciada por las concepciones filosóficas, religiosas, morales, psicológicas y médicas de ese contexto determinado.

En la Edad Antigua aparecieron las primeras definiciones sobre la locura que se profundiza más adelante en el Mundo Clásico, Edad Media y Renacimiento, con rasgos particulares que varían y se diferencian de una época a otra, pero la idea del concepto estaba relacionada, teniendo en cuenta los aportes de Amarante (2007) y Amico (2005), a lo religioso, a cuestiones mágicas y a la peligrosidad. Como respuesta a esto se tendía a excluir a personas identificadas como “peligrosas”, comenzando así a aislar al enfermo/a, e intentando explicar los fenómenos producidos desde el estudio imparcial y el pensamiento racional, aunque en la realidad se trataba de un asunto privado de orden moral, religioso y de derecho.

En el siglo XIX, la locura pasa a ser objeto de estudio de la ciencia, el hospital comienza a cumplir funciones terapéuticas; y el Estado asume la función de garantizar la salud de los/as sujetos/as. El/la enfermo/a mental se convierte en un desposeído que perdió la facultad que define la humanidad del hombre: la libertad, reconocida jurídica y civilmente como un derecho (Declaración de los Derechos del Hombre y el Ciudadano, 1789). Para poder evitar la situación de alienación, el Código Penal establece la interdicción donde “el enfermo está sometido a la jurisprudencia de protección de los incapaces” (...)” (Foucault. 1991; p.92). Se produce una “*alienación de derecho*”, es decir, se transmiten los derechos que no puede ejercer el/la enfermo/a a otro/a sujeto/a designado legalmente. Con este nuevo paradigma, se transfieren los derechos de la libertad individual a los familiares, y así se termina privando al sujeto/a del ejercicio de sus derechos -derivados de su naturaleza- provocando, nuevamente, la enajenación: las familias de estos/as sujetos/a pueden tomar la decisión de internarlo, independiente de la

voluntad del enfermo/a, pero asumiendo la función de representar al mismo una vez diagnosticado.

El/la enfermo/a llega a nuestra sociedad actual con el status de excluido/a: si bien se restituye el sentido humano de la enfermedad mental, el padecimiento subjetivo aleja a los/as sujetos/as del mundo de los hombres y las mujeres, despojándolo de sus derechos y del ejercicio de sus derechos. (Foucault; 1991; p.90-93). La sociedad no se reconoce en la enfermedad, y el/la enfermo/a se siente como un extraño/a. Ante esto, las personas no pueden reconocer que la patología del padecimiento subjetivo se encuentra atravesada, refiriéndose a las estructuras sociales. En síntesis, la sociedad no logra visualizar que la condición real de las dimensiones psicológicas del enfermo/a se relaciona de manera directa con el medio humano, que determina su condición real de enfermo/a.

Entonces nos preguntamos **¿existe una relación entre las estructuras sociales y la situación de salud-enfermedad mental?**

Al momento de responder esta pregunta, tomamos a Foucault quien plantea que la sociedad no logra proyectar directamente su realidad, teniendo en cuenta tanto los conflictos como sus contradicciones dentro de sus instituciones pedagógicas; por el contrario, terminan justificando, excusando e idealizando la realidad a través de los mitos<sup>11</sup>. Y de esta manera, el/la enfermo/a termina encontrándose enajenado:

“(...) Y esta alienación señala que todas sus relaciones sociales, todas sus experiencias, todas sus condiciones de existencia; ya no pueden reconocerse en su propia voluntad puesto que se le supone una que él no conoce: no encuentra en los otros más que extranjeros, puesto que él mismo es para ellos un extranjero; su libertad se ha convertido en el nudo de las coacciones que sufre. Por lo tanto, la alienación es para el enfermo mucho más que un status jurídico: una experiencia real, que se inscribe necesariamente en el hecho patológico. (...) Las prácticas que cristalizan en torno a la noción de alienación quizás han desarrollado a su vez esas

---

<sup>11</sup>Foucault (1991) se refiere a los mitos en el sentido de que “(...) En estos fenómenos patológicos el enfermo se retrotrae a formas arcaicas de creencia, cuando el hombre primitivo no encontraba el criterio de la verdad en su solidaridad con los demás, cuando proyectaba sus deseos y sus temores en fantasmagorías que formaban con la realidad, el laberinto indisociable del sueño, de las apariciones y del mito (...)” (p.40).

formas sintomáticas en la que el sujeto denuncia la confiscación de su voluntad y de su pensamiento, la influencia ejercida sobre él, los sentimientos de extrañeza que alejan de él en un mundo frío y absurdo, las significaciones humanas. Desde el sentimiento de irrealidad hasta las reacciones de indiferencia, pasando por la “anulación” de los demás, hay toda una serie de fenómenos patológicos cuyo origen podrían ser denunciados en la situación de alienación en la que se encuentra todo enfermo mental. (Foucault; 1991; p.94).

Al respecto, podemos afirmar que determinadas patologías o enfermedades sólo son posibles en ciertas culturas, las cuales, se convierten en un reflejo de los conflictos que se presentan en el seno de la sociedad: “las fijaciones patológicas (...) sólo son posibles en cierta cultura; que se multiplican a medida que las formas sociales no permiten liquidar el pasado y asimilarlo al contenido actual de la experiencia” (Foucault; 1991; p.97).

La enfermedad encuentra su origen o esencia en las contradicciones que se generan en las relaciones sociales, donde “(...) ofrecen al hombre una experiencia de su medio humano acosado sin cesar por la contradicción (...)” (Foucault.; 1991; p.98). Y en este sentido, afirmamos como el proceso de alienación despoja las posibilidades de ser al enajenar su libertad, y consagrándolo a la locura. De esta manera, se construye el **Paradigma Médico Hegemónico Manicomializador** (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos - Ley Nacional N°22914) basado en cuestiones de poder y saber científico por parte de los/las profesionales de la salud, que debían hacerse cargo de la persona con padecimiento psíquico, quien era tomado como un sujeto/a pasivo/a que debía ser encerrado y curado. Se hablaba de “enfermo mental”.

En el siglo XX surge el movimiento llamado “antipsiquiatría” que rechaza la definición de salud mental como normalidad bio-psíquica, para ubicarla en un contexto económico e histórico social. Este movimiento critica a las instituciones totales, a la psiquiatría tradicional y el uso de los psicofármacos. Desde aquí, se empieza a plantear modelos de salud comunitarios con el fin de la “desinstitucionalización”. Este movimiento afirmaba que:

(...) las personas consideradas locas eran oprimidas y victimizadas, no solo en las instituciones psiquiátricas, donde deberían estar para recibir tratamiento, sino también en la familia y en la sociedad. Elaboraron la hipótesis de que el discurso de los locos denunciaba las tramas, conflictos, es decir, las contradicciones existentes en la familia y la sociedad. (Amarante; 2009; pp.53)

A partir de esto, comprendieron que la patología no solo ocurre cuando un cuerpo y mente enferma, sino también en las relaciones establecidas entre la persona y la sociedad.

En el marco de un siglo de confrontación entre paradigmas en torno a la salud mental y de fortalecimiento del enfoque de derechos humanos, nos encontramos en este momento en nuestro país con la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, la cual, en el artículo 3 define a la misma (salud mental) como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, 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 todas las personas” (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2010). A partir de esta ley, como equipo de trabajo decidimos abordar nuestra temática basándonos en el **Paradigma Histórico Crítico Desmanicomializador/Desintitucionalizador**, el cual, toma como eje a la persona como sujeto/a de derecho, capaz de entender su situación y buscar un tratamiento más integrado. Entendiéndolo como un “**padecimiento subjetivo**”.

Las décadas del neoliberalismo marcaron un quiebre de los lazos sociales que reemplazó la sociedad por el mercado: “(...) la sociedad no existe, solo están los individuos y el mercado (...)” (Carballeda; 2012; pág. 2). Esta fragmentación social también se produce al interior de las instituciones, lo que provoca, el dilema de no pertenecer a un todo, teniendo consecuencias en las subjetividades de los/as sujetos/as, que lo induce, por el temor que produce el no reconocerse con el/la otro/a, a la separación de la enfermedad del cuerpo. Stolkiner (1994) afirma que, si bien este modelo presentó una tendencia a la disminución de los establecimientos de salud mental, esto no significa que sostuviera propuestas críticas respecto al



manicomio. Por el contrario, “la base de su cuestionamiento es el alto costo y “baja eficacia” de sus establecimientos”:

(...) Si el manicomio cumplió la función de recordar a la sociedad que había un lugar de contención a la locura, la diversidad y la marginalidad; (...) puede decirse crudamente que los asentamientos humanos irregulares son los manicomios de la época. El lugar de los marginados, de los excluidos. Allí, y al desamparo de las calles serán devueltos los internos. (p.48-49).

En síntesis, como vimos a lo largo de la historia la definición de la enfermedad mental fue construida teniendo en cuenta los paradigmas, posicionamientos, teorías e ideologías establecidas en los distintos momentos históricos. Con esto lo que queremos expresar es que nos apoyamos en lo que plantea Foucault, quien asegura que en cada momento histórico son las estructuras sociales las que condicionan, definen, determinan y establecen las distintas concepciones como prácticas e instituciones creadas en torno al concepto de salud mental.

Como equipo, aspiramos a pararnos desde una mirada constructivista donde la reflexión nos permita construir una mirada crítica, no solo de los condicionantes de la intervención sino también de las representaciones sociales<sup>12</sup>, como de las construcciones discursivas en torno a la temática seleccionada:

(...) la reflexión también se orienta hacia los condicionantes de la Intervención, desde diferentes aspectos, pero esencialmente a partir de prácticas, representaciones sociales y construcciones discursivas que la

---

<sup>12</sup>Definimos la representación social como “conjuntos dinámicos, su característica es la producción de comportamientos y de relaciones con el medio, es una acción que modifica a ambos y no una reproducción de estos comportamientos o de estas relaciones, ni una reacción a un estímulo exterior dado” (Moscovici, S., 1979, p. 33) El universo cotidiano de los sujetos se encuentra atravesado e impregnado por las representaciones sociales a través de una palabra, un gesto o un encuentro. A su vez, la misma constituye una “*preparación para la acción*”, en el sentido que guía, remodela y reconstituye los modos en que debe establecerse el comportamiento y prácticas sociales; con el fin de integrarlo en la red de relaciones sociales. De esta manera, se constituyen sistemas de valores, conceptos, tipos de discurso, con lógicas y lenguajes particulares; destinadas a interpretar y construir lo real. “Las formas determinan el campo de las comunicaciones posibles, de los valores o de las ideas presentes en las visiones compartidas por los grupos y regulan, por consiguiente, las conductas deseables o admitidas. Por estos rasgos- su especificidad y su creatividad colectiva- las representaciones sociales difieren de las nociones sociológicas y psicológicas, con las cuales las comparamos, y de los fenómenos que les corresponden” (Moscovici, S., 1979, p. 33-34).

preceden (...) donde las prácticas requieren mirarse hacia dentro, dialogar con su propia historia, con los atravesamientos del contexto. Analizando críticamente los argumentos que la construyen, desde una perspectiva de deliberación (...) la deliberación en tanto reflexión hace responsable a la intervención y ratifica o no la propia autonomía de una práctica. (Carballeda, 2006; pág.7)

## 2.1 Salud Mental como cuestión de Derechos Humanos

La incorporación de los tratados internacionales de Derechos Humanos en el orden constitucional de la Argentina reafirmó y estableció la responsabilidad que debe asumir el Estado en el diseño y elaboración de las políticas sociales destinadas a la protección de los grupos vulnerables. Son las políticas sociales las que producen, organizan y moldean las condiciones como la reproducción de vida de los/as sujetos/as de una sociedad. En este sentido, Abramovich (2006) plantea:

(...) La relación entre los derechos humanos y las políticas públicas es una cuestión espinosa, no cuentan aún con elaboraciones suficientemente sólidas y coherentes, ni en el derecho internacional, ni en el derecho constitucional de los países latinoamericanos. Los derechos no dicen mucho acerca del contenido de las políticas, pero sí pueden decir algo sobre la orientación general de ellas y brindar un marco conceptual que guíe su formulación e implementación.” (p. 38)

Con respecto a la jurisprudencia consideramos pertinente realizar una revisión del marco normativo vigente destinado a las personas con discapacidad, que nos habilite y posibilite realizar un análisis crítico sobre la forma de proceder del Estado como de las instituciones-organizaciones, respecto a la garantía de los derechos humanos de las personas con padecimiento subjetivo. Por eso consideramos importante atender el marco normativo de nuestro campo problemático: salud mental; con el fin de construir una mirada de los/as individuos/as como sujetos/as de derecho.

Partimos con el **MARCO LEGAL INTERNACIONAL**, donde visualizamos que, en 1994 la Argentina incorpora a su Constitución Nacional la **Declaración Universal de los Derechos**

**Humanos** (establecida en 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas) a través del artículo 74, inciso 22, donde establece que los tratados y concordatos tienen jerarquía superior a las leyes. De esta manera, la salud se consideró un derecho colectivo, público y social, resaltando el derecho a la salud donde se reconoce que:

(...) Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación y el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” (párrafo 1, artículo 25). (Naciones Unidas, 1948, p.9)

Luego, nos encontramos con la **Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad** -incorporada al derecho interno mediante Ley N° 25.280 en el año 2000- que posibilita que el Estado Argentino adopte medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de otra índole, necesarias para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad.(Senado de la Nación, 2017, p.1)

En relación al sujeto-objeto con el que se interviene de manera pre-profesional, identificamos la **Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**, la cual, fue ratificada con su protocolo facultativo a través de la Ley N° 26.378 en el año 2008, y luego dotada de jerarquía constitucional en los términos de la Ley N° 27.044 en el año 2014. Su jerarquía constitucional tuvo consecuencias en la legislación de hasta el momento, dado que implicó una ruptura con el modelo rehabilitador que reinaba en ese tiempo en los distintos hospitales psiquiátricos, donde el objetivo radica en rehabilitar: “(...) sustentado en la idea de que la responsabilidad estatal debía encaminarse a “normalizar” a las personas con discapacidad. (...)” (Senado de la Nación, 2017, p. 1). En el artículo 1 se plantea que:

(...) el propósito de la misma es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condición de igualdad de todos los derechos humanos y libertades para todas las personas con discapacidad y promover el respeto de su dignidad. Las personas con discapacidad incluyen aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás. (Naciones Unidas, 2006, p. 4)

Y el artículo 12 establece que las personas con discapacidad gozan de derechos en todas partes “(...) al reconocimiento de su personalidad jurídica, en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida, y por capacidad jurídica debe entenderse “tanto la capacidad de goce o derecho, como también la capacidad de obrar o de ejercicio”. (Senado de la Nación, 2017, p. 2).

De esta manera, podemos afirmar que la Convención Internacional significó un avance por su carácter amplio e integral, cuya finalidad radica en “(...) promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales a las personas con discapacidad.” (Senado de la Nación, 2017, p.8)

En el **MARCO LEGAL NACIONAL** de la República Argentina, acorde a las convenciones internacionales, encontramos algunas leyes significativas en relación con nuestro objeto-sujeto de intervención pre-profesional: en primer lugar, nos encontramos con la **Ley Nacional de Salud Mental N°26.657** que, a pesar de los avances con respecto a los procesos de desmanicomialización, esta ley fue sancionada en el año 2010, teniendo un reconocimiento tardío en materia legislativa. En el artículo 3 considera a la salud mental como:

(...) un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, 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 todas las personas. (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2010, p.1)

En el artículo 7 reconoce el derecho que tiene toda persona de recibir atención sanitaria y social integral y humanizada de manera gratuita, igualitaria y equitativa, donde todos/as puedan acceder a las prestaciones e insumos necesarios, con la finalidad de asegurar la recuperación y preservación de la salud. (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2010, p.1) Asimismo, en relación a la modalidad de abordaje, la ley dispone que:

(...) Debe promoverse que la atención a la salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesional, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes”. (Artículo 8). (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2010, p.1).

El **Sistema de Protección Integral de los Discapacitados** vigente desde el año 1981, a través de la Ley N°22.431, tiene como objetivo el:

(...) asegurarles su atención médica, su educación y su seguridad social, así como a concederles las franquicias y estímulos que permitan en lo posible neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca y les den oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las personas “normales”. (Senado de la Nación, 2017, p.4)

En el año 2001 el artículo 3 de dicha ley establecía que la Agencia Nacional de Discapacidad podrá certificar “(...) en cada caso la existencia de la discapacidad, su naturaleza y su grado. (...) (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 1981, p.1), fue modificado estableciendo la Ley 25.504. Esta última en su artículo número 1 dictaminó:

El Ministerio de Salud de la Nación certifica en cada caso la existencia de la discapacidad, su naturaleza y su grado, así como las posibilidades de rehabilitación del afectado. Dicho ministerio indicará también, teniendo en cuenta la personalidad y los antecedentes del afectado, qué tipo de actividad laboral o profesional puede desempeñar. (...) El certificado que

se expida se denominará **Certificado Único de Discapacidad** y acreditará plenamente la discapacidad en todo el territorio nacional en todos los supuestos en que sea necesario invocarla (...). (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2001, p.1)

En 1997, se dictó la Ley N° 24.901, modificada en 26.480 en el año 2009, donde se decreta el **Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad**. Se instituye un sistema de prestaciones básicas de atención integral, en base a la Ley 23.660 de obras sociales, donde se contempla “(...) acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos.” (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 1997, p.1). Así se garantiza a estas personas el acceso a una obra social.

La Ley N° 13.478 creó en 1948, el **Sistema de Pensiones No Contributivas**, entendiéndose a las mismas como beneficios otorgados que no requieren de aportes o cotización, destinadas a aquellos/as sujetos/as que se encontraban en situación de vulnerabilidad, no amparadas por ningún régimen previsional, tener más de 70 años o hallarse imposibilitadas para estar insertas en el mercado laboral. Dentro de este régimen, encontramos tres grupos: pensiones asistenciales, pensiones por leyes especiales y pensiones graciables. En el caso de las personas con padecimiento subjetivo, las *pensiones asistenciales* son aquellas que amparan a los/as individuos con discapacidad que no cuentan con bienes, ingresos, recursos ni un sistema previsional, que garanticen y permitan su subsistencia, encontrándose en situación de vulnerabilidad social. De esta manera, el Estado se encuentra en la obligación de asistirlos. (Senado de la Nación, 2017, p. 5).

El **Decreto N° 3177/71** que reglamentó la Ley N° 13.478 determinó como requisitos para la obtención de la pensión por invalidez:

(...) la incapacidad total y permanente; no encontrarse amparado por ningún otro régimen previsional; no poseer bienes, ingresos ni recursos que permitan la subsistencia; y no tener parientes que estén legalmente obligados a la prestación de alimentos o que, teniéndolos, no se

encuentren en condición de proporcionarlos. (Senado de la Nación, 2017, p. 5).

En el **MARCO LEGAL PROVINCIAL**, en la Constitución Provincial de Córdoba, visualizamos que en su artículo 27 dictaminó que las personas discapacitadas:

(...) tienen derecho a obtener la protección integral del Estado que abarque la prevención, asistencia, rehabilitación, educación, capacitación, inserción en la vida social, y a la promoción de políticas tendientes a la toma de conciencia de la sociedad respecto de los deberes de solidaridad. (Ministerio de Desarrollo Social, s.f., p.5).

En la provincia, el cuerpo legal se adhirió a las leyes nacionales, entre las que podemos mencionar en adhesión a la Ley Nacional 22.431/81 se sancionó la **Ley Provincial 8501/95**. Además, la Ley Nacional 24.901/97 corresponde a la **Ley Provincial 8811/99**.

En el año 2010, se sancionó la **Ley N° 9848 de Protección de la Salud Mental**, la cual, en su artículo 1 instituye como objetivo:

El ejercicio del derecho de la población a la salud mental, asegurando su promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; el acceso de la población, sin ningún tipo de exclusión, a la atención en salud mental a través de servicios adecuados, integrados y conducidos por expertos en la problemática de la salud mental, y la atención en salud mental como parte integrante e integrada de los servicios generales de salud. (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2010, p.1)

Todos estos cambios ocurridos en la última década en la Argentina, revelan diferentes intentos en la construcción de otras formas de intervención social del Estado a través de las políticas sociales, en la vida social de las personas con padecimiento subjetivo, poniendo foco en el enfoque de derechos humanos. Estas cuestiones resultan necesarias para replantearse y desconstruir formas de intervención en lo social desde el trabajo social, diseñando nuevos horizontes que recuperen el protagonismo de los/as sujetos/as fuera del mercado.

La Convención Internacional impulsa un Modelo Social de la Discapacidad, considerando a estos/as sujetos/as como personas que padecen “(...) una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implica desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral (...)” (Senado de la Nación, 2017, p.4). No obstante, este modelo considera la discapacidad como una cuestión de derechos humanos, donde la regla ya no es la incapacidad sino la capacidad, a partir del cual, se incorporan “(...) “sistemas de apoyo” al ejercicio de la capacidad, en tanto herramientas para lograr la promoción y garantía de los derechos de las personas, tendiente a su autonomía y pleno reconocimiento de sus derechos.” (Senado de la Nación, 2017, p.4)

Afirmamos que, a partir de la incorporación de los derechos de las personas con discapacidad en la jurisprudencia de nuestro país, el Estado se vio en la obligación de adoptar medidas para responder a las demandas de estas minorías que reclamaban las garantías de sus derechos y su capacidad para ejercerlos, a través de una participación efectiva y activa en la sociedad. A partir de esto, dejaron de ser sujetos/as vulnerables que deben asistirlos, y pasaron a considerarse sujetos/as titulares de Derechos, con igual dignidad y valor que los demás.

Tanto la autonomía y la independencia aparecen como ideales a alcanzar, que se encuentran orientados no solo a la garantía de la libertad de las personas con padecimiento subjetivo en el momento de tomar sus propias decisiones; sino también de comprometer a los Estados a asumir medidas que garanticen:

(...) la recuperación física, cognitiva y psicológica, la rehabilitación y la reintegración social de las personas con discapacidad que sean víctimas de cualquier forma de explotación, violencia o abuso, incluso mediante la prestación de servicios de protección. Dicha recuperación e integración tendrán lugar en un entorno que sea favorable para la salud, el bienestar, la autoestima, la dignidad y la autonomía de la persona y que tenga en cuenta las necesidades específicas del género y la edad. (Senado de la Nación, 2017, p.2).



En este sentido, resaltamos la importancia del conocimiento de estas leyes para que los/as sujetos/as puedan exigir, y de esta manera, se les pueda garantizar el acceso a sus derechos y deberes como ciudadanos/as y como sujetos/as con padecimiento subjetivo. En el HDSM visualizamos que si bien los agentes sociales, que asisten al Programa Jornada Completa, tienen conocimiento de la existencia de la Ley de Salud Mental, los/as mismos/as reclaman la necesidad de un análisis de la misma para lograr una interpretación en profundidad, con el objetivo de ejercer sus derechos como pacientes-sujeto/as, pero también como ciudadanos.

En el tema que tratamos, si bien visualizamos que existe un avance en materia de derechos, en la práctica no se logra observarse acciones que reflejen lo establecido por las leyes y los nuevos paradigmas, por el contrario muchas veces se continúa reproduciendo formas de proceder desde una mirada asistencialista donde los profesionales como sus familiares “deben hacerse cargo de los enfermos mentales”, tomándolo/a como sujeto/a pasivo/a con un diagnóstico establecido que debe ser curado/a, integrado/a y adaptado/a a la sociedad. Por eso, consideramos necesario llamarnos a la reflexión y a la lucha para orientar hacia un proyecto de inclusión social, que tenga como eje la singularidad de cada sujeto/a, en la garantía de sus derechos. De esta manera, reconocemos la importancia de que “la política de salud, se construye desde una lógica de reconstrucción de certezas, de recuperación de derechos sociales. (...) lo social de la intervención se aproxima estrechamente a la problemática de integración, a la búsqueda y recomposición del **lazo social perdido**” (Carballeda; 2012; pág. 8).

## SEGUNDO EJE I

### Un Hospital de Día en Salud Mental en el contexto de los Derechos Humanos

*¿Sabes cuál es el problema de este mundo?*

*Todos quieren una solución mágica a los problemas,  
pero todos se rehúsan a creer en la magia.*

*Sombrero Loco – Alicia en el País de las Maravillas*

## SEGUNDO EJE | Un Hospital de Día en Salud Mental en el contexto de Derechos Humanos

### 1. Hospital de Día en Salud Mental: Un puente entre la Sociedad y la Inclusión Social

#### 1.1 Historia Institucional: Misión y Objetivos

La fundación de las instituciones de asistencia de salud mental en la Argentina se encontró atravesada por los distintos contextos sociales, económicos, políticos y culturales, que marcaron e influyeron “(...) los objetivos que proponían, la orientación acerca de lo que se consideraba terapéutico y la acción (...) de los profesionales” (Navarlaz, 2011, p.100). Buenos Aires se destaca por ser el principal escenario en la historia de la psiquiatría argentina, seguido por las ciudades de Córdoba, Rosario y Mendoza.

Parafraseando a Navarlaz, mencionamos que la construcción del primer Hospital Psiquiátrico en nuestro país data del año 1873, el cual, es producto de la iniciativa del Doctor Buenaventura Bosch, quien a partir de conocer el tratamiento humanitario de enfermos mentales implementado por Pinnel y Esquirol<sup>13</sup> en Europa, propuso con la ayuda del primer director del Hospicio de la Mercedes, Dr. Uriarte, implementar un “(...) tratamiento moral e instituyó el trabajo como recursos terapéutico, algunas de las actividades llevadas a cabo por los pacientes eran las de escobería, sastrería, zapatería (...)” (Navarlaz, 2011, p.101). A pesar de todos los cambios y mejoras, la asistencia a los/as sujetos/as continuaba siendo regular, dado el alto número de residentes, el poco espacio para alojarlos, la falta de recursos, entre otros. (Falcone, s.f, p.6).

A partir de la muerte de Uriarte, la dirección del Hospicio quedó en la dirección de Meléndez, con quien se inició un nuevo periodo marcado por una vocación humanista, que puso “(...) fin a la centralización del tratamiento de enfermedades”. (Falcone, s.f, p.8).

---

<sup>13</sup>Gracias a las propuestas de Philippe Pinel y su discípulo Esquirol, se produce la primera reacción humanitaria frente a los llamados dementes. “En 1792, (...) Pinel aterrorizado por la lamentable situación por la que atravesaban los alienados y al mismo tiempo, lleno de las ideas democráticas triunfantes en Francia, propone reformas en los procedimientos de asistencia de los alienados y el derecho a ser tratados como hombres enfermos. (Falcone, s.f, p.1-2).

Paralelamente a esta situación que se presentaba en Buenos Aires, en varias ciudades de la Argentina se inauguraban Asilos para Dementes, como el caso de Córdoba en 1890, institución que quedó a cargo de la Facultad de Medicina de Córdoba a partir de 1906, denominándose “Clínica Psiquiátrica”.

En 1892, en el Hospicio de las Mercedes asume la dirección el Dr. Cabred, quien, influyendo en los círculos del poder político y en la opinión pública, logró la sanción de la Ley 3548, en septiembre de 1897, que permitió:

(...) la creación de la primera colonia destinada únicamente a enfermos mentales para toda la República. Así se crea la Colonia Nacional de Alienados en Luján, con “sujeción a las reglas del nuevo sistema escocés de hospitalización y asistencia médica de los alienados en los asilos de puertas abiertas *Open Door*”. 1897. (Falcone, s.f, p.6).

Esta situación habilitó la creación de numerosos establecimientos psiquiátricos a lo largo de todo el país, los cuales, tenían como finalidad “(...) ampliar el número de plazas y liberar del hacinamiento y la sobrepoblación en que se encontraban los Hospicios de la Ciudad de Buenos Aires.” (Navarlez, 2011, p.101).

El comienzo del siglo XX trajo aparejada la creación de diferentes asilos-colonia, a lo largo del país, con sistema de puertas abiertas (“open doors”), los cuales, se transformaron en “institutos médico-pedagógicos”, situación que modificaba la forma de atención, ya que los/as sujetos/as no solo recibían atención de parte de los profesionales sino también educación. La asistencia médica se basaba en la concepción del trabajo, donde la ocupación se convertía en el tratamiento moral del enfermo permitiendo la recuperación del mismo. Al respecto, Cabred sostuvo “(...) la importancia de un tratamiento donde el enfermo desarrollara tareas variadas al aire libre, con la mayor cantidad de libertad compatible con su estado y con la posibilidad de realizar también un sinnúmero laboral de tareas complementarias que canalizaran habilidades laborales.” (Falcone, s.f, p.11-12).

Parafraseando a Navarlez (2011), en la década de 1920 se produjeron cambios, producto de la acción de la Liga Argentina de Higiene Mental, donde se destacaron la actuación de sus fundadores: Gonzalo Bosch y Lanfranco Ciampi. Entre los cambios, podemos mencionar la creación de instituciones diferenciadas para

aquellos/as sujetos/as considerados “curables e incurables”. La inauguración del Hospital Psiquiátrico de Rosario posibilitó, por un lado, brindar atención médica especializada, y, por otro lado, prevenir la aparición de disturbios psíquicos en la sociedad. De esta manera, con el propósito de la prevención, se instalaron consultorios externos de psiquiatría para brindar atención a aquellos/as que requerían tratamientos ambulatorios. Esto último abrió las puertas para el establecimiento de la asistencia psiquiátrica externa con consultorios para adultos y niños/as.

En este sentido, Falcone (s.f) señala que la Liga “(...) es el resultado de las aspiraciones centradas en la “modernización del tratamiento de los alienados” procurando equiparar los progresos obtenidos en el ámbito de la medicina general” (p.12). Así, el proyecto que aspiran, se inscribe en la idea de instalar los lineamientos de la “psiquiatría moderna”, de Alemania y Francia, respecto a la atención de la enfermedad mental con una práctica hospitalaria abierta; donde el objetivo más importante radica en la asistencia psiquiátrica, con un programa organizado científicamente, diferente al modelo asilar, cerrado o de internación.

En 1934, la Liga creó la Escuela de Visitadoras Sociales de Higiene Mental, donde las asistentes sociales tenían como tarea visitar los domicilios de aquellos/as sujetos/as que “revistieran menor gravedad”, con la finalidad de buscar antecedentes, realizar una evaluación del medio ambiente y por consiguiente, preparar a las familias para el proceso de readaptación del sujeto/a una vez obtenida el alta. Todo esto requería la necesidad de conocimiento científico, para diferenciarse del ejercicio de otros/as profesionales como enfermeros/as. Eran las encargadas de la elaboración de:

(...) fichas biotipológicas, fichas psíquicas y perfiles psicológicos y sociales para arribar a un diagnóstico y tratamiento social correspondiente. La visitadora o asistente inspeccionaría el domicilio del solicitante para recoger la información que haría posible el diagnóstico. La asistencia social comprendería actividades orientadas a combatir las causas de la miseria, la indigencia y el pauperismo y destinadas a prevenir la invalidez, la falta de recursos, de alimentos o de alojamiento. (Falcone, s.f, p.13).

Todos estos cambios tuvieron como objetivos superar el tratamiento asilar, cerrado donde el mismo tenía consecuencias negativas en los/as sujetos/as, producto de construcciones hospitalarias insuficientes, el hacinamiento que reinaba dentro de estas instituciones, entre otras deficiencias. A partir de ese momento, los servicios de las asistentes sociales y la apertura de consultorios externos, coinciden con el objetivo de establecer prácticas asistenciales abiertas que “(...) abren nuevas perspectivas en el trato con los pacientes y su radio se fue ampliando hasta cubrir un amplio campo de acción en el control y asistencia de la población con una importante proyección sociológica para la época.” (Falcone, s.f, p.13).

A partir de la década de los ´40, se inicia otro periodo con cambios importantes en materia de salud, donde aparece la figura del Estado como prestador, por un lado, y por otro, como planificador hegemónico de todos los servicios de salud. El Gobierno Nacional crea en 1943 la Dirección Nacional de Salud Pública, dependiente del Ministerio del Interior. Asimismo, en mayo del ´46 se inaugura la Secretaría de Salud Pública, con categoría de Secretaría de Estado, donde el Dr. Carrillo asume la función de Secretario, con rango de Ministro. Este doctor introduce importantes modificaciones en la salud pública abandonando, principalmente, la concepción de beneficencia y caridad, “(...) para convertir la asistencia médica en una obligación del Estado para con los ciudadanos.” (Falcone, s.f, p.14).

En materia de salud mental, en 1948, el Dr. Carrillo inaugura el Instituto de Psicopatología Aplicada, con el objetivo de atender a pacientes neuróticos, psicópatas y toxicómanos, que no necesitaban de internación y podían ser derivados a un tratamiento como la psicoterapia. “(...) El fin de ésta Institución era la atención comunitaria y la formación de profesionales especializados en el área de la salud mental.” (Navarraz, 2011, p.102).

Siguiendo con los aportes de Navarraz (2011) señalamos que, el 11 de octubre de 1957, se crea el Instituto Nacional de Salud Mental, dependiente del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. Entre sus finalidades podemos nombrar la prevención de enfermedades neuropsiquiátricas, la promoción a la investigación científica, la asistencia integral a los enfermos mentales, contribuyendo a su recuperación y rehabilitación social.

Al respecto, el Consejo Nacional de Salud Mental desarrollo un proyecto de reglamentación orgánico funcional del Instituto Nacional de Salud Mental, teniendo en cuenta las reglamentaciones más avanzadas a nivel mundial y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. En este sentido, visualizamos dos núcleos principales, los cuales, tenían por objetivo “(...) privilegiar las comunidades terapéuticas en los hospitales psiquiátricos y el Plan Goldemberg para la Capital Federal.” (Falcone, s.f, p.15). Este plan permite la creación de Servicios de Psicopatología en Hospitales Generales y centros periféricos de salud mental:

En un acuerdo con los informes del Comité de Expertos en Salud Mental (OMS) surge la nueva tendencia de la psiquiatría social, en oposición a los manicomios cerrados. Se proponen las técnicas interpretativas psicodramáticas (Moreno) y de apoyo, con la finalidad de estudiar la modalidad relacional y el clima social entre los internados; grupos de madres e hijos de esquizofrénicos dirigidos por médicos y observadores; la inclusión de la familia en el tratamiento del enfermo mental; grupos de internados dirigidos por médicos y observadores, la psicoterapia individual, el estudio del funcionamiento de la comunidad, estudio de roles, etc. (Falcone, s.f, p.15-16).

Esta situación tuvo como consecuencias que en la Argentina de 1963 se inauguraran diferentes Centros de Salud Mental y Servicios de Psicopatología en hospitales generales, creados como una alternativa a los asilos psiquiátricos: “Muchos de ellos incorporan en el área de atención en salud mental a psicoanalistas.” (Navarlaz, 2011, p.103).

Todos estos cambios implicaron una concepción diferente en torno a los conceptos de salud y enfermedad, donde la psiquiatría adquiriría un nuevo rol y se generaban modificaciones importantes que cambiaron el rumbo a nivel institucional: la creación de centros de salud mental independientes o la incorporación de este servicio a los hospitales generales, tenían como objetivo reducir la internación de los enfermos, favoreciendo y fortaleciendo su atención en consultorios externos, poniendo énfasis “(...) en la prevención como medio eficaz para evitar la aparición de patologías.” (Falcone, s.f, p.16).

Uno de los principales cambios fue el remplazo del término de “Higiene Mental” por “**Salud Mental**”, que implicó modificaciones en la forma de intervenir: ahora la enfermedad es abordada como fenómenos sociales y colectivos:

Paulatinamente comienza a imponerse un criterio **multidisciplinario** que recoge experiencias y perspectivas valiosas para trabajar en contra del encierro impuesto por la ya “cuestionada” psiquiatría manicomial. Se cambia la mentalidad combinando la medicina tradicional con una sociología. Toda vez que la demanda de salud es concebida como una necesidad de la población general y los equipos logran insertarse en la comunidad (centros de salud mental, consultorios periféricos, hospital de día) se pone en marcha una concepción diferente de la salud mental. La meta ya no será sólo asistencialista, sino que se propone como programas de salud. (...) Estas innovaciones coinciden con una formulación diferente de lo social en contraposición a la visión naturalista de un medio malsano generador de las enfermedades. La organización social pasa a ser estudiada desde los efectos propios de los individuos que la componen. Los nuevos conceptos que empiezan a circular son comunidad, grupo, institución, interacción, praxis. (Falcone, s.f, p.16).

Las nuevas condiciones que se gestaron a lo largo del siglo XX repercutieron en las instituciones, rompiendo con las viejas estructuras manicomiales e instalando otras formas de intervenir. Entre ellas podemos mencionar: en primer lugar, la investigación de las causas, tratando al enfermo en el mismo lugar donde se generó su trastorno, donde el objetivo radicaba en no desarraigarlo de su nuclear familiar, y solo internarlo en situación extrema. Por otra parte, se inició un periodo de formación profesional y de la instalación prácticas asistenciales abiertas, desplazando la asistencia psiquiátrica de los manicomios a los hospitales generales. Y por último, visualizamos la profundización de las prácticas de prevención a través del avance de la intervención multidisciplinar, donde los grupos asistenciales se encontraban conformados por médicos, psicólogos, antropólogos, sociólogos, enfermeros, asistentes sociales. En este sentido, el objetivo consistía en generar un ambiente propicio para tratar la enfermedad mental, no solo con el/la sujeto/a con padecimiento subjetivo, sino también con su familia y su entorno. Ahora se abordaba



“(…) la enfermedad mental como un sistema complejo y al hombre como una totalidad con variables sociales e individuales.” (Falcone, s.f, p.18).

En síntesis, los cambios fueron muchos y esta manera diferente de comprender y entender la salud como la enfermedad mental, repercutieron e influyeron en la conformación de instituciones como el Hospital de Día en Salud Mental, ubicada en la ciudad de Córdoba capital.

El HDSM es una Institución destinada a la atención de la salud mental de personas jóvenes adultos, adultos y adultos mayores con padecimiento psíquicos como la neurosis y la psicosis. La institución depende de la Secretaría de Salud Mental, del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, funciona desde mayo del 2003, en las instalaciones del Viejo Hospital San Roque ubicada en la calle Rosario de Santa Fe 374. La población que asiste son personas mayores de 18 años. Funciona de lunes a viernes en el horario de 8:00 a 18:00 horas.

Retomando a Lucia Garay (como se citó en Butelman, 2006), quien define a las instituciones como “(…) las formaciones sociales y culturales, donde las identidades son el resultado del proceso de interrelaciones.” (p. 129) es que consideramos que fue necesario indagar e iniciar una búsqueda que nos permitiera construir la historia del HDSM, y del contexto que la atraviesa, con el fin de comprender la intervención, como las estrategias y proyectos instalados en la misma.

Esta institución que “(…) comenzó a funcionar como un dispositivo de semi-internación a partir del año 1994, cuenta con una historia previa antes de ser trasladado al Viejo Hospital San Roque, donde funciona actualmente.” (Bernthal & Obaid; 2009; pág. 9).

Para poder realizar un recorrido histórico, se recuperaron las capacitaciones realizadas por la directora de la institución como también del equipo de profesionales de la misma, a las tesoreras de Trabajo Social y Psicología. También, la información brindada por la Licenciada en Trabajo Social quien formó parte del equipo interdisciplinario del HDSM. Y por último, de diferentes fuentes bibliográficas, como las tesis de estudiantes de Psicología.

A partir del año 1983, se produce un cambio con la introducción del trabajo interdisciplinario dentro de una institución médica, como el Hospital Provincial Neuropsiquiátrico de Córdoba, el cual, se centraba en la atención médica clínica. En palabras de los/as profesionales de la institución:

(...) Meterse con los psicólogos era algo nuevo. Y el tema era ¿qué hacían los psicólogos? Mirábamos al principio. Y con la creación del Consejo de Psicólogos se da un cambio. Y también entran los trabajadores sociales en la interdisciplina. Ahora existían cuatro profesiones: psicología, psiquiatría, trabajo social y medicina. Era la primera vez que ingresaba otras áreas dentro de la medicina. (Profesionales de la Institución, comunicación personal, 2018).

Con la interdisciplina, cada profesional realiza su aporte desde su campo al sujeto/a. No obstante, empiezan a observar el problema que generaba las constantes internaciones que llevaba a la alta reincidencia y la cronicidad de la patología, producto de la falta de un espacio de contención tanto familiar como social favorable, que provocaba un retorno al Neuropsiquiátrico, donde eran nuevamente internados/as, buscando el acompañamiento y la contención que necesitaban.

A partir de esto, surge la necesidad de conformar un espacio para “(...) alojar, contener y abordar la problemática de las personas con padecimiento psíquicos, siendo una posibilidad para el encuentro con la estabilización” (Hospital de Día en Salud Mental, s.f.). De esta manera, los/as profesionales de la institución junto con los/as profesionales de la aérea de terapia ocupacional, psicología, psiquiatría y trabajadores sociales comenzaron a movilizarse realizando diversas investigaciones sobre la temática, tomando ejemplos de hospitales ubicados en España, Italia y Buenos Aires (Argentina).

En 1993, frente a un contexto de “crisis en las obras sociales y seguridad social, el empobrecimiento de las familias, el aumento desmedido de nuevos pobres que requerían más respuesta por parte del Estado (...) un número creciente de pacientes judicializados, policías en los pabellones en tiempos de internación prolongados” (Arrieta; 2008; p. 88), se presentó un proyecto al Hospital Provincial

Neuropsiquiátrico de Córdoba, el cual, se centró en un abordaje clínico que apuntaba a implementar un plan de acción con una propuesta innovadora, donde el objetivo consistía en la instauración de la modalidad “*open doors*”, que brindaba la posibilidad a los/as sujetos/as del Hospital Neuropsiquiátrico de circular libremente dentro del sector de internación del mismo.

“*Open doors*” es un método que se instaló a partir de las reformas propuestas por el médico Philippe Pinel, quien solicitó abandonar el “(...) uso inhumano de las cadenas y los malos tratos (...)” utilizado con los/as sujetos en situación de alienación. Esto fue escuchado en todo el mundo, donde las reformas implicaron ponerle fin al “(...) humillación que significaba la secuestación carcelaria que contribuía a propiciar el furor y el descontrol.” (Falcone, s.f, p.3) Estos cambios implicaron que:

(...) Se derriban los muros interiores y exteriores y se suprimen las rejas dejando completamente libre el horizonte. Se dejan abiertas las puertas, durante el día, se suprime el encierro y se concede permiso a los enfermos para salir del asilo *bajo palabra* dada por ellos mismos de volver a él. (Falcone, s.f, p3).

En este escenario donde nos encontramos ante a una sociedad que históricamente discrimina, sanciona y excluye a la locura y a los locos, y frente a un contexto que exigía cambios, surgió la propuesta del Hospital de Día en Salud Mental, como una alternativa y dispositivo que permiten articular acciones de promoción, prevención, asistencia y de rehabilitación. La misma brinda asistencia ambulatoria a través de espacios de terapia grupal, promoviendo el encuentro y la interacción entre los/as sujetos/as y con sus familias. Para eso, se desarrollan distintos tipos de talleres temáticos y recreativos; como teatro, coro, dibujo y pintura, conversación grupal, comunicación-computación, asamblea multifamiliar, entre otros; que se transforman en una herramienta para poder trabajar las diferentes patologías. De esta manera, la finalidad que busca esta institución refiere a garantizar su inserción como inclusión en su entorno cotidiano como en la sociedad, transformando tanto las representaciones de los/as sujetos/as como de las familias

en torno a la enfermedad; promoviendo la salud mental, mejorando la calidad de vida<sup>14</sup> y salud de la población.

La idea de la implementación de este dispositivo consistía “en modificar el contexto micro así como la intención de ir instalando en el imaginario social<sup>15</sup> otras alternativas a la internación”. (Arrieta; 2008; p. 88).

Una vez dados de alta en el Neuropsiquiático, los/as sujetos/as son incorporados al HDSM a través de una entrevista de admisión, derivándolo a los distintos programas que cuentan, de acuerdo a la necesidad del mismo. El objetivo de la intervención radica en favorecer los lazos sociales, fomentar los vínculos familiares y sociales, recuperando las potencialidades, tanto individuales y colectivas de las personas:

(...) Permitiendo a partir de las propuestas de trabajo diario la producción de subjetividad para que pueda desde sus decisiones asumir los riesgos de la libertad. (...) La apuesta es movilizar y buscar una posibilidad hasta entonces inadvertida, así encontramos a David cuidador de autos, Fabio jardinero, Alejandra artesana, etc. (Arrieta; 2008.; p. 88).

## 1.2 Programas, Líneas de Acción y Actores Institucionales

El HDSM es una institución monovalente<sup>16</sup>, con una modalidad de trabajo ambulatoria<sup>17</sup>, la cual, se sitúa desde una perspectiva de Derechos Humanos apuntando a un enfoque integral de la salud, incluyendo a la familia en el abordaje del proceso de salud-enfermedad, con el objetivo de lograr la inclusión e inserción en la sociedad de forma autónoma e independiente. Los/as profesionales de la institución define a la misma como un dispositivo intermediario, entendiendo este concepto como “un puente o andamiaje entre la institución y la inclusión social”.

---

<sup>14</sup>Referimos a la calidad de vida como aquella donde los/as sujetos/as elaboren respuestas individuales a los efectos físicos, mentales y sociales del padecimiento subjetivo sobre la vida diaria

<sup>15</sup>El imaginario social es el conjunto de significaciones, en donde se produce la articulación de la sociedad, de su mundo y de sus necesidades: conjunto de esquemas organizadores que son condición de representabilidad de todo lo que una sociedad puede darse. Se encarga de designar las representaciones sociales encarnadas en sus instituciones.

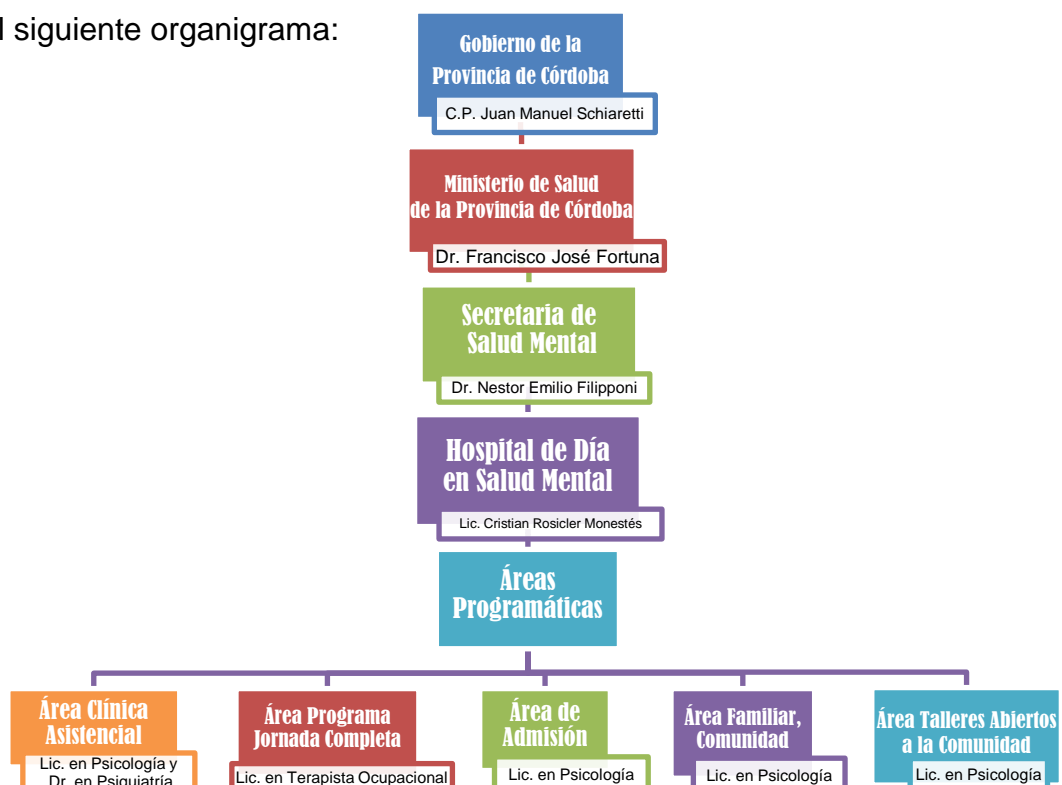
<sup>16</sup>Refiere a la atención de una especialidad, en este caso psicología y psiquiatría, dentro de una institución de salud.

<sup>17</sup>La atención ambulatoria refiere a la asistencia regular del sujeto/a al Hospital de Día en Salud Mental por razones del tratamiento, regresando a la vivienda particular, familiar o compartida (pensión, entre otros), sin necesidad de internación en la institución.

(Convenio Específico de Prácticas Académicas, 2018). Asimismo, este término es definido por el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba-Secretaría de Salud Mental como aquellas:

(...) instituciones Monovalentes para pacientes con problemáticas psicosociales de riesgo o con patologías severas o de gravedad intermedia, que no requieren de internación permanente y pueden ser contenidos mediante tratamientos ambulatorio más específicos o más intensivos que los que se brindan en los servicios de salud mental de hospitales generales. (...) (s.f., p.5)

El HDSM despliega su acción e intervención en el marco de las legislaciones actuales internacionales, nacionales y provinciales como la Declaración de los Derechos Humanos, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y, la Ley Provincial de Protección de la Salud Mental N° 9848. Es importante poder señalar este aspecto ya que la dimensión normativa permite dilucidar la legalidad y legitimidad que rigen en la institución, las cuales funcionan como un puente para establecer y garantizar los derechos, obligaciones y deberes de los/as profesionales que conforman el hospital, orientando el sentido y la definición de los proyectos y líneas de acción, que se desarrollan en el devenir de la institución. Visualizamos la dimensión organizativa a partir del siguiente organigrama:



La intervención está dirigida a sujetos/as que padecen patologías psiquiátricas, a saber, psicosis, neurosis y esquizofrenia, “(...) que requieren de un ámbito terapéutico de mayor contención, tratamiento asistencial y seguimiento oportuno”. (Hospital de Día en Salud Mental, s.f.).

El hospital comparte estructura edilicia con otras instituciones y áreas/servicios como el Banco de Sangre, Plan Nacer Córdoba, Centro Integral Infanto Juvenil, entre otros. No obstante, es una institución autónoma; y no comparte acciones ni intervenciones con las demás organizaciones que se encuentran en la misma estructura edilicia.

El mismo cuenta con cinco programas ambulatorios:

- Programa de Jornada Completa
- Programa Ambulatorio para el Tratamiento del Alcoholismo- hospital de tarde
- Consultorios externos: Grupos terapéuticos
- Talleres Recreativos y Temáticos, Abiertos a la comunidad
- Programa de Atención Familiar

Los programas ambulatorios desarrollados en el HDSM están dirigidos a la comunidad adulta en general, para sujetos/as que presentan patologías tales como psicosis y las neurosis, que necesitan de un espacio terapéutico de mayor contención, que un tratamiento ambulatorio convencional.

## 2. Nuestra llegada al Hospital de Día: Espacios de Conocimiento, Inserción, Reconocimiento e Intervención Pre-Profesional

Comenzamos insertándonos de manera pre-profesional en la institución en el 2018, participando en los programas institucionales, como el Programa Jornada Completa, Programa de Atención Familiar, asesoramiento a integrantes de Grupos Terapéuticos; a través de actividades como Entrevistas de Admisión, Entrevistas Individuales y Familiares, Asambleas Multifamiliares y en el Taller de Integración Comunitaria del Programa de Jornada Completa. Además, recurrimos a otras instituciones como el Equipo Técnico de Atención y Derivación de Ciudadanos en Tribunales I, a la Comisión Nacional de Pensiones, al Ministerio de Desarrollo Social (Edificio Pizzurno) y a un Estudio Jurídico para la consulta y gestión de recursos para los/as sujetos/as. También, para un acercamiento a la realidad de los/as actores y la institución, solicitamos la revisión de fuentes secundarias como las historias clínicas y tesis realizadas por estudiantes de psicología en años anteriores.

Para la realización de las prácticas fue necesaria la construcción de un **Plan de Trabajo** que dé cuenta de los objetivos como de las actividades a desplegar. Este plan fue elaborado con propuestas innovadoras. No obstante, el mismo fue modificado a partir de la intervención de los/as profesionales de la institución, atendiendo a la demanda que consideraban pertinente para que interviniéramos en la misma.

Si bien nuestro accionar está conformado por una dimensión ética; además entra en juego dimensiones tales como la política, la técnica y lo legal (Bank, S., 1997). En esta interacción, es de suma importancia para nuestra práctica profesional poder identificar, visibilizar y comprender la discrepancia existente entre cuestiones, problemas y dilemas éticos presentes en nuestro quehacer profesional como futuros trabajadores/as sociales. Como señala la autora, el modo que cada persona contempla determinada situación, desde su propia experiencia, modela la toma de decisiones morales y la manera en que se priorizan sus principios éticos. (Banks, S., 1997). En este sentido, y continuando con los aportes de la autora, las cuestiones éticas siempre impregnan la labor del profesional de trabajo social.

Esto último, logramos visualizarlo dentro de la intervención pre-profesional con la implementación del plan de trabajo como una cuestión ética, ya que consideramos

que el mismo responde solo al estado deseado de la institución en relación a la forma en que debía orientarse la intervención pre-profesional, poniendo en duda toda autonomía relativa del ejercicio pre-profesional. En este sentido, sostenemos que el primer modelo de plan presentado al hospital refleja una propuesta transformadora, donde el objetivo radica en devolverle la condición de protagonista al sujeto/a. Así, logramos transformar este malestar producto de la construcción de la imagen estereotipada del quehacer profesional del Trabajo Social, donde el mismo debe resignarse a someterse a lo que la institución considera en cuanto a su ejercicio profesional, en una protesta. Esta última “(...) moviliza el ejercicio de poder, la lucha y la creatividad” (Robles, 2015, p.3). A continuación, presentamos el primer plan de trabajo propuesto:

→→ En primer lugar, nos encontramos con el **objetivo general**, el cual, lo definimos a partir de la demanda del HDSM, donde planteamos la necesidad de contribuir al abordaje de los padecimientos subjetivos de los/as sujetos/as que asisten al Programa de Jornada Completa, visualizando la reproducción económica, social, cultural, habitacional, familiar y de salud como atravesamiento del proceso de salud-enfermedad.

→→ Luego, en un segundo momento, presentamos los **objetivos específicos**, donde el fin radicaba en generar un espacio de intercambio con los/as sujetos/as para comprender la inserción de los mismos en el hospital y cómo la intervención profesional favorece los lazos sociales garantizando la inclusión/inserción en la sociedad. Para lograr esto, se nos propuso la posibilidad de generar un espacio de entrevistas sociales, para posteriormente realizar fichas sociales. Finalmente, como último objetivo, propusimos trabajar de manera conjunta con los/as sujetos/as del programa en la elaboración de un documento analítico y reflexivo de las percepciones y concepciones de los/as mismos/as en torno a su situación de salud-enfermedad, con el fin de aportar dimensiones y lineamientos al campo profesional del trabajo social como a la institución del HDSM que enriquezcan la intervención con los/as sujetos/as. (Convenio Específico de Prácticas Académicas, 2018)

Para poder efectuar la intervención pre-profesional y en la búsqueda de una respuesta a esta cuestión ética en relación a la implementación del plan de trabajo, decidimos como equipo de estudiantes unir ambos planes de trabajo, promoviendo y



presentando actividades que fueran viables y aceptadas, sin restricciones, por parte de la institución. De esta manera, la intervención estuvo orientada en acompañar a los/as sujetos/as a través de procesos de cogestión con el objetivo de lograr la autogestión:

La cogestión (...) supone el diligenciamiento de recursos económicos, culturales o sociales que se realiza de manera conjunta entre el profesional y los agentes “portadores de necesidades (...) Implica acuerdos acerca de qué es necesario hacer, cómo hacerlo, quién y en qué momento; también incluye el diagnosticar y trazar una estrategia de acción.(...) Mientras que la autogestión (...) Se refiere a las acciones que por sí mismos realizan los individuos, familias, grupos y comunidades para procurar los recursos que necesitan. (...) Para el trabajador social, este procedimiento aparece como objetivo a lograr y sólo alcanzable a través de la cogestión. (...). (González, 2001, p.7-8).

El HDSM se constituye en un espacio muy importante para la socialización, entendida en términos de garantizar su inserción como inclusión en la sociedad, desconstruyendo las formas de ser y estar en relación con los/as otros/as, teniendo un impacto en la forma de vivir su vida cotidiana. En este sentido, y teniendo en cuenta el problema de intervención, en la dimensión de **la reproducción y las estrategias de los familiares y sujetos/as en torno al reconocimiento del padecimiento subjetivo, frente a una débil inserción e inclusión en la sociedad, en el marco de los Derechos Humanos**, la intervención estuvo direccionada en visibilizar cómo la situación económica, social, cultural, habitacional, familiar y de salud atraviesa y repercute en el proceso de salud-enfermedad del sujeto/a, en la construcción de su identidad, en la dinámica familiar y en la pertenencia a una trama relacional; como así también en los procesos de gestión para el acceso a los recursos.

En la intervención pre-profesional, utilizamos tácticas operativas y no técnicas o instrumentos, definiendo a las mismas, “(...) como conceptualización superadora de las llamadas técnicas, que permite articular la reflexión de las dimensiones objetivas y subjetivas de los procesos sociales y finalidades ético-políticas, lo que conduce a redimensionar elementos de los registros, visitas domiciliarias, entrevistas, entre otros”. (Perez, como se citó en Mallardi y Oliva, 2011, p.9). En este sentido, las

mismas no solo nos brindaron datos e insumos necesarios para la recolección de información de los/as sujetos/as del HDSM, sino que a raíz de esto visualizamos la importancia de poder desconstruir con el/la otro/a (sujetos/as como profesionales) a través del intercambio, donde el pensar la intervención profesional en instituciones nos llevó a desarrollar estrategias de intervención que “(...) superen la inmediaticidad, la superficialidad cotidiana y el espontaneismo (...)”, (Pérez, como se citó en Mallardi y Oliva, 2011, p.9) con el fin de lograr una intervención fundada.

Asimismo, observamos que no hay una única forma de desarrollar una observación participante; entrevistas individuales como familiares, en institución o en domicilio; o visitas a otras instituciones/organizaciones; sino que el desarrollo de estas tácticas depende del contexto social, económico, cultural y político en el que se encuentra inserta, como por las finalidades que se persiguen en el momento de intervenir junto con los/as sujetos/as para lograr la satisfacción de una necesidad que requiere inmediata solución.

En este sentido, el cuaderno el campo, el registro de actividad, los informes sociales y la guía de recursos la desarrollamos teniendo en cuenta la posición y posicionamiento<sup>18</sup> del equipo de trabajo, que posibilitaron superar una construcción cosificada y deshistoriazada de estas tácticas operativas, y a reconstruir los mismos visualizando y aprendiendo no sólo de las tensiones sociales sino también a partir de las propias demandas de los/as profesionales como de los/as sujetos/as con y para quien trabajamos, en el devenir del ejercicio pre-profesional del trabajo social. (Pérez, como se citó en Mallardi y Oliva, 2011)

### →→Estrategias de Intervención

En el campo de la intervención en salud, se puede visualizar como:

(...) El discurso científico, la especialidad y la organización institucional de las prácticas de la salud se circunscriben a partir de conceptos objetivos no de salud, sino de enfermedad. (...) La "enfermedad" es concebida como si estuviera dotada de existencia propia, externa y anterior a las alteraciones concretas del cuerpo de los enfermos. El cuerpo es

---

<sup>18</sup>Para no expandirnos, la posición y el posicionamiento donde nos paramos para desempeñar la intervención pre-profesional se encuentra desarrollado y explicado en el Eje 3 de la presente tesina.

desvinculado, de esta forma, de todo el conjunto de relaciones que constituyen los significados de la vida, no considerándose que en la práctica médica se entra en contacto con personas y no sólo con sus órganos y funciones. (Czeresnia, 1999; p. 2)

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, sostenemos que resulta necesario y a su vez enriquecedor la intervención profesional del trabajador social en el espacio de salud donde la misma se:

(...) Presenta como un instrumento de transformación no solo de las circunstancias donde concretamente actúa, sino también como un dispositivo de integración y facilitación del diálogo entre diferentes lógicas que surgen de distinta forma comprensiva explicativa, no sólo de los problemas sociales, sino de las Instituciones en sí mismas (...). (Carballeda, 2006; p. 4-5).

Es importante destacar el papel que cumple el profesional entre el/la sujeto/a portador de necesidades y el/la sujeto/a portador de los recursos, entendiendo que las necesidades no son sólo carencias, sino que también implican potencialidades, donde el objetivo de la intervención debe estar destinado en el lograr la autogestión, como se señaló anteriormente. Para poder ejercer este rol dentro de un equipo interdisciplinario es necesario que el/la profesional cuente con un conocimiento multidimensional de todos los recursos disponibles y cómo usarlos; y sobre la situación social, económica y cultural del sujeto/a.

Siendo el HDSM un dispositivo intermediario<sup>19</sup>, entendiendo a éste como un puente o andamiaje entre la institución y la inclusión social; que responde a la

---

<sup>19</sup>Término utilizado para definir la función de la institución por parte de los/as profesionales. También encontramos que la Dirección de Jurisdicción de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba define al Hospital de Día en Salud Mental como una **Institución Intermediaria** entendida como "(...) Instituciones Monovalentes para pacientes con problemáticas psicosociales de riesgo o con patologías severas o de gravedad intermedia, que no requieren de internación permanente y pueden ser contenidos mediante tratamientos ambulatorio más específicos o más intensivos que los que se brindan en los servicios de salud mental de hospitales generales. Pueden incluir programas o dispositivos, preventivos o asistenciales, de media jornada o jornada completa, con actividades terapéuticas, creativas, recreativas, de rehabilitación, laborales, culturales, etc., desarrolladas en contextos individuales, familiares, grupales o comunitarios." (Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, s.f., *Instituciones y Servicios que conforman la Red Prestacional de Salud Mental de la provincia de Córdoba*. Recuperado de [https://www.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2012/07/salud\\_saludmental.pdf](https://www.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2012/07/salud_saludmental.pdf))

demanda de sujetos/as con patologías psiquiátricas (Psicosis y Neurosis) que requieren de un ámbito terapéutico de mayor contención, tratamiento asistencial y seguimiento oportuno, con el fin de garantizar su inserción e inclusión en la sociedad, transformando tanto las representaciones de los/as sujetos/as como de las familias en torno a la enfermedad; la **estrategia de intervención** se encontró direccionada en registrar en la historia clínica la historia personal y familiar del sujeto/a. Todo esto con el objetivo de visibilizar cómo la situación económica, social, cultural, habitacional, familiar y de salud que atraviesa y repercute en el proceso de salud-enfermedad del sujeto/a, en la construcción de su identidad, en la dinámica familiar y en la pertenencia a una trama relacional. Para ello, se planificó e implementó como estrategia la realización de entrevistas sociales individuales y familiares que aporten al conocimiento de la historia familiar del mismo; y así incorporar estos registros en la historia clínica a través de una ficha social.

Para esto, se resalta la importancia y la necesidad de construir las “*narrativas de la enfermedad*”, (Carballeda, 2015) a partir de la escucha, la mirada y el registro con el objetivo de lograr una revisión y superación del modo de intervención en la institución. Se cree necesario reconocer las necesidades y las significaciones de los/as sujetos/as y familiares, rescatando sus propias voces y la construcción de sus discursos, que configuran sus prácticas y formas de ser y estar en relación con los otros; todo esto mediante un encuentro horizontal con los/as sujetos/as que forma parte del campo problemático.

## 2.1 Conocimiento, Reconocimiento e Intervención Pre-Profesional

Comenzamos la inserción en el HDSM conociendo la dinámica y modalidad de abordaje en la institución, formando parte de los diferentes espacios que ofrecieron desde la misma y, donde consideraban necesaria la intervención. En un principio, participamos como observadoras; luego, como observadoras participantes; y finalmente, interviniendo de manera pre-profesional. Asistíamos tres veces a la semana cada una, compartiendo solamente dos espacio de intervención.

Desde la intervención del trabajo social, las “*narrativas de la enfermedad*” se transforman en modalidad de acción que construye la escucha, la mirada y el registro:

(...) Desde allí se vinculan con las diferentes formas de intervención. (...) La idea de sujeto de intervención que se utiliza, el marco teórico que la sostiene, y la intervención típica que se produce como producto de la relación entre lo conceptual, la noción de sujeto y el contexto, da cuenta de una serie de posibilidades de análisis de la intervención en lo social y también a sus peripecias de orientación y dirección”. (Carballeda; 2012; p.6).

A partir de la experiencia, observamos como lo que manifiestan y exteriorizan los/as sujetos/as a través de sus voces y sus cuerpos revelan los procesos que cada uno de ellos/as realizan durante su trayecto en el hospital, como las propias construcciones y representaciones en torno a la enfermedad. También, a través de sus voces, comprendimos la dimensión subjetiva, entendida en sentimientos como representaciones, de lo que implica vivir con un padecimiento subjetivo.

A continuación, explicaremos en qué consiste cada espacio que formamos parte como los objetivos, la función o acuerdo de intervención, como las actividades desarrolladas y las propuestas sugeridas para seguir pensando, trabajando y mejorando la intervención en cada uno de los mismos:

### **1) Admisión: Un Lugar de Conocimiento de la Situación de Salud- Enfermedad de los/as Sujetos/as**

El espacio de admisión constituye la “puerta de entrada” al HDSM, es un dispositivo clínico, dentro del Hospital. Posibilita la escucha que permite indagar sobre el posible ingreso o su derivación. Se desarrolla de manera interdisciplinar a través de la intervención de psicólogos, psiquiatras y una terapeuta ocupacional. Esta entrevista no requiere de solicitud de turno, se atiende de acuerdo a orden de llegada.

A partir de la capacitación brindada por la institución, explicaron la existencia de tres objetivos de la admisión: en primer lugar, la anticipación de un posible diagnóstico clínico; que los guiará al segundo (objetivo), es decir, al establecimiento de estrategias orientados a la prevención, promoción y rehabilitación; el cual, los habilitará, al tercer objetivo, de brindar las posibilidades que ofrece el hospital al

sujeto/a, a saber, contención, orientación, asistencia y derivación. Todo esto teniendo en cuenta las necesidades y potencialidades de cada sujeto/a, evaluando el “uno por uno”. De esta manera, son derivados al Programa de Jornada Completa, a los Talleres Abiertos a la Comunidad o a otra institución/organización, atendiendo la demanda y las necesidades de cada uno/a.

En relación al Programa de Jornada Completa, se encuentran tres instancias dentro de la admisión, que no se dan de manera ordenada, para el posible ingreso al tratamiento. Estas responden a la demanda de asistencia, orientación y contención:

☉ En primer lugar, se visualiza la entrevista de admisión como el primer encuentro con el/la sujeto/a, donde se completa una ficha de admisión con datos formales y motivo de consulta. Esta última constaba de datos personales tales como nombre y apellido, edad, estado civil, domicilio, teléfono personal y de un familiar, obra social, nivel de instrucción, ocupación, medicación, tratamiento psicológico y psiquiátrico, cómo llegó a la institución, y motivo de la consulta. Si bien en la ficha no se encontraban otros datos como la composición familiar, amistades, adicciones, entre otros, en muchas ocasiones en la entrevista se presentaba la posibilidad de indagar en profundidad.

☉ Luego, se presenta el segundo momento donde se realizan entrevistas preliminares al tratamiento, de manera conjunta con los/as familiares y los/as sujetos/as demandantes. En esta instancia, el/la entrevistador/a resulta ser un profesional distinto al del primer momento, con el fin de tener una mirada integral del sujeto/a.

☉ Por último, los/as profesionales se reúnen para evaluar los posibles ingresos al Programa de Jornada Completa.

Finalizada estas tres etapas, el hospital le ofrece el ingreso tanto al sujeto/a como a la familia a los tratamientos grupales psicológicos y a las actividades, dentro del Programa; o caso contrario, su derivación a otra institución/organización.

Las entrevistas son realizadas por los/as Licenciados/as en Psicología, Psiquiatra y Terapeuta Ocupacional, las tesisistas participaron como observadoras no

participantes durante la inserción en la institución, y luego como observadoras participantes efectuando, en algunas situaciones, preguntas referida al área social como también en la escritura de la ficha. El espacio lo compartían con las tesis de psicología, turnándose en la escritura de la ficha de admisión.

La admisión permitió la escucha en primera persona de una necesidad de emergencia que requiere inmediata resolución. En este sentido, los/as sujetos/as construyen su discurso a partir de una construcción simbólica de la institución como del profesional que lo atiende, teniendo en cuenta a quién va dirigido el mismo y a las necesidades que desean satisfacer. A través de estas narrativas se visualizó el marco comprensivo de los/as sujetos/as, quienes, en primera persona, narran su propia explicación de lo que vivencian en su vida cotidiana.

#### → **Intervención Pre-Profesional del Trabajo Social y Propuestas en el espacio de Admisión:**

Iniciamos el primer encuentro con los/as sujetos/as en la entrevista de admisión, donde desarrollamos la intervención a través de una observación participante, y en la realización y escritura de la ficha.

El espacio de admisión nos permitió observar desde una racionalidad crítica, los fenómenos de la realidad social que se presentan en los/as sujetos/as con padecimiento subjetivo, permitiéndonos superar la naturalización, la deshistorización como la segmentación de las manifestaciones puntuales. Contribuyendo, así, al proceso de conocer la realidad social, "(...) ya que permite, a partir de las potencialidades que los diferentes sentidos pueden aportar, conocer aspectos constitutivos del objeto seleccionado de lo real que se desea conocer. El criterio de verdad está definido por la realidad, y no por el método que se utilice para conocerla." (Madrid como se citó en Mallardi y Oliva, 2011, p.39). En este marco, la observación en la admisión, ocasionó el conocimiento de las dificultades que se presentan en el momento de intervenir con los/as sujetos/as dado que, la ausencia de un profesional de trabajo social, dificulta un análisis crítico de la realidad social de los mismos atravesada por los condicionantes del contexto actual. No obstante, nos orientó para planificar y elaborar, como estudiantes, el objeto de intervención como los objetivos y estrategias, teniendo en cuenta las demandas de la institución como de los/as propios/as sujetos/as con padecimiento subjetivo y sus familiares.

El registro en el trabajo social se constituye en una táctica operativa, donde se ponen en juego la capacidad y forma parte del instrumental operativo<sup>20</sup> del profesional, adquirido durante su trayectoria histórica-social, reflejando el conocimiento de la realidad y de los procesos de intervención (Mallardi y Oliva, 2011):

(...) contribuyen a la elaboración de un conocimiento situacional de los hechos, fenómenos, situaciones, para intervenir crítica y efectivamente en los procesos. En este sentido este conocimiento situacional deber ser producto de una aprehensión de la procesualidad, positividad/negatividad, totalidad de los fenómenos, superador de lo fenoménico y lo aparente. (Pérez como se citó Mallardi y Oliva, 2011, p.90-91).

A través del mismo, se documenta y comunica de manera escrita o a través de otros recursos (imágenes, medios auditivos, visuales, etc.), todo el quehacer profesional. (Pérez como se citó Mallardi y Oliva, 2011, p.88).

Como futuros profesionales en trabajo social, sostenemos que para poder lograr una intervención integral es necesario construir una historia de vida del sujeto/a, problematizado no solo su situación de enfermedad mental sino también visibilizando su contexto social, económico, habitacional, cultural, familiar y de salud-enfermedad, entendiendo estos procesos como aspectos ligados a la construcción de significados, que repercuten y atraviesan la vida de los/as sujetos/as.

## **2) Asambleas Multifamiliares: Un Espacio de Encuentro y Aprendizaje-Enseñanza con y para los/as sujetos/as insertos/as en el Programa de Jornada Completa**

Esta actividad funciona como un dispositivo institucional, que tiene como objetivo la inclusión de los/as familiares de los/as sujetos/as al tratamiento. En este espacio, se plantean las dificultades y/o conflictos que se le presenta en la vida cotidiana dentro de cada familia. Todo esto con el fin de fortalecer los vínculos

---

<sup>20</sup>En el texto de Mallardi y Oliva, los autores explican el concepto de instrumental operativo recuperando los aportes de Vañia Reis quienes entienden que "(...) la instrumentalidad del trabajo social está dada por la forma en que la profesión se inserta en la división social y técnica del trabajo y cuya racionalidad se produce en las regularidades presentes en las acciones y representaciones de los trabajadores sociales". (Vañia Reis como se citó Mallardi y Oliva, 2011, p.88)



familiares y/o sociales de los/as sujetos/as para la inserción e inclusión en la sociedad, para transformar tanto las representaciones de los/as mismos/as como de las familias en torno a la enfermedad. Teniendo en cuenta que el trabajo con la familia es fundamental para favorecer, no sólo los vínculos, sino también el tratamiento.

En cada asamblea se trabajan distintas temáticas de acuerdo a las inquietudes y demandas de los/as sujetos/as y familiares; entre ellas podemos señalar: experiencia con la enfermedad; convivencia; responsabilidad; creencias, religión y espiritualidad; amor y sexualidad; habilidades; actividades en vacaciones, entre otras. Estas actividades se realizaron los días viernes, cada quince días. En el momento de realización de la práctica académica, las asambleas se encontraban coordinadas por un psicólogo, suplantándolo otro profesional en caso de que se le presente una situación particular al mismo. El objetivo se centraba en el intercambio de experiencias, interpretaciones, sentimientos, inquietudes, miedos, dudas, enojos, alegrías, etc., en relación a la temática planteada, entre los familiares, los/as sujetos/as y el profesional.

En estas actividades, la escucha y la mirada se transforma en la principal herramienta para intervenir. Los/as sujetos/as y/o los familiares que participan ya reconocen el padecimiento subjetivo, pero esto no significa que tomen conciencia de las necesidades que presentan cada uno/a de sus familiares. En este sentido, se observa que existe una construcción del proceso de salud-enfermedad, reconociendo los propios límites como las potencialidades. No obstante, algunos familiares presentan dificultades en el reconocimiento de las capacidades, remarcando los obstáculos que presentan los/as sujetos/as en la vida cotidiana.

→ **Intervención Pre-Profesional del Trabajo Social y Propuestas en el espacio de Asambleas Multifamiliares:**

Nos insertamos en este dispositivo como observadoras-participantes, y en el registro de dichas asambleas; en algunas ocasiones como cuando se trató la Ley de Salud Mental, la curatela y las pensiones no contributivas, el psicólogo solicitó la intervención con el objetivo de ampliar la información tanto a los/as sujetos/as como a los/as familiares.

En este espacio, la observación implicó un aporte fundamental para comprender la realidad de los/as sujetos/as como de sus familiares ante la presencia de una enfermedad mental. Comprendimos que el encuentro en la asamblea no nos permite conocer la realidad de estas personas en su totalidad, pero si aprendimos que interpretar la realidad “(...) demanda tener en cuenta las mediaciones y no abstraer los fenómenos de las relaciones que los engendran.” (Madrid como se citó en Mallardi y Oliva, 2011, p.33), porque si no sucederá que se producirá una naturalización de la realidad social, fraccionando en lo que se encuentra establecido a través de lo instituido y lo instituyente.<sup>21</sup> Por eso, es necesario incorporar en el análisis de la observación la construcción de los propios sujetos/as, para lograr conocer la realidad desde las propias subjetividades, vivencias, construcciones y desconstrucciones, para elaborar respuestas que lleven al cambio de la realidad que demanda ser atendida.

El registro escrito, expresado en este caso en cuaderno de campo y en la presentación de un registro de las asambleas a los/as profesionales del HDSM, refiere a un instrumento y fuente de conocimiento que manifiesta el conocimiento de la realidad como sus expresiones y los procesos de intervención, transformándose en una parte constitutiva del quehacer profesional. El trabajador social, con el registro, recupera la memoria del accionar profesional:

(...) se enumeran, describen, categorizan, relacionan e interpretan datos que posibilitan la reconstrucción del entramado de los hechos en los cuales se interviene. Se testimonia la historicidad del proceso, con posibilidad de efectuar cortes para el análisis comparativo y evaluativo de la práctica. (...) Lo que nos permite la práctica de registrar en forma escrita, como práctica metodológica de conocimiento de la realidad, es el movimiento de lo abstracto a lo concreto, buscando las múltiples

---

<sup>21</sup>Lidia Fernández (s.f.) considera que las instituciones son aquellos escenarios donde se reflejan las relaciones entre las fuerzas instituidos, es decir, lo establecido, lo normado, lo pautado, lo sancionado; y las fuerzas instituyentes donde los/as sujetos/as a través de sus comportamientos cuestionan lo establecido. En relación a esto, Kaminsky (1994) señala que en las instituciones todo habla si lo sabemos escuchar: lo hablado es lo que nos posibilita conocer o presuponer todo aquello referido a la institución. “Lo hablado” nos permite conocer lo instituido, pero también nos facilita la comprensión de la ruptura, las fracturas, las contradicciones, oposiciones con lo habitual, y de esta manera, lo podemos asociar con el par de lo instituido: lo instituyente.

determinaciones, articulaciones y mediaciones entre los fenómenos.  
(Pérez como se citó Mallardi y Oliva, 2011, p.93, 95).

Asimismo, se transforma en herramienta importante para el profesional de trabajo social, ya que se constituye en “(...) fuente de información, en organizador y ordenador de la misma, otorgando elementos para reelaborar tanto en la intervención como en la producción de conocimiento.” (Pérez como se citó Mallardi y Oliva, 2011, p.92).

Siguiendo con lo planteado por la autora, la misma señala que la escritura del registro debe lograr superar la mirada desde el afuera, para construir y desconstruir el relato oral, y tener una visión global del mismo, con el objetivo de encontrar explicaciones que problematicen las situaciones presentadas en el contexto de la intervención. Además, explica que es importante tomar una distancia con el mundo de los hechos para lograr una interpretación objetiva de la realidad.

En este sentido, a partir de las manifestaciones de los/as profesionales de la institución, visualizamos que la presentación del registro de asambleas se transformó en un insumo muy importante, dado que hasta el momento lo que se conocía sobre lo que sucedía en este espacio quedaba reflejado en la información compartida del profesional que intervenía en el mismo, que en caso de considerarlo necesario e importante lo registraba en la historia clínica de cada sujeto/a. La habilitación del registro posibilitó la construcción de otras miradas, con un relato y una visión más global sobre lo que acontecía en las asambleas, permitiendo problematizar situaciones que muchas veces se pasaban por alto sobre la memoria del accionar del profesional, abriendo el camino para elaborar posibles soluciones a muchas demandas, junto con los/as propios sujetos/as como con sus familiares.

Teniendo en cuenta los resultados positivos del registro de las estudiantes, proponemos para lograr un mayor seguimiento de los procesos que se desarrollan al interior de este espacio, continuar con la incorporación de otros profesionales como de estudiantes tanto de psicología como de trabajo social a los talleres de asambleas, con el fin de realizar el registro de las mismas que habiliten una intervención interdisciplinaria. Asimismo, sostenemos que un aporte fundamental a este espacio se refleja en la inclusión de otros profesionales del HDSM, dado que

permitiría la elaboración de otras actividades complementarias a las ya establecidas, que aporten a la inclusión e inserción de los/as sujetos/as a la sociedad de forma autónoma e independiente.

Consideramos que para lograr concretar el objetivo de la institución - **lazo social**- es necesario recuperar y retomar el desarrollo de actividades fuera de la institución junto con las familias, vecinos/as, amigos/as y comunidad con el objetivo de lograr afianzar las relaciones, como intercambios y formas de reciprocidad entre los/as sujetos/as.

### 3) Gestión de Recursos: Un Espacio de Acompañamiento a los/as Sujetos/as en Situación de Vulnerabilidad, en la Garantía de sus Derechos

La gestión de recursos se desarrolló a partir de la intervención del equipo de trabajo, con el fin de facilitarles el acceso de los mismos a los/as sujetos/as con padecimientos subjetivos. Si bien esta instancia surgió a partir de una demanda institucional, donde los/as profesionales solicitaron el acompañamiento a los/as mismos/as en la realización de los trámites para la obtención de los recursos; observamos que los sujetos/as como sus familiares manifestaron a la institución una falta de información en relación a cómo realizar estos trámites. Para poder gestionarlos, nos dirigimos en algunos casos con los/as sujetos/as y en otros momentos sin acompañamiento, a las diferentes instituciones-organizaciones.

En este momento, nos encontramos frente a un recorte en el acceso a los derechos ya reconocidos a través de legislaciones, imponiendo al sistema de salud una lógica de mercado, generando nuevas formas de desigualdad. De esta manera, la gestión permitió mirar las dificultades que presentan las políticas sociales en relación al acceso de recursos.

El objetivo de esta intervención estuvo direccionado en lograr que los/as sujetos/as pudieran realizar las gestiones por su propia cuenta, sin necesidad de estar acompañado por un profesional o familiar. En relación a esto, presentamos una vez finalizada la práctica pre-profesional, una guía de recursos donde los profesionales pueden consultar en caso de que los/as sujetos/as soliciten información.

Las demandas que dieron origen a este espacio de intervención, si bien muchas veces surgieron de forma espontánea, en su mayoría se solicitaron con tiempo, con el objetivo de concretar un encuentro entre el/la sujeto/a y la institución-organización, a saber, Ministerio de Desarrollo Social y Poder Judicial.

A partir de esto, surgieron diversas articulaciones inter-institucionales que abrieron los canales de comunicación entre actores de diferentes escenarios institucionales-organizacionales, permitiendo la posibilidad de concretar un proceso de intervención con recursos institucionalizados para la satisfacción de necesidades. En este sentido, interesa analizar los obstáculos que presenta el HDSM para acercarse a otros espacios, diferentes al área de salud, con el fin de obtener información para acompañar en los procesos de empoderamiento a los/as sujetos/as en la gestión de recursos para la reproducción de su vida cotidiana, teniendo en cuenta que el hospital entre sus objetivos busca la inserción como inclusión en la sociedad de forma autónoma de los/as sujetos/as.

La ausencia de un profesional de trabajo social dificulta el acceso a determinados escenarios institucionales, entendidas como:

(...) como aquellos cuerpos normativos jurídico-culturales compuestos de ideas, valores, creencias, leyes que determinan las formas de intercambio social. (...) es un nivel de la realidad social que define cuanto está establecido. 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 las organizaciones. (...) (Schvarstein, 1992, p.26).

Es fundamental el lugar que ocupa el/la trabajador/a social en el marco institucional, dado que a partir de su quehacer profesional analiza y devela los atravesamientos sociales de las diferentes situaciones que se le presentan a los/as sujetos/as del hospital, para luego dar paso a una interpretación de la experiencia y orientar las acciones y expectativas para lograr la satisfacción de las necesidades de manera eficaz.

→ **Intervención Pre-Profesional del Trabajo Social y Propuestas en el espacio de Gestión de Recursos:**

Como señalamos al principio, formamos parte desde un principio de este espacio, dado que el mismo, surgió como una demanda de la institución para que acompañamos y resolviéramos las dificultades y/o obstáculos que se le presentaban a los/as sujetos/as en la obtención de recursos. El objetivo del mismo se direccionó en lograr a través de la cogestión la autogestión, con el fin de lograr el empoderamiento de los/as mismos en relación a sus derechos.

Proponemos para un futuro la realización de un taller junto con los/as profesional del HDSM, con el objetivo de trabajar la guía de recursos presentada para poder dar una respuesta frente a la demanda de los/as sujetos/as, hasta la llegada de un profesional de trabajo social.

**4) Taller de Integración Comunitaria: Un Espacio de Acompañamiento en la Búsqueda de Actividades para el Egreso del Hospital**

Desde la institución el objetivo de este taller consiste en acompañar el egreso de las actividades del HDSM, facilitando herramientas para que los/as sujetos/as con padecimiento subjetivo puedan desenvolverse de forma autónoma en la sociedad. En este espacio, nos insertamos a partir de una demanda realizada por el equipo de trabajo a la institución, con el fin de conocer por un lado el trayecto recorrido en la institución; y por otro lado, cómo los/as sujetos/as abordan la posibilidad del egreso y por consiguiente la inserción en la sociedad, con asesoramiento profesional.

Acompañamos a la terapeuta ocupacional, encargada del mismo, realizando observaciones participantes. En el taller de integración comunitaria, conformado solamente por mujeres hasta el momento de desarrollo de la práctica académica, se le solicitaba buscar información sobre actividades, cursos, talleres, recreaciones, salida laboral, entre otros, con la finalidad de organizar el uso del tiempo una vez logrado el alta del hospital.

Este espacio posibilitó visualizar todo el proceso de tratamiento, mostrando las potencialidades como los obstáculos que se le presentan a las sujetas en su vida

cotidiana. También los objetivos y las actividades que cada una de las integrantes del taller desarrollan para lograr su inserción, inclusión y adaptación en la sociedad, teniendo en cuenta que las mismas se encuentran insertas en la institución desde hace cuatro años aproximadamente, aptas para el egreso.

El taller de integración comunitaria permitió comprender como “la narrativa da entidad sociocultural a la enfermedad, la nombra, es denominada desde un determinado lugar signado por la experiencia personal, la cultura y el contexto” (Carballeda, 2012, p.6), transformando la misma en una forma de acceso al mundo, a través de la acumulación de saberes, perspectivas diferentes y visiones acerca de uno mismo, construyendo así un sentido a la experiencia. De esta manera, la construcción de la narrativa de la enfermedad lo introduce a su propio contexto subjetivo entrelazándose con la cultura, y de esta manera lo integra al mundo de lo cotidiano, donde las sujetas despliegan diferentes estrategias de reproducción individual con el objetivo de lograr su inserción e inclusión en la sociedad.

→ **Intervención Pre-Profesional del Trabajo Social y Propuestas en el espacio de Taller de Integración Comunitaria:**

Nos insertamos en este espacio a partir de una solicitud a la institución por parte de nosotras, las estudiantes. El fin de este pedido, que fue expuesto al referente institucional, consistía en participar activamente en un taller, con el objetivo de generar un intercambio mutuo de conocimientos sobre la experiencia de vivir con una enfermedad mental, y así visualizar como la misma se expresa a través de las miradas, gestos, acciones, posturas y palabras. Dado que estamos en presencia no solo de un padecimiento subjetivo sino de sujetos/as con historias, de relaciones sociales que constituyen los significados de la vida, teniendo en cuenta que en el momento de intervenir se entra en contacto no sólo con las enfermedades mentales, sino también con las propias vivencias como representaciones sociales que influyen en la forma de vivir saludablemente con el mundo y los/as otros/as.

En este sentido, desde el hospital nos habilitaron el espacio del taller de integración comunitaria, con el fundamento de que como ya formábamos parte del espacio de ingreso a la institución, a saber, la admisión; consideraban que nos aportaría información y conocimiento a la intervención pre-profesional, incorporarnos

como observador participante en este taller que implica el egreso del sujeto/a del HDSM.

En el tema que tratamos en el taller de integración comunitaria sobre la inserción, adaptación e inclusión en la sociedad, las alternativas que evalúan las propias sujetas en función de las finalidades que persiguen y que le proponen desde el HDSM, están influidas por las propias construcciones como desconstrucciones respecto a sus potencialidades como dificultades, y las de los profesionales y familiares, quienes acompañan en este proceso de inserción nuevamente a la sociedad. Al respecto, en la recopilación que realizan Mallardi y Oliva (2011) encontramos un texto de Madrid quien cita Agnes Heller, la cual, desarrolla su visión sobre lo que entiende por vida cotidiana con la finalidad de poder acercarse a la propia subjetividad de las personas: “(...) los individuos desarrollan en su historia un conjunto de actividades a fin de garantizar su reproducción que constituye su vida cotidiana, y a su vez, posibilita la reproducción social.” (p.33).

En este marco, el padecimiento subjetivo reproduce en las sujetas un modo distinto de pensar su inserción y la forma de establecer su relación con los/as otros/as, como con sus semejantes para garantizar la reproducción social; aunque en su vida cotidiana como en la inserción en la división social del trabajo, las actividades que desarrollan sean parecidas (trabajar, alimentarse, vestirse, dormir, recrearse, entre otros). Consecuentemente, la autorreproducción, señala Héller, “(...) es, por consiguiente, un momento de la reproducción de la sociedad”. (Madrid como se citó en Mallardi y Oliva, 2011, p.34),

Existen diversas formas de registrar, en este caso registros y anotaciones de los encuentros en el cuaderno de campo, que reflejan la matices que asume la interpretación, explicación y recortes de la realidad de acuerdo a la posición y posicionamiento del profesional, que determina e influye, a su vez, en la forma y en lo que se decide registrar, resaltar, destacar u opacar respecto a los elementos de la realidad: “(...) La emisión de juicios e interpretaciones atraviesa la producción de registros y estos en sus múltiples modalidades expresan tanto una visión objetiva como subjetiva. (Pérez como se citó en Mallardi y Oliva, 2011, p.104).



Los registros escritos son producto de la propia dinámica que se presentan en la realidad y de un proceso de praxis social, por esto, no existen modelos únicos o recetas sobre el modo de proceder en su desarrollo: “(...) Recuperar su particularidad reside justamente en su singularidad, en su carácter irreplicable y único, como un instrumento propio de un espacio y tiempo determinado.” (Pérez como se citó en Mallardi y Oliva, 2011, p.107). En tal sentido, afirmamos que la razón dialéctica, permite en los registros, la reconstrucción del proceso superando la inmediatez del conocimiento:

(...) respondiendo de manera crítica consciente a las demandas que le son puestas, alcanzando la competencia técnica y política necesaria para el avance de la profesión en sus diversas dimensiones. (...) Por ser capaz de iluminar las finalidades profesionales, permite la elección de procedimientos tácticos y ético-políticos, dentro de las estrategias de intervención profesional más adecuadas al alcance de sus finalidades. (Pérez como se citó en Mallardi y Oliva, 2011, p.107).

Consideramos como aporte a este espacio la inclusión de otros profesionales, como así también la invitación a familiares y amigos/as de los/as sujetos/as con el fin de facilitarles aportes, sugerencias, apoyos y de acompañarlos en este proceso de egreso.

### **5) Entrevistas Sociales: Un Momento de Encuentro y Conocimiento del Contexto Social de los/as Sujetos/as con Padecimiento Subjetivo**

Este espacio nace, a partir de una demanda de la institución, donde solicitan la realización de entrevistas sociales en domicilios, con el objetivo de completar la historia clínica con la ficha social. Ante esta situación, se propuso al HDSM contribuir, desde la disciplina de trabajo social con las entrevistas, con el fin de visualizar el contexto social de los/as sujetos/as. Si bien el acuerdo se estableció en elaborar dichas entrevistas en el domicilio de los/as sujetos/as, la mayoría se desarrollaron en el HDSM debido a los tiempos académicos, institucionales y de los/as sujetos/as.

La construcción de la entrevista social fue producto de un proceso de intercambio entre las estudiantes de trabajo social, los profesionales del HDSM y el profesor de la cátedra de intervención pre-profesional. Estas entrevistas se realizaron en un primer momento en forma de cuestionario, recolectando datos personales del sujeto/a (a saber, nombre y apellido, edad, ocupación, estado civil, entre otros) información sobre la situación de salud-enfermedad (diagnóstico, médico tratante, medicación recetada, internaciones, certificado de discapacidad, entre otros), el recorrido en el HDSM (cómo se sentía con el tratamiento, logros y dificultades, con los/as profesionales, otros/as sujetos/as, etc.), actividades fuera del Hospital, composición y acompañamiento familiar del sujeto/a, situación habitacional, económica y laboral (economía familiar y del sujeto/a, pensión no contributiva, entre otros). No obstante, en diferentes oportunidades se desarrollaron entrevistas en profundidad, a partir de la apertura del sujeto/a en su relato, lo cual, nos brindó mayor información respecto al sentimiento como la experiencia de lo que significa vivir con un padecimiento subjetivo.

Una vez recolectada la información se diseñaron las fichas sociales, las cuales, estuvieron constituidas por varias dimensiones con el objetivo de facilitar la lectura e interpretación (poder comprender cada ámbito del sujeto/a).<sup>22</sup> Si bien desde la institución se solicitaron que las fichas sociales se presenten en forma de cuestionario, completando los ítems de cada espacio como se encuentra en el modelo de entrevista, decidimos elaborar diagnósticos sociales en forma de fichas sociales, implementado los conocimientos adquiridos a lo largo del trayecto de enseñanza-aprendizaje.

A partir de la narrativa, los/as sujetos/as manifestaron la experiencia de vivir con una enfermedad a través de su vivencia personal, dentro de una cultura y un contexto social particular.

En relación a las entrevistas sociales en domicilio, se visualizaron como las viviendas "(...) se comportan como textos a ser leídos y develados, hablan de las características de sus habitantes, de cómo construyen y confieren sentidos a su cotidianeidad. El lugar simbólico, que ocupa cada habitante de la vivienda se

---

<sup>22</sup>Tanto el modelo de la encuesta como de la ficha social se encuentran anexadas.

expresa en ese discurso que se muestra en un lenguaje propio y singular”. (Carballeda; 2012; pág. 11).

→ **Intervención Pre-Profesional del Trabajo Social y Propuestas en el espacio de Entrevistas Sociales:**

Cada entrevista duraba alrededor de 20 a 40 minutos. Si bien se presentaba como condición necesaria el acompañamiento de la referente institucional en la realización de las mismas, consideramos que esta situación dificultaba que los/as sujetos/as se expandieran y se expresaran sin restricciones en sus relatos, muchas veces por vergüenza y en otros casos, porque la profesional solicitaba que fueran breves en los mismos. En otras ocasiones, realizamos las entrevistas solas sin acompañamiento, lo que posibilitó la apertura en el intercambio de conocimientos tanto de los/as sujetos/as como de las estudiantes.

Las entrevistas sociales en domicilio fueron desarrolladas junto con la psicóloga quien, coincidía con ser la terapeuta del sujeto/a entrevistado/a. En una de ellas, pudimos ampliar la información recolectada, dado que habíamos realizado con anterioridad la misma al sujeto/a de manera individual en el HDSM. Llevamos a cabo solamente dos entrevistas en las viviendas de los/as mismos/as, en una de ellas se encontraban los familiares quienes nos facilitaron una información más completa sobre la situación económica, social, cultural, habitacional y de salud del sujeto/a como de la familia. En el otro caso, nos recibió el/la sujeto/a, quien vive solo en su hogar. Si bien en ambos casos nos brindaron la información solicitada en la entrevista, el hecho de realizarla en su domicilio nos permitió a conocer las características de su/s habitante/s, y la forma en que construye/n y confiere/n sentido a su cotidianeidad.

En la intervención profesional, el trabajador social necesita establecer un vínculo con los/as actores dentro del campo, con la finalidad de poder conocer esa porción de la realidad sobre la que se desarrolla su quehacer profesional. Tanto los procesos de observación como los de intervención, se componen no sólo de aquellos fenómenos de lo real que se detectan y asimilan, sino también de las propias significaciones como representaciones que los/as sujetos/as asignan a la reproducción de su vida cotidiana. En tal sentido, enmarcamos la importancia del

vínculo que se establece con las personas con las que intervenimos, dado que la misma nos permite conocerlos y establecer un *rapport*, es decir, una confianza que habilita que en el espacio de entrevista puedan expresar los significados particulares dentro de la heterogeneidad de representaciones que se les presenta en la vida cotidiana. (Mallardi y Oliva, 2011)

Podemos pensar la entrevista social, siguiendo los aportes de Mallardi, quien cita Bajtin, como un género discursivo:

(...) un tipo relativamente estable de enunciados, que reflejan las condiciones específicas de la praxis humana, en donde el contenido temático, el estilo y la composición están vinculados con la *totalidad* del enunciado y se determinan, de un modo semejante, por la especificidad de una esfera dada de la comunicación (...) (p.48-49).

En este sentido, el género discursivo nos permite comprender que la entrevista en la intervención del trabajador social adquiere determinadas particularidades propias de la relación que se establece entre el profesional y los/as sujetos/as, atravesada por el contexto histórico, social y cultural donde se inserta la práctica. Estas particularidades permiten crear y recrear la construcción de esta táctica operativa donde no existen recetas, sino que el establecimiento de las mismas depende de las predisposiciones de los profesionales y de las demandas de los/as propios/as sujetos/as que mediatiza en la elaboración de las mismas. (Mallardi y Oliva, 2011).

A la luz de lo expuesto hasta el momento, podemos entender la entrevista social como un momento dialógico entre el profesional y el/la sujeto/a, que presenta dos momentos que no son lineales sino dialécticos:

⊗ “(...) la reconstrucción de las manifestaciones de la cuestión social que se objetivan en la vida cotidiana de los sujetos.” (Mallardi y Oliva, 2011, p.49-50)

⊗ en segundo lugar y en relación con el primer momento, “(...) implica el ejercicio de una acción socioeducativa vinculada a la desnaturalización y a la problematización de la situación por parte del entrevistado.” (Mallardi y Oliva, 2011, p. 50).

Al respecto, Madrid (como se citó en Mallardi y Oliva, 2011) señala que “(...) conocer la realidad debe superar el desprecio hacia formas de conocimiento consideradas no científicas por la academia que descalifica la actividad interventiva del trabajador social. (...)” (p.39). En este sentido, la autora considera que en la práctica de intervención profesional, la actividad fundamental consiste en apoderarse de la teoría, para poder realizar un análisis explicativo y crítico de los procesos sociales, con el fin de elaborar un conocimiento situacional para intervenir efectivamente en las situaciones que demandan una posible solución.

Los registros aportan insumos no solo a los/las profesionales, sino también a las instituciones quienes, muchas veces, demandan a los/las trabajadores sociales determinadas modalidades en que se debe registrar. En este sentido, siguiendo a Pérez (como se citó en Mallardi y Olvida, 2011) podemos pensar la función que asume en el registro en la dinámica institucional, como una herramienta que ayuda a alcanzar los objetivos y a visualizar aquello que hasta el momento no se analizaba:

(...) Los informes recorren instancias de decisión y en este sentido se debe tomar los recaudos necesarios para expresar las evaluaciones que se realizan con la mayor objetividad posible, no desconociendo que esta evaluación tiene una direccionalidad, un posicionamiento, una base ideológica y seguramente determinará una acción sobre las personas involucradas. (...) Es necesario revelar la dimensión política del fenómeno de informar, al menos el que toma en nuestra profesión, superar el informe “inventario” y comenzar a revertir aquellos informes instituidos que impulsan una idea, una representación social de lo que un trabajador social deber ser. (p.104)

Tanto en el desarrollo de las fichas sociales como en el registro de las entrevistas sociales, decidimos tomar los aportes de la institución quien tenía establecido un modelo de entrevista que respondía a la modalidad de encuesta, y elaborar uno nuevo que incluiría aquellos aspectos que consideramos necesarios y que aportarían al análisis explicativo y crítico de la realidad social, económica, cultural, habitacional, familiar y de salud de los/as sujetos/as. Todo esto, con el objetivo de elaborar un conocimiento situacional de ese momento sobre su

trayectoria en el HDSM, como de su experiencia de vivir con una enfermedad, en base a las propias manifestaciones y expresiones de las subjetividades como construcciones y desconstrucciones de los/as mismos/as.

En las entrevistas sociales en domicilio, visualizamos que el encuentro tanto con el sujeto (dado que realizamos dos visitas, en las dos ocasiones correspondieron a sujetos de sexo masculino) como con los familiares implicó que su atención se encontrara más centrada en brindar todas las respuestas, solicitudes e inquietudes que les presentan los/as profesionales como las estudiantes. La visita posibilitó observar las condiciones de vida en que se encuentran el grupo familiar; que muchas veces dada la complejidad de la realidad, los/as sujetos/as con sus enunciados, se encuentran imposibilitados de describir detalladamente su reproducción cotidiana a través del discurso.

Actúan diferentes determinaciones en la modalidad de visitas a domicilio, una de las que observamos en los dos encuentros se visualizó:

(...) en el carácter del/los sujetos con los que se pretende dialogar/observar concurriendo a un hogar. *Hacer un domicilio*, como se suele expresar en el lenguaje profesional, es una táctica destinada a ir al encuentro de personas en su lugar de residencia. Pero ese encuentro está determinado por el tipo de relación enmarcada en la institución que lo origina. (Oliva y Pagliaro como se citó en Mallardi y Oliva, 2011, p.80-81)

En estos encuentros, es importante que los/as profesionales no entorpezca la dinámica cotidiana del grupo familiar, ya que la visita implica un momento de interacción de la institución con la vida privada de las personas. Por eso, es necesario ir con objetivos claros establecidos a priori. (Oliva y Pagliaro como se citó en Mallardi y Oliva, 2011, p.80).

En futuro, pensamos que realizar las entrevistas sociales en domicilio resulta enriquecedor, dado que habilita al conocimiento de manera profunda sobre la situación que atraviesa tanto el/a sujeto/a cómo los/as familiares. Sostenemos que es necesaria la intervención de un profesional de trabajo social, ya que posibilita un conocimiento desde una perspectiva integral que va desde lo psicológico, como lo

comunal, estatal y social. Asimismo, sugerimos la realización de entrevistas nuevamente para actualizar y corroborar la información brindada anteriormente; y de esta manera, brindar un acompañamiento más cercano y no solo anclado desde el Hospital de Día en Salud Mental.

# TERCER EJE I

## Tendiendo Puentes entre el Trabajo Social, la Salud Mental y los Derechos Humanos

*El único modo de lograr lo imposible  
es convenciéndose de que si es posible.  
Alicia en el País de las Maravillas*



## TERCER EJE | Tendiendo puentes entre el Trabajo Social, la Salud Mental y los Derechos Humanos

### 1. La Construcción Social Estigmatizante del Padecimiento Subjetivo

A lo largo de todo este proceso de intervención pre-profesional, nos surgieron interrogantes sobre la forma que conocemos, interpretamos, analizamos y nos dirigimos a el/la otro/a en el momento de realizar la práctica. Interrogantes que nos llevaron a cuestionarnos formas de percibir y de posicionarnos frente a ese otro/a que al principio nos resultó ajeno, dado que no lo conocíamos, y a los prejuicios que teníamos ante lo diferente a nosotras. Luego durante todo el trayecto aprendimos que esas construcciones sociales que nos atravesaron y formaron parte de nuestras representaciones, se transformaron en formas de exclusión, que nos separan, nos dividen, imposibilitando poder relacionarnos y construir con ese otro/a, otras formas de vincularnos para poder vivir saludablemente y en paz, transformando esta realidad, donde se respeten y acepten las diferencias, ya que cada uno/a de nosotros/as somos seres únicos/as e irrepetibles.

Todos estos cuestionamientos mencionados anteriormente nos interpelaron no sólo cuestionándonos, sino también preocupándonos sobre la forma en que entendemos la discapacidad: **¿Qué es la discapacidad? ¿Por qué existen las discapacidades? ¿Desde qué lugar se construyeron estos términos?**

A partir del análisis de la práctica académica en el escenario de la salud mental, afrontamos la tarea de realizar un análisis que nos permitiera elaborar un pensamiento crítico-reflexivo en torno al campo de la discapacidad. De esta manera, entendemos al padecimiento subjetivo y su representación social como una discapacidad que obstaculiza el derecho pleno de los/as sujetos/as. Al respecto, Rosato et al. (2009), visualizan a la discapacidad como un problema que afecta individuos, en sus condiciones de salud individual y en la deficiencia que padecen sus cuerpos, cuya condición los aparta de la concepción de “normalidad”. En el caso de los/as sujetos/as con padecimiento subjetivo, las patologías que hacen al diagnóstico médico hegemónico, se les presenta como condición única y representación social identificable, que desde una perspectiva funcionalista, la describe como una condición de “tragedia personal o de desviación social”. Esto,

según la autora, "(...) se funda en la existencia de un déficit que enluta la vida del sujeto y su familia (...)" (Rosato et al, 2009, p.90).

En relación a lo dicho anteriormente, Almeida (2010) señala que "(...) la discapacidad se define a partir de la carencia, de la falta, enfatizando los déficits, los límites, aquello que les falta a las personas, falta como expresión de una ruptura con el ideal de completud de lo humano. Esa completud sería entonces lo que permite a los sujetos funcionar dentro de los parámetros de la normalidad (...)." (p.34) En este sentido, el/la sujeto/a con padecimiento subjetivo puede ser considerado como enfermo/a atípico (por la cronicidad de la deficiencia), lo que genera la búsqueda de centros de salud como espacios de encuentro con los/as otros/as, y de atención profesional para mantener una condición de bienestar tanto psicológico, como social. Entendemos que los/as mismos/as, englobados en el concepto de discapacidad, son eximidos de responsabilidades y derechos, con una expectativa mínima de vida social relacional. La discapacidad, como desviación social, implica asignar una identidad, una representación y una condición social devaluada, de la mano con la estigmatización que afecta la estructura psíquica del sujeto/a y su familia.

A partir de esto, consideramos también como importante el aporte del sociólogo canadiense Erving Goffman (1963) quien refiere al "(...) estigma como el proceso en el cual la reacción de los demás estropea la "identidad normal" (p.95). Al respecto, visualizamos como este concepto repercute e influye en los/as sujetos/as con padecimientos subjetivo dado que al no entrar dentro de los parámetros consideramos como lo "normal", se necesita y se los empieza a mirar y/o denominar según la enfermedad que padecen sin importar su condición de persona, perdiendo todas sus capacidades y potencialidades. En este sentido, nos preguntamos qué es lo normal. Para esto, utilizamos los aportes de Almeida (2010) quien plantea que el/la individuo/a ubicado dentro de los parámetros de lo nombrado como "normal" se lo definió como "(...) aquel que es sano, inteligente, completo, capaz de desenvolverse autónomamente. Por lo tanto, es aquel que es bueno, lo más común es decir que es libre para integrarse". (p.15). Al respecto, explica que la idea de normalidad parte de una construcción histórica y social donde no solo se comenzó a (...) clasificar lo normal distinguiéndose de lo anormal, sino que se estructuraron

prácticas y saberes- disciplinas, instituciones, profesiones- encargados de normalizar al extenso grupo de sujetos que no cumplen las características deseables. (Almeida, 2010, p.5). De esta manera, sostenemos que estas formas de construir las relaciones, estandarizando formas de integración y de reproducción de la vida cotidiana, lejos de habilitar formas de diálogo y de vínculos cosifican identidades particulares en formas culturales estereotipadas, que terminan reproduciendo formas de exclusión entre los/as sujetos/as de un colectivo social.

Goffman (1963) reconoce tres formas de estigma: la imposición de una enfermedad mental (o la experiencia del diagnóstico psiquiátrico); una forma de deformidad o una diferenciación no deseada; y, la asociación a una determinada raza, creencia o religión (o ausencia de esta). La forma de comprender, nombrar y clasificar la discapacidad se asocia con la idea de diversidad, asociado este último concepto a la idea de que “ser distintos” posibilita el reconocimiento de minorías, que en la realidad social lo que sucede es que están siendo “(...) relegados de su ser, en su participación ciudadana (...)” (Almeida, 2010, p.3).

Las enfermedades mentales son parte de los procesos de estigma que se desarrollan y/o presentan en distintos contextos a través de la construcción de un discurso políticamente correcto, donde se festeja como un logro de la actualidad el resarcimiento hacia las “personas consideramos como diferentes”, a través de una política de inserción e inclusión a la sociedad. No obstante, en la realidad esas políticas continúan reproduciendo formas de exclusión, porque la inclusión se refleja en la aceptación de esta diferencia frente a lo instituido como “normal”, generando nuevas formas de discriminación.

De esta manera, compartimos lo analizado por Goffman (1963) quien plantea que el estigma social es una desaprobación social severa de características o creencias de carácter personales que son percibidas como contrarias. Los/as sujetos/as con padecimiento subjetivo expresaban que no solo el entorno social, sino que ellos/as mismos/as terminaban aceptando y autodenominándose como la sociedad los definían, es decir, locos/as, débiles mentales, e incluso ineptos/as. La estigmatización influye en la vida cotidiana de los/as sujetos con padecimiento subjetivo ya que se los considera como personas no aptas para realizar determinadas actividades, ya sea recreativa, en el ámbito cotidiano o en el laboral

debido a su diagnóstico médico-psicológico-psiquiátrico. Se los considera como personas peligrosas, sin darle la oportunidad de inserción e inclusión en una sociedad que debería construirse aceptando las diferencias sin discriminación.

Sostenemos que el considerar al otro/a como un discapacitado dificulta el acceso a bienes y/o servicios, presentando obstáculos para la obtención de satisfactores que garanticen la satisfacción de las necesidades, afectando la reproducción cultural, económica, habitacional, familiar y de salud de los/as sujetos/as. Todo esto tiene consecuencias en los/as mismos/as, en sus representaciones, en sus construcciones que provoca que no se sientan capaces para afrontar su realidad cotidiana, lo que lleva a que se encierren, se aislen, lo que origina una baja autoestima, y que se terminen excluyendo de la sociedad.

Consideramos de suma importancia el aporte de Romero (2009) quien expone que "(...) El surgimiento del estigma es un fenómeno social" (p. 290). Ya que es la misma sociedad la que produce la discriminación hacia los/as sujetos/as con padecimiento subjetivo, convirtiendo esto último como un rasgo característico de su personalidad, ocultando, minimizando o incluso olvidando el resto de sus atributos. Asimismo, la estigmatización es un proceso que varía de acuerdo a cada cultura y a cada momento histórico de la sociedad:

(...) Todo ello sustenta un contexto donde las personas con enfermedad mental sienten ansiedad e inseguridad ante los contactos con personas que no tienen problemas de salud mental y que no les «comprenden», así como temor a la falta de respeto que con frecuencia se produce. Esto les predispone a mantener relaciones sociales en espacios «protegidos» ocasionando un cierto aislamiento social. (Romero, 2009, p.294).

Muchos/as de los/as sujetos/as del HDSM reclaman la necesidad de que se los reconozcan como personas que poseen un padecimiento subjetivo que nos los determina, por lo contrario les brinda capacidades que les permiten desarrollar actividades igual que el resto, solicitando la posibilidad de lograr junto con los/as otros/as (amigos, familiares, profesionales) una autonomía y responsabilidad para desenvolverse en un trabajo y en su vida cotidiana, con el fin de independizarse, dado que muchos de ellos/as manifiestan que antes de sufrir el padecimiento eran

sujetos/as que estudiaban una carrera universitaria e incluso se desempeñaban en un trabajo formal. La finalidad radica en poder tomar decisiones de forma independiente y que la sociedad logre respetarlos y aceptarlos.

Por todo lo mencionado anteriormente es que consideramos importante recuperar el aporte de Ferreira (2010) quien expone que:

(...) el modelo social de la discapacidad pone sobre la mesa un hecho crucial: las personas con discapacidad son objeto de unas dinámicas que las condenan a la exclusión; no pueden ejercer su capacidad de decisión cotidiana respecto a sus vidas, no pueden ejercer sus derechos ciudadanos, no pueden participar en igualdad de condiciones en las principales esferas de la vida colectiva, son recluidas, son medicalizadas, son expropiadas de su experiencia vital y están condenados a los dictámenes expertos de la ciencia médica más allá de sus sentimientos, expectativas y esperanzas personales. (P.16-17).

A la luz de lo expuesto hasta el momento, sostenemos que en la sociedad se construye una “falsa convivencia”, donde se acepta la diversidad constituida como parte de la sociedad. Hablamos de una falsa convivencia o consenso social ya que en la realidad lo único que sucede es que se contiene a la diversidad, a la diferencia a través de políticas sociales, con el fin de integrar a las personas con padecimiento subjetivo a la “sociedad normal”, y el propósito de evitar los disturbios, conflictos y antagonismos entre los miembros de una colectividad social:

(...) Muchas veces la fórmula del “respeto” tiene una lógica unidireccional *yo te respeto, esta institución respeta* y está asociada más a una retórica que una transformación de imágenes y de prácticas que verdaderamente alojen al otro en tanto singularidad. Conocemos por otro lado, múltiples situaciones donde esta idea del respeto a secas y no como relación mutua se asocia a “integración” y se instala como contexto en donde se producen los conflictos permanentes entre mayoría y minorías. (Almeida, 2010, p.4)

Así, nos olvidamos que todos/as formamos parte de una sociedad donde cada uno de nosotros/as presentamos capacidades, discapacidades, dificultades y

potencialidades que nos posibilitan y nos brindan herramientas para poder desarrollarnos y transformarnos como sujetos/as, y de poder relacionarnos juntos con otros/as a través de vínculos sanos donde no se deslegitiman las diferencias, sino que acepten construyendo y desconstruyendo formas de mirar, sentir y pensar.

## 2. Análisis de la Intervención Pre-Profesional: Posición y Posicionamiento

En el campo de la salud, entendemos que históricamente se construyó una intervención que desarticula el problema de salud de la totalidad social y entonces imposibilita estudiarlo a partir de los determinantes sociales. (Laurell, 1986) Detrás de estas modalidades de acción, se oculta la necesidad de una intervención interdisciplinaria, donde se articula el quehacer profesional del trabajador social en el espacio de salud con otras profesiones, la cual, resulta necesario y enriquecedor dado que él mismo es quien cumple la función de acompañar al sujeto/a como a su familia en los procesos de reconocimiento como de aceptación del padecimiento subjetivo, y de alcanzar un plan lógico y razonable de soporte emocional y fortalecimiento educacional, con el fin de reproducir su cotidianidad.

Para poder ejercer este rol dentro de un equipo interdisciplinario es necesario que el profesional cuente con un conocimiento multidimensional no solo de todos los recursos disponibles y cómo usarlos, sino también sobre la situación social, económica y cultural del sujeto/a. Todo esto, con el fin de lograr el objetivo de la institución: la **inserción e inclusión en la sociedad**, a través de una ciudadanía social y política, donde los/as mismos/as se constituyan en sujetos/as activos, protagonistas, con potencialidades transformadoras.

En relación a lo dicho anteriormente, parafraseando a Oliva, Perez y Mallardi (2011) consideramos necesario comprender el significado social que se le atribuye a la intervención profesional ya que la misma, se ubica en las tensiones sociales, lo que posibilita la reconstrucción de los procesos sociales. Esta perspectiva nos permite considerar aquellos condicionantes y determinantes que se presentan y atraviesan la intervención profesional, las cuales, muchas veces aparecen como obstáculos y otras como desafíos, donde el trabajador social debe traspasar la demanda institucional recreando alternativas que permita reorientar el rumbo de las actividades desarrolladas:

“(…) En este marco, las alternativas se evalúan en función de las finalidades, que están imbuidas en las concepciones práctico-políticas de los profesionales, determinadas por el grado de autonomía que tiene un profesional particular en un espacio ocupacional concreto. Ello conduce a

comprender el carácter político de la práctica profesional, implicando el análisis de la correlación de fuerzas. (...) Sostiene Lessa (2000), es la anticipación en la conciencia del resultado probable de cada alternativa lo que permite seleccionar aquella que se considera mejor, para luego llevarla a la práctica, es decir, objetivar la alternativa escogida.” (Oliva et. al, 2011, p. 5)

Continuando con los aportes de los/as autores, también en la intervención, acentuamos la existencia de dos elementos que identificamos en la práctica pre-profesional: lo “Social”, lo cual, “(...) no es un recorte factible de intervención en forma independiente de los elementos económicos, políticos, culturales, entre otros (...)”, y por otra parte, visualizamos que “(...) el profesional nunca es aséptico, ni neutral y siempre está involucrado con otros actores, en una institución determinada, con usuarios determinados, en un régimen político particular, en un momento histórico determinado.” (Oliva et. al, 2011, p.5). En este sentido, es fundamental tener en cuenta **las posiciones y los posicionamientos** que los diferentes actores institucionales asumen, ya que la misma va a repercutir en la forma en que se desarrolla la intervención.

Al respecto, sostenemos que para lograr una intervención fundada es fundamental, no solo tener en cuenta los condicionantes y los posicionamientos que se presentan en la misma, sino también que la intervención profesional se construya respondiendo a las necesidades y los satisfactores, donde se incorpore los significados de los/as sujetos/as con los que se trabajan, que coexisten con el contexto social, económico, político y cultural que repercute en sus construcciones. De esta manera, afirmamos la necesidad de contemplar en la intervención profesional todas las particularidades que se presentan en las relaciones sociales como en el orden social, que atraviesan la vida cotidiana de los/as actores sociales con quienes trabajamos.

Frente a un contexto donde la pobreza se acentúa ante las dificultades en la garantía de los derechos humanos, pensamos la misma como una expresión de la cuestión social, la cual, como sostiene Oliva, et al., (2011) adquiere “(...) un significado particular en la heterogeneidad de la vida cotidiana de las personas que participan de la intervención.” (p. 6).



Es por lo expuesto anteriormente, que coincidimos con Agnes Heller (1976) quien señala que la clasificación de necesidades tiene sus raíces en el concepto de posesión en el sistema capitalista, que posibilita o imposibilita tanto la definición la necesidad que reclama ser atendida como la satisfacción de las mismas. En esta dirección nos estamos refiriendo a las **necesidades necesarias** que refieren a aquellas que son indispensables para el mantenimiento de la vida humana, que permitan que los/as miembros/as de una sociedad sientan que su satisfacción lo lleva a vivir una vida considerada “normal”. Sin embargo, su satisfacción necesita de ciertas condiciones, a diferencia de los animales, que las transforman en **necesidades sociales necesarias** dado que “(...) los modos de satisfacción hacen social la necesidad misma” (Heller, 1976, p.31), donde se transforman en forma de demanda efectiva que los/as sujetos/as saben que pueden demandar ya que existe una oportunidad real y objetiva de satisfacción. A partir de esto, los/as actores sociales reclaman aquellas necesidades que puedan ser cubiertas por los recursos con los que cuentan las instituciones, inclinándose a vivir de acuerdo a las condiciones establecidas y conocidas para poder ser y estar en relación con los otros, ya que necesitan sentirse parte e incluidos en la sociedad para reproducir una vida que se considere como “normal” (Gonzalez, et.al, 1999).

Desde esta perspectiva y del marco conceptual desde el cual nos paramos, sostenemos que la intervención pre-profesional tiene lugar en las **necesidades sociales necesarias**, donde pretendemos rescatar y resaltar en el análisis, la importancia de pensar en el HDSM la intervención del trabajo social como un **Disciplina Social Científica**. Todo esto, para dar cuenta que este proceso implica asumir una dimensión epistemológica “(...) cuyo propósito es alcanzar una explicación del fenómeno social o hecho social, lo que se traduce en investigación y producción de conocimiento(...)” (Toledo;2004; pág. 8). Dicho proceso imprime un modo particular de construir una reflexión profunda en torno a los supuestos teóricos y metodológicos, con el fin de elaborar análisis y sugerir soluciones desde los fenómenos concretos y desde la práctica de la disciplina científica, que se encuentran en continua conformación. Como explica Kisnerman es necesario convertir el trabajo social en un “objeto de reflexión”:

“(…) Pensar el trabajo social es convertirlo en objeto de reflexión, ubicarlo allí, en sus prácticas constitutivas, donde los hechos sociales suceden entrelazados en interacciones sociales. (...) Es esa práctica la que hoy obliga a reformular lo social, los supuestos epistemológicos, la necesaria integración de los principales aportes del pensamiento contemporáneo, a entender que lo social pertenece a la vida cotidiana” (Toledo; 2004; pág. 8)

En los procesos de intervención, observamos que los diferentes actores sociales involucrados despliegan posiciones y posicionamientos como recursos diferentes. Siguiendo los aportes de Bourdieu (1997), afirmamos que a cada “**posición**” le atañe un determinado habitus (disposición), los cuales, se encuentran producidos por condicionantes sociales que determinan el lugar en la estructura social de las relaciones. Estas disposiciones refieren al cúmulo de los diferentes tipos de capitales y de sus capacidades generativas, donde el entrecruzamiento de ambos le permite la **constitución de posiciones**, que refiere a las elecciones que los/as sujetos/as hacen para tomar una posición en los diferentes ámbitos donde transcurre su vida.

Consideramos que las constituciones de posiciones nos facilita pararnos de un posicionamiento crítico, donde el análisis de la realidad actual de la vivencia de los/as sujetos/as con padecimiento subjetivo, implica superar la mirada deshistorizada, cosificada y reificada, que no permite visualizar el campo de la salud como un espacio articulado a la totalidad social y no solo como una intervención sobre la enfermedad. De esta manera, para que todo esto sea posible es necesario que realicemos una intervención que no reduzca la acción interventiva como tecnólogo social, orientando la intervención a solucionar problemas, utilizando solamente las propuestas teóricas-metodológicas establecida en la institución. Ya que sostenemos que, para lograr una intervención social que incluya las propuestas teórico-metodológicas de todas las disciplinas que intervienen en la institución, es importante poder visualizar la enfermedad mental como una problemática social compleja, donde la misma:

(...) dialoga con la vulneración de derechos, la incertidumbre, el padecimiento subjetivo, elaborándose así nuevas formas de comprender y

explicar los fenómenos asociación o ligados a lo mórbido, a las diferentes maneras de construcción de solidaridad en tramas heterogéneas, y muchas veces dentro de un estallido de los dispositivos de asistencia que por diferentes razones muestran dificultades para abordar demandas dentro del sector. (Carballeda; 2012; pág. 4)

Teniendo en cuenta que “la salud mental no se basa en un solo tipo de conocimiento (...) no puede ser reducida al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales. (...) Estamos hablando de historia, de sujetos, de sociedad, de cultura (...).” (Amarante; 2009; 17-18)

En esta dirección, como equipo de trabajo nos posicionamos en la construcción de la intervención social del trabajo social que recupere el sentido común, los distintos capitales que los/as sujetos como las desconstrucciones que fueron adquiriendo en los distintos espacios donde transcurre su vida cotidiana y sus recursos, que atraviesan e influyen en la reproducción de su existencia y la satisfacción de sus necesidades materiales como no materiales. De este modo, reconocemos la importancia de integrar a la historia clínica, la forma en que los/as sujetos/as con padecimiento subjetivo expresan lo que sienten a través de los gestos, palabras, miradas y acciones, que determinan sus representaciones, motivaciones, intereses, su sentido común.

Todo ello, nos lleva a considerar la relevancia de visualizar a las diferentes necesidades, que manifiestan los/as sujetos/as, como una potencialidad que los/as transforme en un sujeto/a activo, con carencias, pero también con potencialidades, que le permite desarrollar estrategias tanto individuales como familiares, para lograr concretar y obtener satisfactores de sus necesidades. En este aspecto, tomamos los aportes de Max Neef (como se citó en Alguacil Gómez, 1998) quien define a los satisfactores como todo aquello que:

(...) por representar formas de ser, tener, hacer y estar, contribuyen a la satisfacción de las necesidades básicas. Se refiere a un conjunto de elementos instrumentales materiales y no materiales: a todos los objetos, actividades, relaciones, (...) que median en la satisfacción de nuestras

necesidades y, por tanto, no se refieren exclusivamente a los bienes económicos materiales. (p. 58)

Al respecto, hay que tener en cuenta que la **profesión del trabajo social** interviene en los procesos de satisfacción de las **necesidades sociales necesarias**, ya sea que estas se presenten de forma individual o colectiva. No obstante, esto no quiere decir que se intervienen en todos los procesos de satisfacción, sino que a través del acompañamiento donde se implemente un proceso de cogestión, se busca que los/as sujetos/as logren una autogestión. Una forma de intervenir que desarrollamos y aspiramos, cuando acompañamos a los/as sujetos/as en la gestión de recursos:

(...) Lo hace en tanto se presentan obstáculos en los encuentros de los sujetos con los objetos de su satisfacción: los denominados procesos mediadores, que involucran la información (entendida como transferencia de conocimientos pero también intercambio de saberes, así como difusión), la problematización de las necesidades en sus múltiples formas: su jerarquización, las posibilidades autogestionarias, cogestionarias de acceso a los recursos, etc., en los espacios familiares, grupales o poblacionales, sea que se presenten individual o colectivamente. (Gonzalez et al., 1999, p.41)

### 3. Sistematización y Análisis de la Realidad Social de los/as Sujetos/as con Padecimiento Subjetivo

El discurso científico, la especialidad – en este caso psicología y psiquiatría – y la organización institucional donde se inscriben las prácticas de la intervención en el HDSM, se circunscriben a partir de conceptos objetivos no de salud, sino de enfermedad mental; donde esta última es entendida de forma independiente como si se encontrara concebida de existencia externa y vida propia. De esta manera, la enfermedad mental aparece desvinculada de todo el conjunto de las relaciones sociales, donde se construyen las identidades de los/as sujetos/as a partir de la constitución de sus subjetividades, las cuales, se encuentran atravesadas no solo por el contexto económico, social, cultural y político, sino también por las propias vivencias personales que determinan su forma de ser y estar con el mundo.

En este marco, presentamos el proceso de análisis que desarrollamos en la intervención pre-profesional, donde tomamos las manifestaciones de los/as sujetos/as, expresadas en gestos, palabras, miradas y acciones, que nos posibilitaron explicar el contexto social, visualizando la reproducción económica, social, cultural, habitacional, familiar y de salud. Entendiendo que en la vida cotidiana entran en juego múltiples interacciones, donde coexisten distintos elementos que actúan y condicionan las acciones que despliegan, los cuales, repercuten en el proceso de salud-enfermedad del mismo/a, en la construcción de su identidad, en la dinámica familiar y en la pertenencia a una trama relacional. Por eso, consideramos importante la inclusión en el análisis de una perspectiva histórica-crítica, que nos posibilite explicar la realidad social de los/as sujetos/as, a partir de la identificación de las particularidades y los significados sociales que construyen en relación a sus vivencias, teniendo en cuenta el contexto económico, social y cultural de pertenencia.

Iniciamos nuestro proceso de registrar, en la historia clínica, la historia personal y familiar del sujeto/a entre septiembre y noviembre del 2018, donde se entrevistaron 27 personas insertas en el Programa de Jornada Completa. A partir de esto, se realizó un relevamiento desde una mirada cuantitativa y cualitativa a fin de enriquecer el análisis, aportando elementos desde estas dos miradas diferentes:

donde la primera (cuantitativa) nos introduce a una lectura más general sobre las características que presenta el/la sujeto/a en torno a sus condiciones de existencia, como asimismo a su situación de padecimiento subjetivo; y en la cualitativa se va a profundizar sobre las prácticas que adquiere este sujeto/a, y las representaciones producidas desde estas condiciones de vidas concretas, teniendo en cuenta principalmente cuando ingresa al tratamiento en el HDSM.

Si bien, para realizar el análisis de la realidad social de los/as sujetos/as se utilizaron los datos recabados de las entrevistas sociales, se tomaron también los intercambios discursivos que se expresaron en otros momentos y encuentros, como la admisión, los talleres de integración comunitaria, la asamblea multifamiliar y el espacio de gestión de recursos. De esta manera, sostenemos que tanto la entrevista como los otros espacios, constituyen lugares de encuentro donde:

(...) la palabra, la mirada y la escucha (...) tienen una estructura narrativa especial, reconocida en los efectos de la cuestión social desde la perspectiva de quien narra, en su expresión territorial y en su relación con los otros, pero también desde quien escucha, desde un perfil profesional, ideológico y conceptual. (Carballeda, 2018, p.77).

Las observaciones junto con el registro se convirtieron en tácticas operativas fundamentales en el momento de la recolección de datos como en el análisis crítico, para profundizar sobre los condicionantes que se presentaron en el contexto de ese momento, y que se transformaron en obstáculos o posibilitadores de la elaboración de estrategias individuales como familiares, para la satisfacción de sus necesidades.

En el momento en que observamos las formas en que los/as sujetos/as se desenvolvían en la institución como fuera de la misma, tomamos decisiones de aquellos aspectos que consideramos importante que se observan en función del campo problemático, objeto, objetivos y estrategias de la intervención. A su vez, la misma, se encontró influenciada por la posición y posicionamiento socio-político, como también por la existencia de prejuicios y valoraciones previas, que muchas veces, no tenían nada que ver con los aspectos que motivaban la intervención. En este sentido, podemos citar a Madrid (como se citó en Mallardi y Oliva, 2011) quien define la observación como una actividad social "(...) que en tanto práctica conduce

a considerar la actividad de observar como una relación social y este aspecto influye en la formulación de las interpretaciones que se realizan. (...)”. (p.38).

Con respecto a los registros escritos (en este caso, el cuaderno de campo, registro de asambleas y las fichas sociales) tomamos los aportes de Pérez (como se citó en Mallardi y Oliva, 2011) quien afirma que los mismos (...) se constituyen en una de las bases materiales sobre las cuales el profesional se expresa y se posiciona, y al mismo tiempo, ellos mismos, atribuyen contornos, prescripciones y ordenamientos a la intervención profesional (...) (p.91), que repercute en la forma en que se elabora el conocimiento, la concepción y explicación de los procesos sociales. La racionalidad crítica cumple un papel muy importante en el registro, ya que posibilita recuperar el protagonismo de los/as propios/as profesionales en la búsqueda para aprehender los aspectos que hacen a los hechos, fenómenos y procesos sociales, en un tiempo y espacios históricamente situados:

(...) la dirección política, el interés y las condiciones de realización de la práctica son los elementos que les imprimirán sentido, contenido y validez. (...) Se puede señalar entonces que, por un lado, el carácter ontológico de los registros refiere a las particularidades, especificidades, estructuras, campos de producción, ámbitos de elaboración, actores involucrados que van delineando tanto sus posibilidades de producción y acceso, como su estructura y forma; y al mismo tiempo denuncia, interpela y direcciona un proceso de conocimiento e intervención que refuerza la racionalidad formal abstracta o por el contrario busca otros caminos de conocimiento e interpretación de la realidad a partir de la racionalidad crítico-dialéctica. (Pérez como se citó en Mallardi y Oliva, 2011, p.92)

A través de las entrevistas que realizamos en el HDSM, los/as sujetos/as verbalizaron la situación que atraviesan en su vida cotidiana que consideran problemática, presentándonos sus propias construcciones en relación con la misma. Con nosotras se produjo algo que Mallardi (2011) define como la relación dialéctica “(...) entre la situación planteada y el bagaje teórico que el mismo (profesional, en nuestro caso estudiantes) posee para analizar la realidad y fundar su intervención

profesional.” (p. 50). En este marco, es posible analizar la situación problemática como una manifestación de la cuestión social:

(...) entendida como la expresión de las desigualdades inherentes al desarrollo del sistema capitalista, exigiendo a la práctica profesional “salir de los marcos clasificatorios, de puntualización y de naturalización de los ‘problemas sociales’ contruidos desde la lógica de transitoriedad” (Rozas como se citó en Mallardi y Oliva, 2011, p. 51)

Consecuentemente, siguiendo con los aportes de los autores, consideramos necesario reconstruir la situación presentada por el/la sujeto/a en el diálogo, a través de los enunciados como producto de la totalidad en la que se desarrolla, y no como una problemática aislada y propia del individuo/a. (Mallardi y Oliva, 2011).

En los procesos en que se desarrolla la entrevista, afirmamos que es importante que el/la profesional adquiera un papel activo en el encuentro dialógico, donde a través de su intervención sea posible que el/la sujeto/a puedan interrogarse sobre la situación presentada, con el fin de superar la inmediatez en el conocimiento de la problemática. El objetivo refiere a la posibilidad de lograr de manera conjunta -entrevistador y entrevistado- una reflexión profunda que busque encontrar aquellos elementos que abran el juego a la construcción y desconstrucción analítica de:

(...) cómo las grandes determinaciones de la sociedad se concretan en la vida cotidiana del entrevistado. Se procede así, sucesivamente, a superar la inmediatez y la indecibilidad de la situación que se pretende reconstruir, procurando superar la generalidad alcanzada. (...) (Mallardi y Oliva, 2011, p.53).

A la luz de lo expuesto anteriormente, sostenemos que el desarrollo de las variables implicó la adquisición de un papel activo de las estudiantes, donde la finalidad del análisis de la misma radica no solo en generar un aporte a la institución, sino también en lograr superar el conocimiento inmediato de las situaciones problemáticas, de las demandas, buscando una solución válida y viable, para generar una nueva estructura de posibilidades, de accesibilidad y de inclusión.



En este momento, creemos oportuno el intento de esbozar el análisis de las variables. Se aplicó como instrumento de recolección de datos una entrevista social semi-estructurada, en forma de cuestionario con preguntas cerradas y abiertas, con el objetivo de aportar al conocimiento de la historia familiar de los/as sujetos/as; y así incorporar estos registros en la historia clínica. Si bien los datos recabados nos habilitaron la elaboración de veinte variables, seleccionamos algunas de ellas para realizar el análisis que nos posibilitaron visualizar la situación económica, social, cultural, habitacional, familiar y de salud.

Comenzamos el análisis, tomamos a Juan Samaja (2004), quien sostiene que “(...) el objeto de estudio de las disciplinas que actualmente ubicamos en el “área de la salud” lo constituyen los problemas, representaciones y las estrategias de acción que se presentan en el curso de la reproducción de la vida social” (p.106). Entonces a partir de dicha situación, nos preguntamos: **¿son las condiciones de la reproducción cotidiana de la existencia las que determinan la forma en que los/as sujetos/as con de padecimiento subjetivo desarrollan su vida cotidiana, repercutiendo en la forma de ser y de estar con el mundo?**

Para empezar a responder esta pregunta retomamos el concepto de reproducción cotidiana de la existencia, desarrollado en el eje uno y también tomando los aportes de Samaja (2004) - quien nos habla de reproducción de la vida social – afirmando que él mismo hace referencia a los procesos, por los cuales, los/as sujetos/as realizan actividades con el fin de mantener, mejorar o modificar sus condiciones de vida.

En este sentido, Samaja (2004) nos habla de cuatro tipos diferentes de reproducción, donde encontramos: reproducción biológica, reproducción comunal-cultural, reproducción ecológico político y reproducción tecno-económica. Cada ciclo reproductivo introduce la existencia como así también la reproducción, producción, la transformación y la relación de las distintas variables que visualizamos en el HDSM, en el periodo analizado. A partir de esto, es que consideramos necesario poder definir cada esfera para poder comprender las relaciones que establecen entre las variables que se desarrollaron:

→ Reproducción Orgánica y Bio-comunal (Reproducción Biológica): hace referencia a los “(...) requisitos materiales de vida tanto individuales como comunales (...)” (Samaja, 2004, p.110).

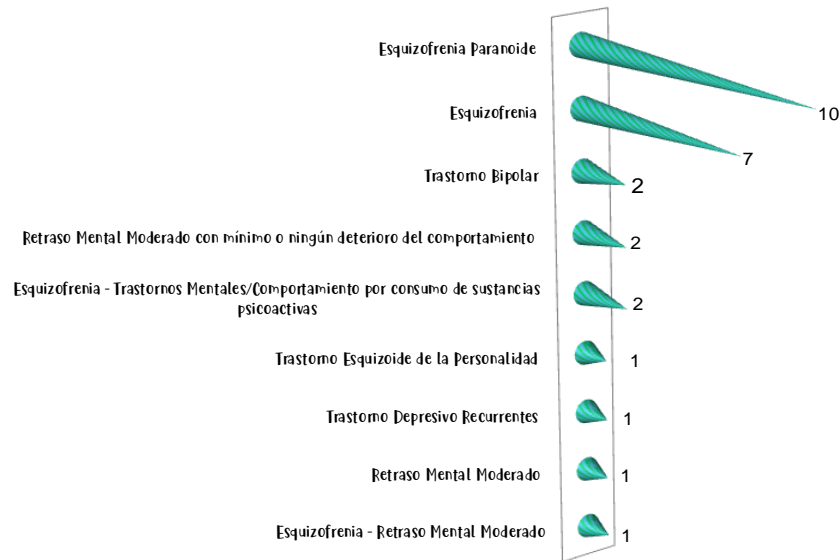
→ Reproducción de la Autoconciencia y la Conducta (Comunal-Cultural): se refiere a la red de relaciones de parentesco en donde se construyen “(...) mecanismos de clasificación de parentescos y de la identificación de los linajes con las consecuentes distribuciones de espacios y bienes patrimoniales (...)” (Samaja, 2004, p.111) a través de mecanismos de simbolización, donde el lenguaje juega un papel muy importante.

→ Reproducción Estatal o Política (Ecológicas y Políticas): con este término el autor describe “(...) el proceso por los cuales los individuos y grupos humanos deben restablecer incesantemente las relaciones de interdependencia entre las condiciones territoriales, las relaciones comunales-culturales y las bio-comunales (...)”. (Samaja, 2004, 113).

→ Reproducción Societal (Teco-Económica): con este tipo de reproducción se representa a los procesos donde los individuos producen sus medios de vida, y asimismo a las asociaciones que establecen estos/as sujetos/as para llevar a cabo los “(...) actos productivos y los intercambios de bienes (...)”. (Samaja, 2004, p.114).

A la luz de lo expuesto hasta el momento, comenzamos analizando el aspecto referido al **padecimiento subjetivo**. Tomando los aportes de Carballeda, compartimos que el mismo se refleja en el cuerpo, en la forma en que ese cuerpo habla: “(...) Los cuerpos muestran la identidad, las diferentes marcas e inscripciones que van desde los cortes - a veces auto infringidos para hacer objetivo el padecimiento subjetivo –, hasta las marcas de las múltiples formas de violencia que atraviesa nuestra sociedad.” (Carballeda, 2018, p.60). En el Hospital de Día en Salud Mental visualizamos que del total de veintisiete (27) sujetos/as insertos en el Programa Jornada Completa, diez (10) presentan una Esquizofrenia Paranoide; siete (7) Esquizofrenia; dos (2) con Trastorno Bipolar, también dos (2) con Retraso Mental Moderado con Mínimo o Ningún Deterioro del Comportamiento, y con la misma cantidad que los dos anteriores encontramos sujetos/as (2) con Esquizofrenia con Trastornos Mentales y de Comportamiento debido al consumo de múltiples drogas u

otras sustancias. Por último, cuatro (4) individuos/as, uno con Trastorno Esquizoide de la Personalidad, otro con Trastornos Depresivos Recurrentes, el tercero con Retraso Mental Moderado, y el cuarto con Esquizofrenia y Retraso Mental Moderado.



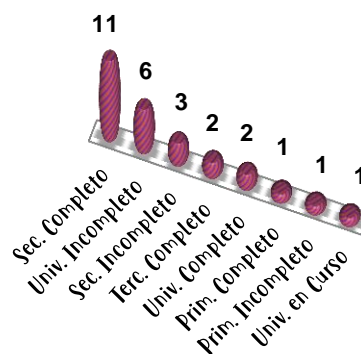
Los distintos padecimientos subjetivos nombrados anteriormente, repercuten en la forma en que los/as sujetos/as desarrollan su vida cotidiana y se insertan en la sociedad, donde “La enfermedad articula lo social y lo singular desde el padecimiento, su impacto subjetivo y también construye sus inscripciones en los que rodean a quien la padece.” (Carballeda, 2012, p.3). Entonces, nos preguntamos ¿de qué manera el padecimiento subjetivo repercute en la forma de ser y de relacionarse con el mundo?

Los escenarios actuales en el contexto del Neoliberalismo instalan en la trama social nuevas subjetividades, a partir de las cuales surgen nuevas formas de desigualdades sociales marcadas por “(...) la fragmentación de la solidaridad, los lazos sociales y las relaciones de intercambio y reciprocidad, en definitiva, de la sociabilidad. (...)”. (Carballeda, 2018, p.57). Esto provoca consecuencias en la singularidad de los/as sujetos/as, donde se desarrolla una situación de precariedad en la vida cotidiana, producto del individualismo, el cual, cobra un papel fundamental, construyendo otras formas de relación social, atravesadas por el temor que genera incluirse en una sociedad que solo es para unos pocos, que responden

a la imposición de los discursos de reprivatización.<sup>23</sup> Al respecto, continuando con los aporte de Carballada (2018), él mismo afirma que:

(...) la exclusión social opera como un ordenador de la sociedad, donde cada “incluido” acepta cualquier condición o propuesta para seguir perteneciendo a una espacialidad metafórica que se asocia a la posesión de objetos, bienes y cierta idea de estabilidad laboral. En esta tensión entre inclusión y exclusión, planteados los territorios en puja, tensión y guerra, la incertidumbre generada desde diferentes formas discursivas impide, en diferentes sectores de nuestras sociedades, proyectar ideas de futuro y transformación, tornándose en formas subjetivas de padecimiento y temor. (...) (p.58).

Teniendo en cuenta lo señalado anteriormente, consideramos que las construcciones subjetivas como las representaciones del sujeto/a son las que pueden contribuir a mejorar o agravar los problemas producto del padecimiento subjetivo, repercutiendo en la salud. Aquí entran en juego los distintos capitales que adquieren los/as individuos/as a lo largo de su vida, y lo que posibilita el ejercicio de sus derechos como ciudadanos y como sujetos/as con padecimiento subjetivo, insertados en el HDSM. En relación a esto, podemos visualizar que el nivel de instrucción alcanzado, no implica un condicionante en el momento de la adherencia, y la realización del tratamiento como al mejoramiento de la calidad de vida. Al respecto, nos encontramos con once (11) sujetos/as que finalizaron la educación secundaria; seis (6) que iniciaron los estudios universitarios pero no pudieron finalizarlos; dos (2) presentan un secundario incompleto, al igual que otros dos (2) que no pudieron completar un terciario; y en



<sup>23</sup>Nancy Fraser (1991) define los discursos de la Reprivatización como aquellos que “ (...) aparecen como respuesta a los primeros ( las formas opositoras del discursos) y articulan interpretaciones sobre las necesidades que antes ni siquiera tuvieron que formularse.(...) Institucionalmente, designa iniciativas dirigidas a desmantelar o reducir los servicios de bienestar social, vendiendo o desregulando, lo que discursivamente significa despolitización.” (p.20-21)

relación a los últimos tres (3), uno se encuentran realizando la primaria, otro la universidad, y uno de ellos presenta estudios primarios incompletos.

Sin embargo, visualizamos diferencias en cuanto a la forma en que impacta la enfermedad mental en la vida de los/as sujetos/as. Al respecto, tenemos que tener en cuenta que la actitud que presente el/la sujeto/a ante el padecimiento subjetivo, conjuntamente con la respuesta emocional al tratamiento, se transforman en los principales elementos para lograr un mejoramiento en la calidad de vida, y garantizar su inserción e inclusión en la sociedad. Es en este sentido que podemos analizar que los tratamientos psicológicos juegan un papel muy importante en el mejoramiento o empeoramiento de la enfermedad mental, ya que las creencias y representaciones que el/la sujeto/a puedan ir desconstruyendo, transformando las mismas en otros imaginarios sociales en el trayecto recorrido en el Hospital de Día, son las pueden contribuir a mejorar o agravar el padecimiento subjetivo y de esta manera influir en el estado de la salud.

En relación a lo expresado anteriormente, observamos que aquellos sujetos/as que adhieren al tratamiento, a través de la asistencia y participación en las diferentes propuestas del HDSM, son aquellos que cooperan con una actitud positiva frente al padecimiento subjetivo, donde se consideran capaces de poder controlar o influir sobre la misma, ajustándose a las restricciones y demostrando una gran responsabilidad ante su situación de salud-enfermedad mental actual. Por otro lado, se presentan sujetos/as que se muestran “rebeldes”, presentando un mayor grado de dependencia como de demandas tanto al equipo de profesionales como a la familia, ya sean orientadas a la búsqueda de recursos y satisfactores, como a la contención y acompañamiento en su vida cotidiana. Esto muchas veces sucede ya que los mismos se encuentran en un estado de negación sobre su situación de enfermedad mental, presentándose la misma como un mecanismo de defensa para evitar “hacer frente” a su realidad. Esta dificultad se acrecienta ante la negación de los familiares porque no aceptan la situación de padecimiento subjetivo, quienes remarcan los obstáculos que presenta los/as mismos/as en la vida cotidiana, desconociendo tanto las potencialidades como los logros alcanzados durante el trayecto en el HDSM, que influyen y determinan el desarrollo de los capitales.

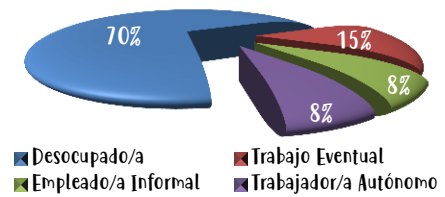
En relación a lo explicitado anteriormente nos preguntamos **¿por qué es importante reconocer los capitales de los/as sujetos/as?** Los/as sujetos/as a largo de su vida y en sus condiciones de existencia van adquiriendo conocimientos, habilidades, relaciones y recursos materiales que le permiten constituir los capitales -materiales y no materiales- que manejan en su reproducción cotidiana; pero a su vez, presentan una limitación, “(...) una restricción en cuanto recursos, capitales no reconocidos, empobrecidos o inexistentes que posiciona en lugares diferentes en la conformación de sus necesidades y en los modos de satisfacerlas” (González et al., 1999, p.52).

En este caso, podemos observar que las personas que padecen de una enfermedad mental difícilmente se puedan insertar laboralmente por su situación de salud-enfermedad, producto de una construcción estigmatizante en relación a su padecimiento subjetivo. A su vez, si bien hay un reconocimiento por parte del Estado en la implementación de una política social que está destinada a la inclusión, al desarrollo y la igualdad de oportunidades como la pensión no contributiva, entre otras, esta “ayuda” no soluciona el problema que atraviesa el/la sujeto/a, porque el mismo no es solo una cuestión de acceso a recursos materiales sino también una situación afectiva, emocional, relacional y de reconocimiento:

Reconocer la relación entre condiciones de vida (contexto, estructura) y los agentes sociales ha permitido aproximarse a indagar la conformación de necesidades en el espacio social familiar, entendiendo que estas no son universales, naturales o básicas sino producidas y situadas socialmente. (Gonzalez et al., 1999, p.52).

Desde estos lugares, condiciones y situaciones los/as sujetos/as conforman sus necesidades y a su vez, los modos de obtener los recursos interrogándose sobre las posibilidades de acceso de los mismos, teniendo en cuenta no sólo el contexto donde se reproducen cotidianamente, sino también su situación actual de salud-enfermedad.

A partir de esto, podemos visualizar una repercusión en el acceso al mercado laboral tanto es así que el 70%, es decir, diecinueve (19) de los veintisiete (27) entrevistados se encuentran desocupados; accediendo solamente 30%, o sea, ocho (8) sujetos/as a un empleo, pero en condiciones precarias, eventuales o de forma autónoma.



Este escenario negativo con respecto a la inserción en el mercado laboral, se debe a distintos factores que imposibilitan dicho ingreso por parte del sujeto/a a un trabajo formal remunerado. Estas causas que afectan el ingreso se deben a circunstancias sociales, de diagnóstico y de actitud:

→ En el primer caso, nos encontramos ante un “prejuicio”, una discriminación, por parte de los/as empleadores de contratar a una persona que se encuentra en una situación vulnerable por su condición de padecimiento subjetivo, teniendo en cuenta que se produce un estigma al considerar a los/as sujetos/as como “personas diferentes” con respecto a las “personas no enfermas”, donde existe un temor por ocasionarse “recaídas” producto de la situación de salud-enfermedad, que pueda provocar dificultades en el desempeño laboral. Esto sucede principalmente porque no se tienen en cuenta las particularidades de los/as empleados/as, donde lo único que vale dentro de este sistema de mercado es el rendimiento y la competencia. Al respecto, estos/as sujetos/as no pueden cumplir con los requisitos establecidos por los/as empleadores producto de su enfermedad mental, y en el caso de acceder a un empleo, si no se ajustan a las condiciones laborales, corren el riesgo de ser despedidos. Un ejemplo que podemos señalar refiere a las extensas horas de jornada laboral, que impide y obstaculiza los tiempos de descanso y reposo necesarios, dado la falta de energía física y mental producto, muchas veces, de los efectos secundarios de la medicación, generando una discriminación por el padecimiento subjetivo:

(...) En general prima la idea de que en un contexto en que para gran parte de la población acceder a un empleo con condiciones dignas en el mercado laboral actual es difícil, para las personas con discapacidad psicosocial, lo es más, en tanto sus particularidades profundizan la

desventaja en un mercado competitivo y excluyente. (Centro de Estudios Legales y Sociales, 2015, p.76)

→ En segundo lugar, la calidad de vida cumple una función y a su vez tiene un efecto muy importante en el momento de acceso al sistema laboral, dado que si el/la sujeto/a se ajusta a las condiciones y demuestra una responsabilidad en relación al tratamiento como a su situación de salud-enfermedad, respetando las pautas establecidas con los psicólogos y psiquiatras (medicación, asistencia, actividades, uso del tiempo, entre otros) se encuentra en condiciones de acceso al trabajo. No obstante, visualizamos que los talleres que se brindan en el HDSM “(...) se valora el espacio por su valor ocupacional o rehabilitatorio en el sentido clínico y no necesariamente social.”(Centro de Estudios Legales y Sociales, 2015, p.71). De este modo, los mismos se encuentran instalados dentro de la dinámica hospitalaria donde la función refiere a una actividad destinada al uso del tiempo libre, que tenga como finalidad el desarrollo de habilidades sociales. En este sentido, no se aspira a entrenarlos para ejercer determinados oficios que le acrediten posibilidades competitivas en el momento de reinsertarse laboralmente, sino en brindarles herramientas para que se pueden desempeñar laboralmente sin transgredir las normas o pautas establecidas, a saber, horarios, requisitos, etc., para integrarse, nuevamente, a la sociedad:

(...) El entorno social acotado de los talleres de rehabilitación que se encuentran insertos en la dinámica institucional hospitalaria (...), suele traducirse en una oferta escasa de actividades y en un bajo nivel de complejidad en el entrenamiento. Estas condiciones generan un impacto negativo por mantener su vinculación desde una expectativa realista de futura inserción laboral. (...) la lógica de mantener ocupadas a las personas vinculadas a estos dispositivos sin-necesariamente-registrar sus intereses y disposición puede resultar invasivo. Las personas son notificadas sobre las actividades a las que deban asistir, sin poder decidir libremente en qué actividades quieren participar y en cuáles no. (Centro de Estudios Legales y Sociales, 2015, p.71-72).

→ Y, por último, frente a la actitud que adoptan los/as sujetos/as ante el padecimiento subjetivo, observamos que la desconstrucción de los significantes y de



las expectativas sobre su capacidad de trabajar juega un papel muy importante en el momento de la búsqueda o mantenimiento de un empleo. Esto sucede, ya que sostenemos que el recorrido en el HDSM , donde se los prepara para la inserción como inclusión en la sociedad, brindando todas las herramientas para el logro de una independencia y una autonomía; junto con la incorporación para lograr un acompañamiento y contención de familiares como amigos/as a los programas propuestos por la institución, le va a permitir el acceso como mantenimiento de su situación laboral y por lo tanto, la transformación en sujetos/as activos, protagonistas, con potencialidades transformadores.

En términos generales, sostenemos que la actitud juega un papel muy importante para la búsqueda como mantenimiento de un empleo. Sin embargo, teniendo en cuenta lo señalado en las dos primeras circunstancias y lo establecido en la jurisprudencia de nuestro país - respecto al derecho que tienen las personas con discapacidad de contar con un trabajo elegido libremente y que responda a sus expectativas, generando satisfacción y un nivel de vida adecuado<sup>24</sup>-, creemos que la elección de un empleo como las condiciones de acceso y conservación del mismo implica "(...) la realización de labores que no siempre son elegidas de manera libre y pueden no estar vinculadas con los intereses y capacidades de la persona." (Centro de Estudios Legales y Sociales, 2015, p.77). Ante las limitaciones que presentan los talleres brindados en las instituciones junto con los obstáculos para el ingreso al mercado laboral, existen alternativas que posibilitan el acceso no solo a una remuneración sino también al logro de la autonomía e independencia, como son el desarrollo de los **microemprendimientos sociales**:

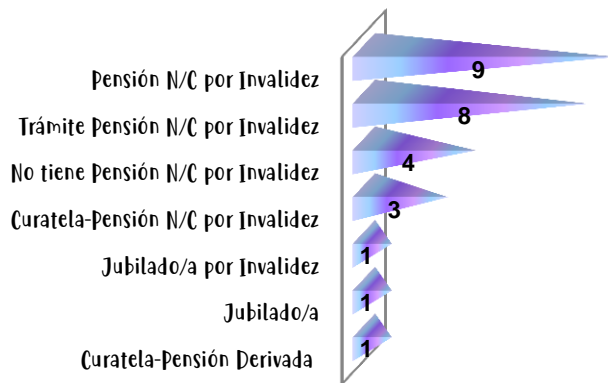
(...) La empresa social da una oportunidad de poder avanzar en querer perfeccionar lo que se hace, en sentir que el producto puede llegar a otros. Las experiencias como la del microemprendimiento, que se generaron en distintos programas de externación, han llevado a los

---

<sup>24</sup>Artículo 27 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: (...) Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con las demás; ello incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad. (...) Proteger los derechos de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a condiciones de trabajo justas y favorables, y en particular a igualdad de oportunidades y de remuneración por trabajo de igual valor, a condiciones de trabajo seguras y saludables, incluida la protección contra el acoso, y a la reparación por agravios sufridos. (Naciones Unidas, 2006, p. 22)

profesionales a replantearse el modo y el nivel de acompañamiento que mejor fomente la autonomía de las personas usuarias, además del éxito de los proyectos. (Centro de Estudios Legales y Sociales, 2015, p.77).

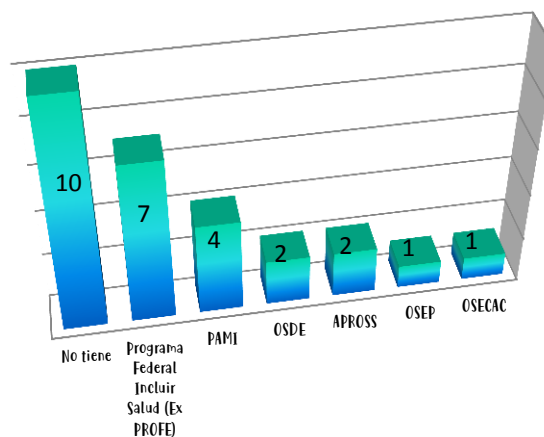
De esta manera, ante la ausencia de inserción laboral por encontrarse en



situación de discapacidad, observamos que los/as sujetos/as solicitan la pensión o jubilación, teniendo como consecuencia un escaso acceso a bienes y servicios. Del total, encontramos quince (15) sujetos/as que acceden a una pensión no

contributiva, a una curatela/pensión por invalidez, a una jubilación, y a una curatela/pensión derivada por jubilación del padre. Por otra parte, observamos que cuatro (4) no poseen ningún beneficio, y ocho (8) del total se encuentran realizando el trámite para la obtención de la misma. Esta situación provoca la ausencia de ingresos estables que le garanticen la satisfacción de sus necesidades básicas, debido a que tanto la pensión, jubilación o curatela como la inserción laboral a través de trabajos precarios o irregulares, resultan insuficientes para permitirle el acceso a recursos materiales como no materiales, generando otro condicionante en el proceso de salud-enfermedad, pudiendo influir de manera negativa en el tratamiento.

Asimismo, teniendo en cuenta el contexto económico y social de ese momento, observamos que la falta de ingresos provoca que, frente a una inesperada enfermedad se encuentren sin protección social. Esta situación de los/as sujetos/as tiene como consecuencia que diez (10) no tengan cobertura médica, siete (7) accedan al Programa

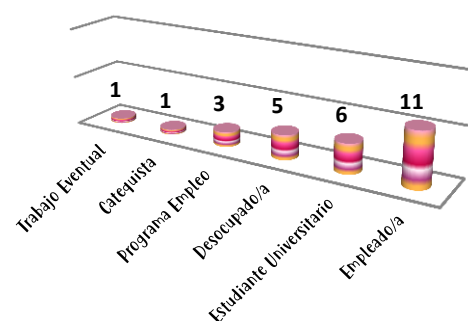


Federal Incluir Salud (ex - Profe); y el resto diez (10) de ellos cuentan con obras sociales privadas o prepagas, producto de la ayuda de familiares. Sumado a esto, tenemos que tener en cuenta que para poder lograr una buena calidad de vida, donde los/as sujetos/as elaboren respuestas individuales a los efectos físicos, mentales y sociales del padecimiento subjetivo sobre la vida diaria, es necesario que el/la sujeto/a se encuentre acompañado de una red social de contención y acompañamiento, como así también de condiciones materiales para la reproducción de la existencia, a saber, vivienda, alimentación, vestimenta, salud, etc.

Esta difícil situación económica influye de manera negativa en la satisfacción de las necesidades necesarias, ya que sin los ingresos suficientes y, en algunos casos, como miembro de una familia, o en otros casos viviendo solo/a, se encuentra en la situación de no poder acceder a los recursos materiales para garantizar su reproducción económica, social, cultural y de salud de forma autónoma e independiente, sin la necesidad de solicitar ayuda de parte del Estado o familiares/amigos.

Ante este contexto, muchos sujetos/as manifiestan la necesidad de trabajar, sosteniendo que la inserción en el mercado laboral, le posibilitará la inclusión e inserción en la sociedad de manera autónoma e independiente. En este caso, podemos visualizar que una participación activa y positiva en el mercado laboral por parte del sujeto/a, permite influir en el curso del tratamiento y en la calidad de vida, dado que el trabajo le facilita ocupar un lugar de proveedor económico dentro de su familia-unidad doméstica, o la posibilidad de independizarse de la misma.

Si bien, muchos de los/as sujetos/as nos manifestaron que antes de la enfermedad mental se encontraban trabajando de manera estable o eventual (15 - 60%) o estudiando (6 - 22%), con la llegada del padecimiento subjetivo se producen transformaciones en los roles que cumplen cada miembro al interior de la familia, principalmente del sujeto/a, los cuales, van a



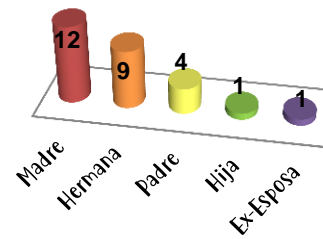
impactar, llevando a la conformación de nuevas estrategias que va a modificar el uso del tiempo y las prioridades establecidas, en función de los recursos que pierden o ingresan.

Paralelamente, visualizamos como distintos factores pueden atravesar e influir en el tratamiento en el HDSM, generando efectos negativos en la calidad de vida de los/as sujetos/as con padecimiento subjetivo, como el menor acceso y utilización de servicios de salud, una respuesta negativa en relación a la adherencia al tratamiento, mala recepción con el tratamiento psicológico y psiquiátrico, poca disponibilidad de los/as familiares en el acompañamiento a la institución como apoyo en su vida cotidiana, principalmente con aquellos/as sujetos/as con un bajo nivel socioeconómico.

Retomando el aspecto de las condiciones económicas, y teniendo en cuenta la violencia que implica la desocupación, la subocupación o la amenaza permanente de desocupación, podemos afirmar que las familias de los/as sujetos/as pueden atravesar por momentos de cohesión y apoyo mutuo o, por el contrario, de acusaciones, reproches y violencias. Es aquí donde se puede visualizar el desarraigo del modo de vida anterior al padecimiento subjetivo, donde el cambio de roles, residencia, reorganización doméstica y familiar, entre otros, produce una crisis con la situación actual de salud. Esta reorganización doméstica y familiar tiene como consecuencia el cambio de roles entre los miembros de la familia, principalmente ante la nueva situación de salud-enfermedad del sujeto/a, dónde se encuentra imposibilitado para realizar muchas de las tareas que realizaba anteriormente a su actual situación de Enfermo Mental.

En el caso de las mujeres, muchas de ellas nos manifestaron que frente a la surgimiento del padecimiento subjetivo, se encontraron imposibilitadas de continuar realizado muchas de las tareas que llevaban a cabo generalmente en el hogar, generando obstáculos por lo “naturalizado” sobre el rol que ocupa la mujer al interior de la familia-unidad doméstica, lo que lleva a un traspaso de las funciones. Muchas veces son las hijas, los hijos, los esposos e incluso otros miembros de la familia (padres, sobrinos, hermanos, etc.) como así también miembros no familiares como amigos, los que se encargan de cumplir estas tareas, sumando ahora el cuidado de la persona con enfermedad mental.

En tal sentido, visualizamos que la condición de ser mujer tiene consecuencias en el momento de asumir el rol de referente de un/a sujeto/a con padecimiento subjetivo. Consecuentemente entendemos que este rol lleva a asumir la función no solo de cuidar, acompañar, contener y asistir, sino también de ser la encargada de asumir la responsabilidad de atención ante cualquier situación que se presente, en que sea necesario solicitar la presencia de un familiar. Al respecto, rescatamos que la mayoría de los/as referentes de los/as sujetos/as en el HDSM, refieren a mujeres representando el 85% (22) del total, siendo las madres, hermanas, hija y ex-esposa de los/as mismos las encargadas de acompañar en el tratamiento. Y el resto corresponde a los padres constituyendo un 15% (4). Haciendo uso de lo que sostiene Gonzalez et al. (1999) para analizar las relaciones que se establecen entre los diferentes sexos y géneros al interior de una familia, podemos afirmar:



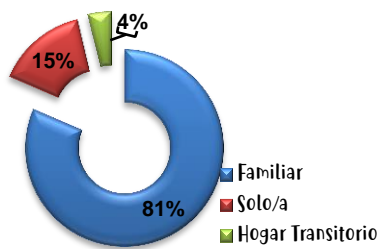
Cabe señalar que en el espacio social mujeres y varones comparten posiciones y hábitos de clase, comparten ciertos puntos de vista dados por la posición próxima o semejante en espacio social. Pero además de semejanzas tienen entre sí diferencias, posiciones relativas dadas por la identidad de género. (p. 89)

En cuanto al varón, teniendo en cuenta el rol que generalmente asume este sujeto dentro de la organización familiar como proveedor de recursos económicos, esta nueva situación de padecimiento subjetivo que se presenta al interior de la organización familiar, lleva a que se produzca un reacomodamiento no sólo en la economía de la misma sino también en la identidad del sujeto varón. Esto último sucede ya que en el imaginario social, como construcción social, política y cultural, se espera que sea el varón, el encargado de insertarse en el mercado laboral con el fin de obtener un salario para aportar o mantener la familia-unidad doméstica o; en situación de vivir solo que logre mantenerse de forma independiente y autónoma. Ante la imposibilidad de poder rehabilitarse laboralmente, los familiares pasan a ser los responsables del mantenimiento del miembro con padecimiento subjetivo. A

partir de esto, los/as sujetos/as manifiestan sentimientos de culpa por el temor de no poder generar ingresos monetarios para aportar a la familia-unidad doméstica, o para mantenerse e independizarse, principalmente por la concepción y significación que se sostiene en el imaginario social, de ser el varón el encargado de generar ingresos.

Si bien tanto la situación de la mujer como la del varón la podemos visualizar en algunos casos en los sujetos/as que se atienden en la institución, en otros casos no se presenta inconvenientes en este cambio de roles.

Teniendo en cuenta lo expresado anteriormente, con respecto a la familia-unidad doméstica se pueden observar tres diferentes situaciones de convivencia,

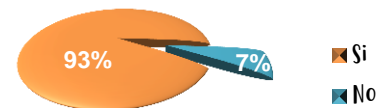


donde veintidós (81%) sujetos/as viven con su familia nuclear, cuatro (15%) se encuentran solos/as, y uno (4%) reside en un hogar de tránsito.

En relación a esto, visualizamos que si bien de veinticinco (93%) sujetos/as que manifiestan que reciben apoyo familiar en relación al tratamiento,

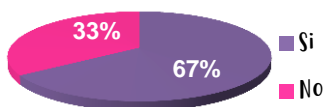
solamente dieciocho (67%) son acompañados/as en la asambleas multifamiliares, espacio destinado a la inclusión y participación de la familia. El rol y la presencia activa de los familiares en el desarrollo del tratamiento es de suma importancia, ya que la existencia de una

Apoyo Familiar en Tratamiento



red de contención familiar para el/la sujeto/a que se encuentra atravesando una

Acompañamiento Familiar en Tratamiento



enfermedad mental, aporta no solo a los cuidados, asistencia y acompañamiento en su vida cotidiana; sino también a su transformación como sujetos/as autónomos e independientes con potencialidades transformadoras, para mejorar y mantener su reproducción económica,

social, cultural, habitacional y de salud. Al respecto, rescatamos que en algunos casos se observa el avance de los/as sujetos/as, acompañados/as por familiares, en relación al reconocimiento y aceptación del padecimiento subjetivo, como de las estrategias desarrollados para lograr una autonomía. En otros casos, si bien no se visualizan grandes avances con respecto al logro de la autonomía de aquellos/as

sujetos/as que son acompañados por los/as familiares en el proceso del tratamiento, consideramos que sin sus aportes la situación del sujeto/a se encontraría más deteriorada, impidiéndole afrontar su realidad social.

A la luz de lo expuesto hasta el momento y en lo que respecta a la pregunta con que iniciamos el análisis **¿son las condiciones de la reproducción cotidiana de la existencia las que determinan la forma en que los/as sujetos/as con de padecimiento subjetivo desarrollan su vida cotidiana, repercutiendo en la forma de ser y de estar con el mundo?**, consideramos necesario retomar los procesos de reproducción señalados anteriormente, para responder lo que nos interrogamos. Si bien estas esferas son diferentes, para lograr la reproducción de la vida social es necesario que las mismas se impliquen mutuamente. De esta manera, afirmamos que tanto la esfera **comunal-cultural** (...) “tiene como tarea primordial preservar la reproducción **bio-comunal** de la cual procede” pero siempre teniendo en cuenta que es necesario que esté (...) regulada por la reproducción de la autoconciencia y la conducta” (...) (Samaja, 2004, p.115). Es en este sentido que podemos visualizar como las variables nombradas anteriormente, tiene repercusiones en el interior de las familias, a través de la división del trabajo familiar, donde se distribuyen las responsabilidades, derechos y deberes, los cuales, van a estar dados por los grados de género, generación y parentesco, en torno al cumplimiento de las funciones de la familia. De esta manera, podemos afirmar lo que sostiene Samaja (2004) quien plantea: la reproducción biológica no solo implica lo orgánico, sino también “(...) la reproducción de la red de interacciones que construye el medio comunal en el cual ellos se realizan como individuos, al mismo tiempo que “producen” a los nuevos miembros de la bio-comunidad”. (p.110)

Afirmando que la familia constituye uno los espacios sociales fundantes en de la vida de las personas, donde se llevan a cabo los procesos de socialización (es el primer lugar donde construimos nuestras primeras relaciones, experiencias y modos de aprender ser, pensar, actuar, sentir), y a su vez, representa una organización social donde sus miembros combinan sus capacidades y recursos en pos de la reproducción cotidiana y social; es que podemos visualizar que tanto la situación económica como la situación laboral son “(...) momentos de la producción que realizándose, crea al otro y se crea en tanto otro(...)” (Samaja, 2004, p.115). De

esta manera, tanto la reproducción **tecnico-económica** como la **ecológica-política** son procesos que pueden ser observados dentro de la reproducción **comunal-cultural**, porque es en estos lugares donde se desarrollan los procesos de alimentación, habita, saneamiento de la vivienda, socialización, educación, control social como así también donde se llevan a cabo los procesos de producción, distribución y consumo del mercado laboral. Asimismo, en estos espacios se establecen los vínculos dentro de la comunidad con nuestros pares, donde los individuos se constituyen a través de la relaciones que se instauran en los distintos espacios de la vida social, reproduciendo los discursos de construcción del mundo social, los cuales, representan esquemas que son creados por los aparatos ideológicos del Estado, cuya función principal consiste en la formación social de los/as sujetos/as que forman parte de una sociedad. A partir de esto, podemos sostener lo que plantea el autor cuando señala que dentro de la reproducción **comunal-cultural**:

(...) La conciencia del miembro de una comunidad cultural debe elevarse a autoconciencia; es decir, a una conciencia capaz de identificarse a si misma como parte de un sistema de relaciones de parentesco, dotada de ciertos atributos o derechos en el seno de estos linajes y habilitada para ciertas relaciones conyugales y no para otras. (...) (Samaja, 2004, p.111).

En esta dirección, afirmamos que reconocer que todos estos procesos tienen repercusión en la forma en que se enfrenta el tratamiento, la aceptación del padecimiento subjetivo y la manera en que se van a plantear las estrategias para lograr una buena calidad de vida, nos va a permitir poder mirar la salud como parte de los diferentes niveles de reproducción de la vida social. De esta manera, podemos lograr lo que plantea el autor cuando señala que:

(...) El Tratamiento en concreto, implica que la realidad existe aquí y ahora como unidad de una gran diversidad de componente que se han formado históricamente, pero que se actualiza en el presente de manera diversa, según sea el aspecto particular toma el control o dominio del fenómeno. (...) Nos invita a reconocer que las totalidades concretas se modifican y alteran sus cualidades a lo largo del tiempo, de manera que lo que es predominante en un momento pasa a ser secundario o



subordinado en otro momento; que lo que es actual, en cierto momento, pierde actualidad, y lo que era potencial llega a ser actual. (...) (Samaja, 2004, p.131).

#### 4. Reflexiones sobre el Proceso de Intervención Pre-Profesional: Autoevaluación del Trabajo en Equipo

A lo largo de toda la práctica académica de intervención pre-profesional, como equipo de trabajo atravesamos por diferentes etapas, éstas nos permitieron reflexionar respecto a nuestro desenvolvimiento al interior de la institución conjunta e individualmente, y también en relación al momento del proceso de sistematización y redacción de la tesina.

Con respecto a la intervención en el HDSM, consideramos que la experiencia nos brindó herramientas no sólo para pensar el abordaje desde una perspectiva interdisciplinaria y holística, sino también en relación a la construcción y desconstrucción de las representaciones y los imaginarios sociales. De esta manera, la intervención en el campo de la salud mental nos permitió romper con muchos prejuicios, pudiendo construir otras maneras de mirar, de entender y comprender, de vincularnos con los/as otros/as, quienes con una palabra, un gesto, una mirada y una sonrisa nos enseñaron a descubrir otro mundo posible.

De esta manera, entendimos la importancia de desconstruir esas representaciones sociales, que imponen y establecen la concepción “normal/anormal”, al momento de intervenir para y con sujetos/as que presentan padecimientos subjetivos. Esto es sumamente importante dado que si no se logra romper con esos prejuicios, no sólo se presentarán dificultades al momento de intervenir, sino que también se verá obstaculizada la posibilidad de generar una nueva estructura de posibilidades, de accesibilidad y de inclusión, donde el reconocimiento y el respeto al otro/a en su singularidad se transforme en la clave para construir otras formas de relacionarnos y de vivir en colectividad, saludablemente y en paz.

La intervención en conjunto en el espacio de práctica nos permitió visualizar la importancia del acompañamiento en estos procesos, ya que esto habilitó el diálogo respecto a lo que mirábamos, analizamos y sentimos ante las diferentes situaciones que vivíamos dentro del escenario de práctica pre-profesional. Al finalizar los talleres que compartimos (asambleas multifamiliares, taller de integración comunitaria y entrevistas sociales) intercambiamos opiniones como interpretaciones acerca de

nuestro accionar, como también de lo que escuchábamos y observamos. En el momento de dirigirnos al Ministerio de Desarrollo Social y Poder Judicial, el acompañamiento posibilitó no sólo el diseño de diferentes estrategias para lograr el acceso a estos escenarios institucionales, sino también direccionar las mismas (estrategias) en alcanzar a través de la cogestión la autogestión de los recursos institucionalizados.

Todo esto nos permitió poner en práctica todas las herramientas, que a lo largo de la carrera de Licenciatura en Trabajo Social, adquirimos, ya sea; observación participante y no participante, entrevista en profundidad, pero fundamentalmente las entrevistas sociales para luego poder transformar la información en fichas sociales.

En cuanto a dificultades que se nos presentaron en la intervención pre-profesional en la institución, consideramos que el compartir sólo espacios que se realizaban cada quince días (asambleas multifamiliares y taller de integración comunitaria) o eventualmente (gestión de recursos) imposibilitó el intercambio para la reflexión y el análisis ante las situaciones que vivíamos diariamente, de manera individual, con la participación semanal en el espacio de admisión (asistíamos dos veces a la semana cada una de nosotras). Esto implicaba que las situaciones que se nos presentaban a cada una eran distintas ya que, si bien ocurrían en el mismo lugar, cambiaban los/as sujetos/as como también los/as profesionales.

Por último, con respecto al momento del proceso de sistematización y redacción de la tesina, logramos analizar y pensar las diferentes situaciones, que se nos presentaron en el hospital de manera conjunta como individualmente, diseñando tanto las estrategias como las propuestas para intervenir pre-profesional en el HDSM, siempre teniendo en cuenta las demandas de la institución como de los propios sujetos/as con padecimiento subjetivo y los familiares. Todo esto fue posible, también, gracias al acompañamiento de los profesores como compañeros/as de la Facultad de Ciencias Sociales, quienes en los espacios formativos de las asignaturas de intervención pre profesional, seminario orientador de la temática y seminario de sistematización y redacción de tesina, nos interpellaron, interrogándonos acerca de la intervención desarrollada como también en relación al análisis y redacción de la tesina, planteándonos, a su vez, propuestas para intervenir en la práctica académica.

# AMODO DE CIERRE I

## Otras formas de Entender-Comprender el Padecimiento Subjetivo

*La Utopía está en el horizonte. Me acerco dos pasos, ella se aleja dos pasos. Camino diez pasos y el horizonte se desplaza diez pasos más allá. Por mucho que camine, nunca la alcanzaré. Entonces, ¿para qué sirve la utopía? Para eso: sirve para caminar.*

*Eduardo Galeano.*

## A MODO DE CIERRE | Otras formas de Comprender y Entender el Padecimiento Subjetivo

*“¿Existe un buen modo de categorizar los cuerpos? ¿Qué nos dicen las categorías? Las categorías nos dicen más sobre la necesidad de categorizar los cuerpos que sobre los cuerpos mismos.”*  
Judith Butler

Al finalizar las prácticas académicas pre-profesionales, entendimos y comprendimos que el proceso de aprendizaje-enseñanza no culmina cuando se concluye la etapa universitaria. Por el contrario, a pesar de todo el camino recorrido, nos seguimos interpelando la forma en que aprendemos, construimos y entendemos los modos de relacionarnos y de estar con el mundo; donde aparecen categorías que nos atraviesan e influyen brindando no sólo oportunidades sino también estableciendo límites para poder desarrollar nuestra personalidad de acuerdo a lo que sentimos y a la manera de relacionarnos con el mundo.

La sociedad construye sus representaciones, instalando imaginarios sociales en la colectividad, donde se establecen determinados “parámetros considerados normales” sin respetar ni reconocer la singularidad de cada sujeto/a, sostenidos por relaciones, estructuras sociales, pensamientos, hábitos y normas, que todos/as debemos aceptar, adaptándonos a estas categorías para poder ser y sentirnos parte de la sociedad.

A partir de esto, pensamos y nos interpelamos que si este mundo se encuentra conformado por una multitud de sujetos/as singulares: **¿Por qué existen imaginarios sociales que nos dividen? ¿Por qué debemos desarrollar y establecer estrategias para adaptarnos a esta “sociedad normal”?**

Somos seres sociales que para poder ser y estar, se nos presenta una condición que es relacional, porque se define en relación con el/la otro/a, y a su vez, es relativa e histórica porque es una construcción que depende de cada momento histórico, que va a definir y establecer determinados parámetros y requisitos para formar parte de la colectividad social. Estas construcciones se encuentran atravesadas por los lugares que ocupan estos/as sujetos/as como actores sociales de una sociedad.

La globalización y el mercado convierten al individuo/a en un sujeto/a para el consumo, donde los mismos se transforman en una mercancía de consumo. Existe una gran presencia de los medios de comunicación, los cuales, influyen en la construcción de realidades, es decir, en la construcción de una ideología que responde a los intereses del mercado, del discurso y de la construcción colectiva. De esta manera, la comunicación mediática configura una realidad que se estructura en el mercado discursivo de las sociedades. Los mensajes<sup>25</sup> que producen los medios de comunicación operan como discursos verdaderos, que no se cuestionan, y de esta manera reemplazan las investigaciones o análisis académicos, convirtiéndose en efectos pasionales:

(...) efectos pasionales: el sentimiento de explicar y de comprender la situación o el acontecimiento de que se trate. (...) Un medio de comunicación social es un dispositivo tecnológico de producción-reproducción de mensajes asociado a determinadas condiciones de producción y a determinadas modalidades (o prácticas) de recepción de los mensajes. (Verón; 1997; Pág. 33).

En este sentido, el neoliberalismo instituye como ideología la concepción en donde los/as sujetos/as no solamente tienen que convertirse en seres individuales, sino también autónomos en el plano económico, social y familiar. Al respecto, Butler (2017) plantea que en nuestras sociedades actuales:

(...) la racionalidad neoliberal impone la autonomía como ideal moral al mismo tiempo que desde el poder se destruye esa misma posibilidad en el plano económico, porque convierte a toda la población en seres potencial o realmente precarios, y hasta se vale de la siempre amenazante precariedad para justificar su intensa regulación del espacio público y su desregulación de la expansión mercantil. (p. 21)

De esta manera, si uno/a no es capaz de cumplir con la autonomía impuesta por el sistema capitalista (por ejemplo, en el caso de los/as sujetos/as con padecimiento subjetivo el establecer un lazo social, para así conseguir un trabajo estable), se convierte en un sujeto/a “*potencialmente descartable*”. Por lo tanto, la autora afirma

---

<sup>25</sup>Mensaje es ese objeto empírico portador de significaciones.

que cuanto más acata el/la individuo/a esa exigencia respecto al logro por la autonomía personal, donde lo social es hecho cuerpo, más aislado se encuentra socialmente y más consciente es de la precariedad que presenta. Y de esta manera, se exterioriza el padecimiento subjetivo frente a la angustia que produce no poder lograr la autonomía impuesta, y por consiguiente, el no poder sentirse parte de una sociedad y el no poder ser en relación con los/as otros/as.

Pensar el padecimiento subjetivo como una producción social inscrita en los modos de producción y reproducción de una sociedad, nos lleva a realizar una ruptura con la idea de *déficit construido*:

(...) déficit construido (inventado) para catalogar, enmarcar, mensurar cuánto y cómo se aleja el otro del mandato de un cuerpo normal, del cuerpo único. (...) El parámetro de normalidad (...) es inventado en el marco de relaciones de asimetría y desigualdad. Esas relaciones asimétricas producen tanto exclusión como inclusión excluyente. Esto no significa negar las singularidades, sino radicalizarlas, radicalizar la noción de cuerpo normal. (Almeida, 2010, p.16)

Por lo tanto, esta ruptura, quiebre con la concepción de normalidad, nos abre el juego para dejar de comprender y entender al sujeto/a con padecimiento subjetivo desde una perspectiva médico/patológico asistencialista, como un individuo/a precarizado que debemos adaptarlo e integrarlo a la sociedad; para pensarlo como un **sujeto/a de derecho**, anclado en la idea de derechos humanos. Esto implica reconocer la obligación estatal de garantizar la igualdad social y la no discriminación:

La nueva concepción entraña la idea de que las personas con discapacidad no son “objeto” de políticas caritativas o asistenciales: son “sujetos” de derechos humanos. Por lo tanto, titulares de derechos, con la potestad de adoptar las decisiones necesarias para el desarrollo de su vida personal y social. En este sentido, las desventajas sociales que sufren no deben eliminarse como consecuencia de la “buena voluntad” de otras personas o de los gobiernos, sino que deben eliminarse porque

dichas desventajas son violatorias del goce y ejercicio de sus derechos humanos. (Senado de la Nación, 2006, p.2)

En la jurisprudencia de la Argentina, nos encontramos frente a una normativa que regula el derecho a la igualdad de oportunidades y la no discriminación de las personas, tratándose de un principio general denominado “principio de la igualdad”, que sustenta el marco legislativo y propugna la igualdad de trato de las personas, de manera que ante situaciones iguales se otorgue el mismo trato y en situaciones desiguales se favorezca un trato distinto a las mismas/as. La igualdad se puede considerar desde dos puntos de vista: por un lado, se encuentra la formal en donde se da la regulación de las diferentes cuestiones en las leyes (sería igualdad en la ley), por el otro lado, se encuentra el material que es la aplicación de las mismas (igualdad en la aplicación de la ley):

La **igualdad** se complementa con el principio de no discriminación, en el que se basan todos los tratados de derechos humanos, y trata de evitar toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que deje sin efecto u obstaculice el reconocimiento y ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos por diferentes motivos, como la raza, el origen étnico, el género y la nacionalidad, entre otros, sin justificación objetiva. Si bien las acciones del Estado sobre la base de este principio y con el objetivo de la igualdad son constantes y evolucionan progresivamente, el principio de no discriminación establece obligaciones inmediatas. La aplicación de este principio no ha estado sujeta a ninguna condición para otros grupos. En la práctica, sin embargo, las personas con discapacidad siguen siendo objeto de condiciones que socavan la aplicación del principio de no discriminación en su caso. (Fundación Iberoamericana Down21, 2018)

En este sentido, esta igualdad de oportunidades obstaculiza la aplicación del principio de no discriminación a los/as sujetos/as con padecimiento subjetivo, dado que no se tienen en cuenta las particularidades que presenta los/as mismos/as con respecto a su condición económica, social, cultural, habitacional, familiar y de salud, generando nuevas formas de discriminación que conlleva a la exclusión y aislamiento social de los/as individuos/as. De esta manera, el Estado solo se encarga de otorgar asistencia a todas las personas que presente una discapacidad,



sin priorizar y corroborar la vulnerabilidad social, económica y cultural que padecen estos/as sujetos/as en su singularidad, que dificulta la reproducción de su vida cotidiana. Un claro ejemplo de esta situación se observa en el acceso a recursos, donde personas con padecimiento subjetivo pertenecientes a clase medias o altas tienen posibilidad de obtener los medios de subsistencia, a diferencia de los que forman parte de las clases bajas.

Por tal motivo, proponemos como alternativa el logro de una igualdad social que apunte a una equidad en la sociedad, intentando romper las condiciones de desigualdad social producto de la igualdad de oportunidades, las cuales, perpetúan las diferencias entre las personas afectando el acceso a derechos fundamentales. De esta manera, lo que se pretende es legitimar las diferencias donde los/as sujetos/as puedan convivir en un mismo espacio, a pesar de sus particularidades, a través de un trato equivalente que garantice la dignidad y la igualdad social de todos/as.

Para terminar, invitamos a todos/as a pensar juntos/as el modo en que nos referimos cuando hablamos de discapacidad, de diversidad, de diferente; con el objetivo de desconstruir los discursos que hablan de la integración de la diferencia, los cuales, aparecen “(...) expuestas como bandera de corrección política, cuando festejamos la inclusión de ese otro a quien quizás nunca le preguntamos su deseo.” (Almeida, 2010, p.21).

En este sentido, nos interpelamos **¿qué sucede con estos/as sujetos/as frente a estas representaciones sociales que, a través de un discurso aclaman la inclusión, y en la realidad reflejan y acentúan la diferencia, la discapacidad?** Se sienten excluidos frente a una sociedad que integra y adapta los cuerpos a través del reconocimiento de la diferencia, resaltando la incapacidad, y estableciendo políticas sociales y estrategias que brindan la posibilidad y oportunidad de que puedan sentirse parte de la “normalidad”. No obstante, sostenemos que el cambio no sucede solamente aceptando la incapacidad, sino a través de reconocer de que todos/as somos diferentes y tenemos derecho de vivir en paz junto con los/as otros/as de acuerdo a lo que sentimos/as y no lo que nos imponen.

Al respecto, para poder realizar este proceso de desconstrucción es necesario revisar no sólo los sentidos y modos de nombrar al padecimiento subjetivo, sino también la manera en que los/as profesionales acompañan en estos procesos a los/as sujetos/as en su vida cotidiana, provocando transformaciones que traen “(...) la necesidad de reconversiones institucionales que integren ciertas tensiones entre subjetividades contemporáneas y operaciones y procedimientos institucionales, para que puedan interpelar al sujeto y producir sentidos en él.” (Arias, 2016, p. 38).

Las instituciones se constituyen en aquellos espacios que el/la sujeto/a circula diariamente para encontrar una respuesta a sus demandas, por esto es importante y necesario replantearse esta capacidad de las mismas para dar una respuesta frente a las problemáticas sociales:

(...) todas las instituciones, aun las aparentemente más estáticas, se mueven. Este movimiento está dado por el “juego”, (...) entre lo instituido y lo instituyente. La dimensión de lo instituido significa una estructura ya dada, mientras que la dimensión de lo instituyente no es algo dado sino que se va haciendo, se va conformando según este “juego” o “dialéctica” (Kaminsky, 1994, p.31).

A partir de esto, para generar un cambio no solo jurídico sino también en las estrategias desarrolladas en las instituciones, proponemos la construcción colectiva a través de una participación política-activa, con propósito de transformación donde se cristalicen “(...) nuevos lenguajes, categorías y palabras, para nombrar y advertir formas inéditas de exclusión que se producen y reproducen en la totalidad de nuestros países. (...)” (Almeida, 2010, p.21). Todo esto, con la finalidad de pensar las instituciones como lugar de encuentro con el/la otro/a, “(...) partiendo de las significaciones que lo relacional tiene como forma de instituir la subjetividad deseante. (...)” (Arias, 2016, p.41). Para lograr esto, es necesaria una intervención con **Presencias Constantes** dentro de las instituciones, como una estrategia política. En **¿qué consiste y en qué se basa las Presencias Constantes?**

Tomando los aportes de Arias (2016), las presencias refieren a la recuperación del dialogo entre “(...) el sujeto de la protección social y el sujeto deseante donde, asumiendo la centralidad de la complejidad, las instituciones construyan espacios

posibles para acompañar y dar respuestas singulares y situadas a los problemas planteados.” (p.39). Esto requiere un sostenimiento presente de parte de los/as profesionales, cuya presencia implique contener el encuentro con el/la sujeto/a que habita la institución, donde la escucha, la empatía y el miramiento prevalezcan en el momento de intervención junto con el/la otro/a. (Arias, 2016).

Siguiendo el análisis de la autora, afirmamos que el objeto que debe perseguir toda intervención profesional en instituciones refiere a la posibilidad de desarrollar un acompañamiento constante que tenga como finalidad revertir la matriz desigual e injusta, que “(...) recuperen el sentido y la capacidad normativa para dar respuestas a mediano y largo alcance.” (Arias, 2016, p.40). Todo esto, con la finalidad de construir escenarios donde el/la sujeto/a deseante, en su dimensión subjetiva, se le otorgue la posibilidad de fortalecer los lazos sociales enlazando proyectos personales y colectivos juntos con sujetos/as, que le garantice la igualdad de poder ser y estar juntos con otro/as de acuerdo a lo que sienten, y de construir relaciones saludables y en paz, donde se respeten las singularidades, dentro de la colectividad social.

Al respecto Noelia Sierra (2016) invita a repensar a la intervención en estos contextos de padecimiento subjetivo, en el cual, las “estrategias de acompañamiento en el marco de lo público (...) favorezcan la implementación de políticas de reparación social en las que se contemple al sujeto en su faz subjetiva para el mejoramiento de sus condiciones de vida”(p.37). Implica a su vez que las intervenciones realizadas en este tipo de instituciones deben romper con la idea paternalista y de control social que se empleaba antiguamente; y de esta manera, las mismas se ven en la necesidad de reconvertirse para acompañar a la problemática, en pos de crear sentido y fundamentos en los modos de acompañar a los/as sujetos/as en la trama de su vida cotidiana, considerando sus aspectos subjetivos.

Como señalan los autores, pensar el tipo de intervención con estos/as sujetos/as implica una mirada más allá del objeto de intervención profesional y de la investigación científica, como también el romper con la visión de la tragedia y de la persona como víctima. Se denomina concepción sociopolítica de la discapacidad, entendiendo que estas acarrearán problemas de producciones sociales originadas en

las relaciones de desigualdad, de la apropiación desigual de los bienes materiales y simbólicos, que fragmentan a las familias en la organización social capitalista. Por ende, estos tipos de intervenciones deben ser dirigidas hacia una reivindicación de los derechos sociales vulnerados, como también el acceso a la tecnología pertinente, que mejore las condiciones de accesibilidad del entorno, los servicios de salud, educación, rehabilitación y el ejercicio pleno de los derechos civiles y políticos.

Ideológicamente la dualidad normal/patológico, lo normal/anormal, no son más que representaciones sociales impuestas por quienes establecen los parámetros de la normalidad, desde el poder y el consenso. El encontrarse como sujeto/a “anormal” implica como imperativo, someterse a tratamientos de rehabilitación para revertir esa condición. El Estado es el principal actor encargado de generar políticas “compensatorias” que promuevan la igualdad de oportunidades en personas con padecimiento psíquico, como también es el productor y reproductor de las demarcaciones entre normal/patológico. No obstante, la nueva concepción de salud del paradigma emergente denomina a la misma como el completo “bienestar físico, psicológico y social de la persona”, lo que induce al Estado a tomar acción sobre políticas que atiendan a afecciones del tipo psíquico implementando programas, proyectos y leyes como la Ley de Salud Mental 26.657.

Desde el trabajo social, las intervenciones se ven condicionadas por la trama institucional donde se presta el servicio. Específicamente en estas instituciones que buscan reivindicar los derechos de las personas con padecimiento subjetivo, nos encontramos ante el desafío de mantener una “presencia constante”. En palabras de Sierra (2016) “nos referimos a una presencia como responsabilidad estatal que brega por la integración social y el bien común (...) que recupere el diálogo entre el sujeto de la protección social (y su dimensión de universalidad y homogeneidad) y el sujeto deseante (y su dimensión subjetiva)” (p.39), que brinden los espacios para acompañar y dar respuestas particulares a cada situación problema planteado. Esta “presencia constante” se lleva a cabo de forma interdisciplinaria, donde el encuentro con el/la otro/a implique un ámbito de contención y acompañamiento, junto con la gestión e implementación de estrategias que empoderen al sujeto/a con padecimiento subjetivo.

A modo de cierre, nos preguntamos **¿los imaginarios sociales establecidos en la sociedad se pueden transformar y cambiar?** Y de eso se trata toda lucha, de entender que existen otras formas de relacionarnos diferente a las que nos enseñaron desde pequeños/as, donde no existe el prejuicio, el estigma, la discriminación; sino el respeto, el reconocimiento y aceptación de que todos/as tenemos/as derecho a ser únicos e irrepetibles teniendo como guía lo que sentimos. Pero también de comprender que podemos desconstruir los imaginarios y las representaciones sociales establecidos por siglos, y construir otras maneras de vincularnos donde reconozcamos y respetemos al otro/a en su singularidad, para poder vivir en colectividad, saludablemente y en paz.

Al fin y al cabo, lograr que cada uno/a de nosotros/as pueda elegir la forma de ser y estar con el mundo de acuerdo a lo que sentimos y no lo que nos imponen; donde podamos desconstruir todo aquello que nos incomode y nos imposibilite ser, y construir otras realidades en colectividad, es la única forma de demostrar que la realidad es transformable.

## BIBLIOGRAFÍA GENERAL I

- Abramovich, V. (2006). *Una aproximación al enfoque de derecho en las estrategias y políticas de desarrollo*. En Revista de la CEPAL N° 88. Buenos Aires. Argentina.
- Abrile, Ma. D; Colomba, Ma.R. (2015): “*De - Construcciones en la salud mental. Otras formas de Ser y Estar*”. Tesis de Grado. Escuela de Trabajo Social. UNC. Córdoba. Argentina.
- Alegre, R., y Urbano, A. (2002-2005). *Locura y Derechos Humanos*. Revista publicada por el Departamento de Psicología del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial. 119-189. Argentina.
- Alguacil Gómez, J. (1998). *Calidad de Vida y Praxis Urbana Nuevas iniciativas de gestión ciudadana en la periferia social de Madrid*. España.
- Almeida, M.E., Angelino, A., Kipen, E., Lipschitz, A., Marmet, M. y Zuttion, B. (2010). *Nuevas retóricas para viejas prácticas. Repensando la idea de diversidad y su uso en la comprensión y abordaje de la discapacidad*. En Política y Sociedad. Vol.47, N° 1, pp. 27-44. Argentina.
- Amarante, P. (2009). *Superar el Manicomio. Salud Mental y Atención Psicosocial*.: Topia. Buenos Aires, Argentina
- Amico, L.C. (2005). *La institucionalización de la locura. La intervención del Trabajo Social en alternativas de atención*. Editorial Espacio. Buenos Aires, Argentina
- Aquín, N. (1996). La relación Sujeto-Objeto en Trabajo Social. Una resignificación posible. En: Encuentro Académico Nacional de FAUATS (S/D), *La Especificidad del Trabajo Social y la formación profesional*. Espacio Editorial. Buenos Aires, Argentina.
- Aquín, N. (2010). Fundamentos del Trabajo social Comunitario. Ficha de Catedra. Córdoba. Argentina.

- Arias, A. (2016). *Instituciones, Intervención y Encuentro con el otro*. En revista de Políticas Sociales, Año 3, N°4. Universidad Nacional de Moreno. Argentina.
- Arrieta, L.B. (2008). Hospital de Día: Un nuevo Territorio Existencial. En *Jornadas por una Ley Provincial de Salud Mental*. Mesa de Trabajo Permanente de Salud Mental y Derechos Humanos. Argentina.
- Bank, S. (1997), *Ética y valores en el trabajo social*. Capítulo 1 y 7. Ed. Paidós. Barcelona.
- Berntal, F., & Obaid, K.N. (2009). *Lazo Social. Una posibilidad en la Psicosis*. (Trabajo de Sistematización de Final de Practicas Pre-Profesionales). Universidad Nacional de Córdoba-Facultad de Psicología. Argentina.
- Bourdieu, P. (1997) *Razones Prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Traducido por Thomas Kauf. Editorial Anagrama, Barcelona, España.
- Butler, J. (2017). *Cuerpos Aliados y Luchas Políticas. Hacia una teoría performativa de la asamblea*. Paidos. Argentina.
- Carballeda, A.J.M. (2006). *La intervención en Lo Social, las Problemáticas Sociales Complejas y las Políticas Públicas*. Editorial Espacio. Buenos Aires, Argentina.
- Carballeda, A.J.M. (2008). *La Intervención en lo Social y las Problemáticas Sociales Complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social*. Revista Margen N°48. 1-2. Recuperado en <http://margen.org/suscri/margen48/carbal.html>. Argentina.
- Carballeda, A. (2012). *La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas*. Revista Margen N°65. 1-11. Recuperado de <https://www.margen.org/suscri/margen65/carballeda.pdf>. Argentina.

- Carballeda, A. (2018). *Apuntes de Intervención en lo Social. Lo histórico, lo teórico y lo metodológico*. Editorial Margen. Buenos Aires. Argentina.
- Castel, R. (1991). La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión. En M.J. Acevedo, y J.C. Volnovich. (Ed.), *El Espacio Institucional* (pp. 37-54). Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.
- Czeresnia, D. (1999). *El concepto de Salud y la diferencia entre Prevención y Promoción*. Este texto es una versión revisada y actualizada del artículo "The concept of health and the difference between promotion and prevention", publicado en los Cuadernos de Salud Pública.
- Falcone, R. (s.f). *Breve historia de las Instituciones psiquiátricas en Argentina. Del Hospital cerrado al Hospital abierto*. Argentina.
- Fernández, L. (s.f.). *Instituciones Educativas. Dinámicas Institucionales en situación críticas*. Editorial Paidós. Barcelona, Buenos Aires, Méjico
- Ferreira, M. (2010). *De la minus-valía a la diversidad funcional: un nuevo marco teórico-metodológico*. En *Política y Sociedad* 47(1); monográfico, M.A.V. Ferreira (coord.): *Por una sociología de la discapacidad*. España.
- Fraser, N. (1991), *La lucha por las necesidades: Esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío*. Debate Feminista.
- Foucault, M. (1991). *Enfermedad Mental y Personalidad*. Presses Universitaires de France. Traducción Madrid: Edición Paidós. Paris, Francia
- Garay, L. (2006). "La Cuestión Institucional en la Educación y las Escuelas". En Butelman, I. (Ed.), *Pensando en las instituciones*. Paidós. Argentina.
- Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad Deteriorada*. Decima Impresión 2006. Amorrortu Ediciones. Argentina.
- Gonzalez, C. (2001). *La Intervención en el Abordaje Familiar*. Mimeo. Córdoba. Argentina.



- Gonzalez, C., Nucci, N., Soldevila, A., Ortolanis, E., y Crosetto, R. (1999). *Necesidades y Satisfactores en el espacio social familiar*. Informe de investigación con Aval de la SECyT de la UNC para el Programa de Incentivos (mimeo). Córdoba, Argentina.
- Gonzalez, C., Nucci, N., Soldevila, A., Ortolanis, E., Crosetto, R., y Miani, A. (2001). *Las Estrategias Individuales en las Estrategias Familiares de Reproducción Social*. Informe de investigación con Aval de la SECyT de la UNC para el Programa de Incentivos (mimeo). Córdoba. Argentina.
- Grassi, E. (2003). Estado, Cuestión Social y Políticas Sociales. En *Políticas y Problemas Sociales en la Sociedad Liberal. La otra década infame (I)* (pp. 13-30). Espacio Editorial. Buenos Aires, Argentina
- Gutiérrez, A. B. (2005). *Las Prácticas Sociales: Una Introducción a Pierre Bourdieu*. Ferreyra Editor. Córdoba. Argentina
- Heller, Agnes (1978) *Teoría de las Necesidades en Marx*. Ediciones Península. Barcelona, España
- Kaminsky, G. (1994). *Dispositivos Institucionales*. Nueva Visión. Argentina.
- Laurell, A. C. (1986). *El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina*, en Cuadernos Médicos Sociales 37, Rosario, Argentina.
- Moscovici, S. (1979). *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Editorial Huemul. Buenos Aires, Argentina.
- Navarlaz, Vanesa Eva (2011). *La creación de establecimientos públicos de asistencia psiquiátrica en la Argentina*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- Nogues, S. (2006). *Familia Discapacidad y Derechos Humanos*. En Familia(s), estallido, puente y diversidad. Una mirada transdisciplinaria de derechos humanos. Coordinador: Eroles Carlos. Editorial Espacio. Argentina.

- Oliva, A.A., Perez C., Mallardi, M. W. (2011). *Aportes táctico-operativos a los Procesos de intervención del Trabajo Social*. Universidad Nacional del Centro. Buenos Aires. Argentina.
- Parra, G. (1999). *El objeto y el Trabajo Social. Algunas aproximaciones a la problemática del objeto en el Trabajo Social*. Cuadernillo 15 – Desde El Fondo – FTS / UNER. 21-28. Recuperado de [http://www.fts.uner.edu.ar/publicaciones/publicaciones/desde\\_el\\_fondo/pdf/Nro\\_15/7%20Parra%2015.pdf](http://www.fts.uner.edu.ar/publicaciones/publicaciones/desde_el_fondo/pdf/Nro_15/7%20Parra%2015.pdf). Entre Ríos, Argentina.
- Robles, Claudio, 2015: *¿Y por casa cómo andamos? Reflexiones sobre la supervisión en Trabajo Social*. VI Encuentro Internacional de Trabajo Social – VIII Jornadas de la Carrera de Trabajo Social “Sociedad y Universidad: Ciencias Sociales, Conocimiento Orientado y Políticas Públicas”. Carrera de Trabajo Social UBA. Argentina.
- Romero, A. (2009). *Una mirada social al estigma de la enfermedad mental*. Cuadernos de Trabajo Social. Vol. 23. La Rioja. Argentina.
- Rosato, A.; Angelino, A.; Almeida, M.E., Angelino, C.; Kippen, E., Sánchez, C.; Spadillero, A., Vallejos, I., Zuttió, B., Priolo, M. (2009). *El papel de la ideología de la normalidad en la producción de discapacidad*. Ciencia, Docencia y Tecnología N 39, p. 87-105
- Samaja J. (2004). *Epistemología de la Salud: Reproducción Social, Subjetividad y Transdisciplina*, Editorial Lugar. Buenos Aires. Argentina.
- Schvarstein, L. (1992). *Psicología Social de las Organizaciones* Paidós. Buenos Aires. Argentina.
- Sierra, N. (2016). *Presencia constante. Acompañamientos institucionales ante situaciones complejas*, p. 37-41
- Stolkiner, A. (1994). *Tiempos “posmodernos”: ajuste y salud mental*. En O.Saidón, y P. Troianovski. (Ed.), *Políticas en Salud Mental*. (pp.25-53). Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.

- Toledo, U (2004). *¿Una epistemología del Trabajo Social?* Universidad de Chile. Cinta de Moebio. Chile.
- Verón, E. (1997). *Esquema para el análisis de la mediatización*. Diálogos N° 48.
- Von Sprecher, R. (2014). Capítulo I: La teoría social de Pierre Bourdieu. En R. Von Sprecher, J.L. Cristiano, y M. Giletta, *Teorías Sociológicas. Introducción a los contemporáneos*. (pp. 11-81). Editorial Brujas. Córdoba, Argentina.

## OTRAS FUENTES BIBLIOGRÁFICAS I

- Centro de Estudios Legales y Sociales (2015). *Cruzar el muro. Desafíos y propuestas para la externación del manicomio*. CABA.
- Convenio Específico de Practicas Académicas, Resolución N°: 989, Universidad Nacional de Córdoba-Facultad de Ciencias Sociales, Argentina, Diciembre 2018.
- Fundación Iberoamericana Down21, (2018). *Igualdad de oportunidades y no discriminación*. Recuperado de <https://www.down21.org/area-juridica/123-legislacion-espanola/1171-igualdad-de-oportunidades-y-no-discriminacion.html>
- Hospital de Día en Salud Mental. Un dispositivo alternativo de mayor contención para el tratamiento de pacientes con padecimientos psíquicos. [Folleto] (s.f.). Gobierno de la Provincia de Córdoba.
- Legislatura de la Provincia de Córdoba. (2010). *Ley N° 9848 de "Protección de la Salud Mental*. Recuperado de <http://www.cpsscba.org/cv/Confluencias/CV2010/cv199/Ley%209848%20%20Salud%20Mental.pdf>
- Ministerio de Desarrollo Social. (s.f.) *Discapacidad con Derechos. Compilación de Leyes sobre Discapacidad*. Recuperado de <http://multimedia.cba.gov.ar/web/DISCAPACIDAD%20CON%20DERECHOS.pdf>
- Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba- Dirección de Jurisdicción de Salud Mental. *Instituciones y Servicios que conforman la Red Prestacional de Salud Mental de la Provincia de Córdoba*. [Revista Folleto], (s.f.). Gobierno de la Provincia de Córdoba.
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. INFOLEG, Información Legislativa y Documental. Recuperado de [http://www.infoleg.gob.ar/?page\\_id=1003](http://www.infoleg.gob.ar/?page_id=1003)
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (1981). *Ley Nacional 22.431 Sistema de Protección Integral de los Discapacitados*. INFOLEG Información

Legislativa y Documental. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/20620/texact.htm>

→→ Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (1983). *Ley Nacional 22914 .Salud Publica. Personas con Deficiencia Mentales, Toxicómanos y Alcohólicos Crónicos*. INFOLEG Información Legislativa y Documental. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=175978>

→→ Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (1997). *Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad*. INFOLEG Información Legislativa y Documental. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/45000-49999/47677/norma.htm>

→→ Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2001). *Ley 25.504. Modificación de la Ley Nº 22.431. Sistema de Protección Integral de Discapacitados*. INFOLEG Información Legislativa y Documental. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/70726/norma.htm>

→→ Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental N°26.657*. INFOLEG, Información Legislativa y Documental. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

→→ Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2010). *Ley Nº 9848 Provincial de Protección de la Salud Mental*. Recuperado de <http://test.e-legisar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=16684>

→→ Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, (s.f.), *Instituciones y Servicios que conforman la Red Prestacional de Salud Mental de la provincia de Córdoba*. Recuperado de [https://www.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2012/07/salud\\_saludmental.pdf](https://www.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2012/07/salud_saludmental.pdf)

→→ Naciones Unidas. (1948). *La Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Recuperado de <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

→→ Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Recuperado de <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

→→ Senado de la Nación (2017). *Observatorio de Derechos Humanos. Recomendaciones en relación al otorgamiento de pensiones no contributivas a las personas con discapacidad*. Recuperado de [https://www.senado.gov.ar/bundles/senadomicrositios/pdf/observatorio/pensiones\\_discapacidad.pdf?fbclid=IwAR2yOpdILg342VS4AMUDn91Tfo7-xkn4BYljiFxpI1ItJMcsSBDrsVstnhg](https://www.senado.gov.ar/bundles/senadomicrositios/pdf/observatorio/pensiones_discapacidad.pdf?fbclid=IwAR2yOpdILg342VS4AMUDn91Tfo7-xkn4BYljiFxpI1ItJMcsSBDrsVstnhg)

## ANEXOS I

- Modelo de Entrevista Social.
- Modelo de Ficha Social.
- Guía de Recursos