

2019

Las incumbencias de los terapeutas ocupacionales en el abordaje interdisciplinario del proceso de externación de personas con padecimiento mental a través de dispositivos comunitarios pertenecientes al Hospital Taraborelli de la ciudad de Necochea en el año 2019

Francois, Daiana Gabriela

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/290>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Las incumbencias de los **Terapeutas Ocupacionales** en el abordaje interdisciplinario del proceso de externación de personas con padecimiento mental a través de dispositivos comunitarios.



Daiana Gabriela Francois
Hospital Taraborelli
Necochea, 2019



UNIVERSIDAD NACIONAL
de MAR DEL PLATA

**“Las incumbencias de los Terapistas Ocupacionales en el
abordaje interdisciplinario del proceso de externación de
personas con padecimiento mental a través de dispositivos
comunitarios pertenecientes al Hospital Taraborelli de la ciudad
de Necochea en el año 2019”**

Tesis presentada en:

Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Para optar por el título de Licenciatura en Terapia Ocupacional

Por:

Francois, Daiana Gabriela.

Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina.

Noviembre 2019

Directora:

Lic. Curien, María Laura.

.....

DNI: 28.151.951

Asesoramiento Metodológico:

Cátedra “Taller de Trabajo Final” de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Autora:

Francois. Daiana Gabriela.

.....

DNI: 34.509.258

A la Lic. Laura Curien por asumir el desafío de guiarme, por transmitirme su saber en cada recomendación y responder a mis innumerables dudas con tanta calidez humana, compromiso y profesionalismo.

A la comunidad del Hospital Taraborelli, por su colaboración desinteresada, su apertura y apoyo.

A mi familia entera.

A mamá por su paciencia, por hacer de mis sueños los suyos, por su compañía tan incondicional.

A papá por mostrarme su orgullo al verme crecer intelectualmente desde el día que escribí una palabra por primera vez, por impulsarme a ser mejor siempre.

A ambos por la valentía de asumir el rol de padres. Gracias por criarme con tanto amor, por llenar la casa de libros y de juegos, por educarme con tanta dedicación y en el mejor lugar del mundo. Jamás me dejaron pensar que no podía ser exactamente lo que quisiera ser, estoy orgullosa de ser su hija.

A mi hermano, por ser un niño-hombre tan compañero, humilde y con una bondad tantas veces desmedida.

A los demás integrantes de la familia, quienes acompañaron este proceso llenándome de música, comida y risas en cada vuelta a casa.

A las niñas más pequeñas que vinieron al mundo a enseñarme lo simple y más lindo de la vida; y al que vendrá a enseñarme aún más.

A quienes me han brindado su amistad. Desde mi primer amiga de la infancia, a quienes están desde mi adolescencia, a quienes conocí en el camino y a todos esos vínculos forjados en el último tramo.

A las extraordinarias amigas de la vida universitaria con todo lo compartido, lo sufrido, sentido, amado y reído.

Agradezco sus diferentes maneras de existir en mi presente.

A mi Abuelo y a mi Padrino, dos hombres increíbles en mi vida que se fueron de este mundo en estos años. Gracias por obligarme a transformar el dolor en crecimiento.

Nada hubiese sido posible sin un grupo humano tan diverso que supo sostenerme en todas sus formas para llegar al día de hoy.

Y gracias a la Universidad Nacional de Mar del Plata. Gracias por ser pública y gratuita, por recibirme, formarme y enseñarme de ideales y de sueños.

Daiana Francois.

ÍNDICE

1- AGRADECIMIENTOS.....	4
2- INTRODUCCIÓN.....	8
3- ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN.....	12
3- LA INSTITUCIÓN.....	18
4- MARCO TEÓRICO.....	29
CAPÍTULO I: HISTORIA DE LA LOCURA	
<i>La locura en la historia de la humanidad.....</i>	<i>30</i>
<i>La locura en la historia de nuestro país.....</i>	<i>35</i>

CAPÍTULO II: EL MARCO LEGAL DEL NUEVO PARADIGMA

Ruptura legal de una antigua concepción del padecimiento: Ley Nacional de Salud Mental.....40

CAPÍTULO III: TERAPIA OCUPACIONAL E INTERDISCIPLINA

Orígenes de la Terapia Ocupacional en el ámbito de la Salud Mental.....47

Abordaje interdisciplinario de los Terapistas Ocupacionales en el ámbito de la Salud Mental.....52

CAPÍTULO IV: EXTERNACIÓN

La externación como proceso.....56

5- ASPECTOS METODOLÓGICOS.....65

Tema y problema de investigación.....66

Objetivo general.....66

Objetivos específicos.....66

<i>Tipo y diseño de investigación</i>	67
<i>Población</i>	67
<i>Muestra</i>	67
<i>Método de selección de la muestra</i>	67
<i>Criterios de selección de la muestra</i>	67
<i>Definición de la variable</i>	68
<i>Dimensionamiento de la variable</i>	68
<i>Desarrollo del trabajo de campo</i>	70
<i>Técnica e instrumento de recolección de datos</i>	70
<i>Aspectos éticos</i>	71
ANÁLISIS DE DATOS.....	72
CONCLUSIÓN.....	82
<i>Anexo 1</i>	91
<i>Anexo 2</i>	94
<i>Anexo 3</i>	98
BIBLIOGRAFÍA.....	107

INTRODUCCIÓN

La siguiente investigación nace a partir de interrogantes personales surgidos en el transcurso de mi tercer práctica clínica de pregrado de la Licenciatura en Terapia Ocupacional, en el Hospital Subzonal especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Taraborelli de la ciudad de Necochea.

En el devenir de la experiencia surgieron preguntas en relación al rol ejercido por las Terapistas Ocupacionales en el abordaje interdisciplinario del proceso de externación de los sujetos con padecimiento psíquico de la ya mencionada institución.

El Hospital Taraborelli es una institución monovalente de Salud Mental que fue inaugurada bajo el modelo de Comunidad Terapéutica siendo este un modelo de trabajo y de vida que colabora con las personas, considerándolas capaces de influir en su propio tratamiento, rehabilitación y/o recuperación y/o restauración. Es un modo de trabajo radicalmente distinto al de la institución de salud tradicional, sin dominación de jerarquías técnicas y/o profesionales (Federación latinoamericana de comunidades terapéuticas, 2013).

Comenzó hace muchos años a trabajar responsablemente en la externación de los sujetos que allí reciben tratamiento. A raíz de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 como marco legal habilitante, dicha institución fue modificando sus prácticas y con ellas su organización interna a través de los años hasta la actualidad.

Se pudo observar que tales hechos también modificaron el rol de la Terapia Ocupacional como disciplina dentro de los equipos interdisciplinarios que se transformaron dentro del Hospital, con el fin de lograr la externación sostenida de los sujetos y que, la disciplina como tal, fue ganando reconocimiento institucional.

Durante el transcurso de la experiencia siempre fue destacable el ambiente favorable para el crecimiento de la Terapia Ocupacional y los esfuerzos que la institución realiza para adecuarse paulatinamente a la legislación vigente; pero en el devenir cotidiano, resultó dificultoso establecer cuáles eran las prácticas concretas que le corresponden a la Terapia Ocupacional como parte de los equipos interdisciplinarios tratantes, así como tampoco se encontró suficiente material teórico en el cual se delimite el rol a ejercer al momento de abordar el amplio proceso de externación de un sujeto con padecimiento psíquico.

Dichas inquietudes personales fueron las que impulsaron la siguiente investigación, sobre la base de que el nuevo paradigma en Salud Mental y el cambio en las líneas de abordaje de las disciplinas involucradas, que han sido contempladas en la Ley 26.657, necesariamente modifican el rol de los Terapistas Ocupacionales y sus prácticas.

Describir cada una de esas prácticas actuales se cree que conducirá a establecer una aproximación al rol del Terapeuta Ocupacional dentro de los diferentes escenarios en los que aborda al sujeto al momento de su externación, intentando crear nuevos aportes que sirvan como punto de partida para futuras intervenciones.

Además, se intentarán definir los procesos por los que atraviesa el ejercicio del rol dentro del área de la Salud Mental en la actualidad como son el de Externación, Desmanicomialización, Salud-Enfermedad, Interdisciplina, entre otros, por considerarlos de suma importancia para poder repensar los diferentes abordajes desde la teoría. Se parte de la idea de que la reflexión acerca de términos y procesos cotidianos en el ejercicio de la profesión representará un retorno a las bases teóricas siendo una revisión sumamente significativa.

En cuanto a los datos históricos, en la presente investigación se les dará un lugar privilegiado, sosteniendo que la única manera posible de acercarnos a comprender el rol que ejerce la Terapia Ocupacional inmersa en la Salud Mental de hoy, será conociendo los sucesos que la llevaron a instalarse en el área y su crecimiento dentro de la misma; así como también conociendo la historia de la mismísima Salud Mental en el país y el mundo.

Dicha información histórica oficiará de base teórica a partir de la cual se procederá a investigar porque, al decir del escritor Eduardo Galeano (2011) cada día tiene una historia y nosotros somos las historias que vivimos, las que imaginamos, las que nos esperan; la historia no solo nos atraviesa sino que nos constituye como seres humanos y por lo tanto también como profesionales en el abordaje de un otro, sería un tremendo error ignorar todos aquellos sucesos que han permitido a la disciplina posicionarse donde se encuentra hoy o desconocer la lucha histórica por el reconocimiento de los derechos humanos de los sujetos padecientes mentales.

Toda disciplina debe permitirse revisar sus prácticas a la luz de los cambios paradigmáticos y legislaciones que enmarcan sus abordajes, así como también, en relación a los diversos cambios sociales, políticos y económicos del país y comunidad en la que se desarrolle.

Es en este aspecto que se consideró de suma importancia la presente investigación como aporte significativo para la Terapia Ocupacional y, también por la necesidad de la disciplina de contar con un número mayor de material escrito que aborde temáticas que son de incumbencia propias.

Es importante que los propios profesionales de la disciplina sean quienes se apropien de sus experiencias en el tratamiento de los sujetos con padecimiento psíquico, en este caso particular en la externación de los mismos, y sean ellos quienes las transmitan.

La Terapia Ocupacional debe, no solo desarrollarse y continuar destacándose en la práctica diaria de la atención en Salud Mental sino que también debe hacerlo en el marco de lo formal, de manera tal que ese hacer cotidiano no quede en los hechos sino que además sea dicho, escrito y por lo tanto escuchado, leído por un otro para quien represente un aporte significativo para su ejercicio profesional futuro.

Es probable que el siguiente estudio de investigación sea sólo una simple aproximación y, sea necesaria la realización de estudios posteriores que delimiten de manera más concreta el rol de los Terapistas Ocupacionales en el proceso de externación de los sujetos con padecimiento psíquico, pero se espera que represente un comienzo en la búsqueda de respuestas que guíen el hacer profesional cotidiano.

ESTADO ACTUAL

Luego de realizada la consulta bibliográfica en la Biblioteca de la Universidad Nacional de Mar del Plata, bibliotecas virtuales y bases de datos, se puede afirmar que no hay investigaciones que traten el tema específico de la presente tesis de grado, pero si varias que se aproximan al abordaje de la problemática y que resultaron útiles a los fines de establecer un punto de partida desde donde comenzar a investigar.

Se tomaron en consideración investigaciones realizadas por Terapistas Ocupacionales de nuestro país, entre ellas algunas acerca de los inicios de la Terapia Ocupacional como disciplina dentro del área de Salud Mental y de su desarrollo en el paradigma actual.

A continuación se efectuará un relevamiento sobre aquellas investigaciones que se consideraron más valiosas en relación a la temática de investigación, a modo de establecer las bases sobre las cuales desarrollar la presente tesis de grado.

“El proceso de transformación de la atención psiquiátrica hacia el enfoque de cuidados en salud mental en Argentina. Participación de Terapia Ocupacional en la construcción del campo de la salud mental en la Ciudad de Buenos Aires (1957-1976)” (Nabergoi, 2013).

El problema de la investigación fue conocer cuáles fueron las características de la formación y ejercicio profesional del Terapeuta Ocupacional en tanto núcleo profesional que participa en el desarrollo del campo de la salud mental en CABA en el período 1957-1976.

Dentro de la muestra utilizada la autora incluyó terapeutas ocupacionales que participaron en la conformación de la formación y desempeño profesional en el período estudiado, y en particular, que tuvieron actuación en el campo de la salud mental desde distintos roles, quedando conformada la misma por 30 terapeutas ocupacionales. Además, realizó más de 20 entrevistas y conversaciones personales con otros informantes como estudiantes y profesionales de psicología y psiquiatría, terapeutas ocupacionales que se dedicaron al campo físico y/o que participaron de otros períodos en el campo así como también familiares, conocidos y compañeros de trabajo de terapeutas ya fallecidas para realizar una aproximación indirecta a su participación en el período estudiado.

En base a todos los datos recabados, la autora concluye que los desafíos de la Ley Nacional de Salud Mental interpela a la disciplina a poner al servicio de su cumplimiento la caja de herramientas construida a lo largo de los diferentes momentos que atravesó en el campo de la salud mental, así como a poner en juego todos los conocimientos teóricos y técnicos específicos. Del recorrido histórico realizado destaca entre otros, como elementos para retomar y recrear en el presente, la formación para el trabajo interdisciplinario desde el comienzo mismo de la carrera, la flexibilidad de la currícula para adaptarse a los cambios en el campo, la importancia del trabajo en equipo para la construcción de identidades colectivas y las dinámicas subjetivas implicadas en dichos procesos. Y espera que todos esos elementos, tengan la capacidad de agenciar con el presente y potenciarlo hacia formas de comprender y actuar en salud más democráticas, plurales, interdisciplinarias, cuidadoras, sinérgicas y potenciadoras de la vida de usuarios y trabajadores del área.

“Antecedentes de la Terapia Ocupacional en el Hospital José T. Borda” De la asunción del Dr. Domingo Cabred como director de la institución (1892) a la presencia efectiva del primer grupo de terapeutas ocupacionales (1960) (Daneri, 2005).

El objetivo de la investigación fue conocer los marcos conceptuales y filosóficos que sustentaron el uso del trabajo y de actividades como tratamiento de la enfermedad mental, desde 1892 hasta 1960 y su posible contribución a la incorporación de la Terapia Ocupacional en el Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José T. Borda.

Las fuentes primarias seleccionadas fueron los discursos oficiales del Dr. Cabred, tesis doctorales afines al tema seleccionado de 1892 a 1952 y la lectura de historias clínicas correspondientes al mismo periodo histórico. El límite temporal fijado no es arbitrario sino que se corresponde con la asunción de las primeras terapeutas ocupacionales a la institución junto con la asunción del Dr. Cabred como director dentro de ese periodo de tiempo, quien instaura de manera sistemática el uso del trabajo y de la actividad.

A modo de conclusión la autora señala que, el uso del trabajo y de las actividades en el interior del Hospital tuvieron diferentes connotaciones según la época y el marco conceptual que las sustentó y que aquello que varió en la fundamentación del uso del trabajo y de las actividades como recurso terapéutico fue la concepción del enfermo mental en su relación como sujeto de trabajo. De esta manera delimita dos periodos, uno en el que el enfermo queda por fuera del circuito de los intercambios y otro, en el que se le reconoce al hombre enfermo su condición de tal, pero también el valor de su fuerza de trabajo otorgándole un valor económico por parte del Estado; concluyendo en que quizás la visión del Estado y la organización que Carrillo pretendió darle particularmente a la Laborterapia o Terapéutica Ocupacional, podría haber modificado el rumbo de nuestra profesión

Hacia el final la autora abre nuevos interrogantes acerca de las posibles articulaciones entre la Terapia Ocupacional, el valor económico, político, social y cultural que se le asigna al trabajo y al sujeto enfermo que trabaja.

“Representaciones de los Terapistas Ocupacionales sobre el ejercicio del rol. En el marco de un nuevo paradigma de Salud Mental. Ley Nacional 26.657” (Cappai, 2014).

El objetivo de la misma fue conocer las representaciones de los Terapistas Ocupacionales del Hospital Subzonal especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Taraborelli de la ciudad de Necochea, sobre la incidencia que tenía en el ejercicio de su rol profesional la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/2010 y su Decreto Reglamentario 603/2013.

La muestra estuvo constituida por cuatro Terapistas Ocupacionales que integran la planta funcional del Hospital. Los datos se recolectaron utilizando la entrevista en profundidad como instrumento de recolección.

Las conclusiones más significativas a las que arribó la autora fueron que la Ley validó una modalidad de intervención que ya se venía utilizando en la institución y que revalorizó la identidad de la disciplina y su hacer dentro del equipo interdisciplinario. Expresó la dificultad percibida por parte de las Terapistas Ocupacionales entrevistadas en relación a la limitada formación profesional para el abordaje y tratamiento de las adicciones y, las aspiraciones de las mismas de

trascender con su accionar terapéutico el ámbito hospitalario, en la proyección de sus incumbencias profesionales en la inclusión socio-laboral-comunitaria y en la Atención Primaria de la Salud Mental en la comunidad. Al finalizar, sintetizó estableciendo como meta la reconstitución y/o resignificación del rol en la institución, a través de una imagen profesional que trascienda hacia nuevos campos de intervención.

Los trabajos de investigación detallados anteriormente fueron los consultados con particular interés y utilizados como herramientas para la construcción de un marco teórico en relación al devenir histórico de la disciplina y desde ese punto de partida comenzar el trabajo de investigación propiamente dicho; se priorizaron aquellas investigaciones realizadas por Terapistas Ocupacionales en nuestro país siendo escaso el material al que se pudo acceder debido a que la mayor parte de los estudios han sido realizados por profesionales de otras áreas afines.

Se observó un incremento de publicaciones en los últimos años, principalmente en bases de datos digitales, de trabajos y presentaciones de eventos los cuales, a pesar de carecer de carácter científico por no tratarse de investigaciones formales dentro de ámbitos académicos, han sido aportes significativos para la presente investigación.

Entre ellos se encuentran:

“Una mirada retrospectiva acerca del uso del trabajo y las actividades manuales, artísticas y recreativas en el tratamiento de la enfermedad mental en el Hospital José T. Borda” (Daneri, Vazquez; 2009).

Trabajo presentado en la organización de los festejos del 50 aniversario de la disciplina en el país.

“La concepción de Salud Mental desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional” (Daneri; Pérez, 2012).

Artículo muy valioso en la revista Argentina de Psiquiatría Vertex.

Otros aportes significativos fueron los de la Licenciada en Terapia Ocupacional Testa (2011), uno fue en relación a la creación de la carrera en el marco del estudio de las políticas públicas en la epidemia de poliomielitis; y otro fue un trabajo presentado en el IX Congreso Argentino de Terapia Ocupacional acerca de los antecedentes y delimitaciones del campo de intervención de la disciplina, entendiendo al mismo como un campo en disputa en la actualidad.

En relación a la extensión de los trabajos a los que se pudo acceder, fueron muy pocos aquellos extensos como tesis de grado o doctorales que se aproximaran al objeto de estudio, y aquellos menos extensos no eran lo suficientemente abarcativos abordando sólo aisladamente algunas temáticas de interés.

LA INSTITUCIÓN

“Están los quietos que casi comen.

Están los mansitos de sonreír a qué no se sabe.

Están los buscadores de otros con los ojos duros de rebotar rebotar.

Están los que miran todo el día la lluvia, aunque no llueva...

(...) Están los que se patean el pasillo-pasillo-pasillo hasta dejarlo igual que siempre mientras ellos se gastan como nunca.

Están los que tienen visitas, que suertudos.

Están los vigilados porque pegan trompadas porque sí, vaya a saber por qué.

Están los que escuchan la radio escondida en el bolsillo para que no se la manoteen.

Los pobres están porque se sientan siempre en el mismo banco para no perder la compañía de la baldosa que los mira fijo desde abajo.

Más abajo están los criminales “que terminaron mal” según dicen pero al fin acá somos todos iguales ante la ley del Halopido!

(...) Y Dios mío están todos los que se jubilaron de fracasar en la vida.

Y por una módica pensión hoy el fracaso se dedica a ellos las 48 hs del día.

(Está también el que iba a hacer el informe pero lo vino a buscar un milagro y anoche todavía lo andamos buscando).”

(J.A, Paciente del Hospital J. Tiburcio Borda)

Caminando el Taraborelli

La siguiente descripción proviene de datos recabados durante mi propia experiencia de práctica clínica de pregrado en el Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Taraborelli de la ciudad de Necochea. Los datos acerca de su historia y organización interna actual fueron aportados por informantes claves dentro de la institución y mediante observaciones directas.

Cabe aclarar que, todas las descripciones edilicias y las escenas que se intentan recrear, fueron realizadas a partir de apreciaciones y vivencias personales,

teñidas por la sorpresa y la subjetividad propia de quien se adentra en un espacio desconocido. Luego se recabaron datos históricos y formales necesarios para describir la institución en su completitud.

Gran parte de la sociedad continúa refiriéndose a este tipo de instituciones como *Manicomios*, como menciona Galende (2008) el nombre de manicomio se lo debemos a Esquirol, quien consideraba que casi la totalidad de los trastornos mentales eran formas de manía: de allí viene manicomios, el lugar donde se aloja la manía; además hace hincapié en destacar que:

La cárcel y el manicomio surgen al mismo tiempo y son lugares donde rigen como tratamiento de la anormalidad y del delito los mismos criterios de castigo y disciplinamiento; y los dos tienen un fuerte contenido moral porque los primeros manicomios se organizan con la idea de corregir la conducta de estas personas, de volverla a la razón, cosa que no se lograba nunca y menos por los métodos que utilizaban, pero la idea del encierro se proponía corregir moralmente el comportamiento a estas personas, devolverles la razón y permitirles retomar – entonces sí– la condición de ciudadanos, cosa que no ocurría porque el encierro era definitivo. (p. 402)

Tales preconceptos no han sido ajenos a casi ningún sector de la sociedad, dando lugar a la creación de un imaginario cargado de escenas sombrías donde reinan imágenes de largos pasillos oscuros donde los espacios entre ambas instituciones se asemejan, casi como si se tratara del escenario de una película de miedo.

La relación entre los conceptos de manicomio y prisión nos antecede, no es una relación que la imaginación de la sociedad actual inventó, está presente en la propia historia de la psiquiatría. El reconocido Franco Basaglia (2008) lo expresa, de manera un tanto tajante, de la siguiente manera:

Si partimos del origen de la psiquiatría, nacida como elemento de liberación del hombre, debemos recordar a Pinel, que liberó a los locos de las prisiones, pero desgraciadamente, luego de haberlos liberado, los encerró en otra prisión que se llama manicomio. Empieza así el calvario del loco. (p.25)

Pero entrar al Taraborelli no implica introducirse en un film de terror, ni tener miedo, ni es entrar a una cárcel y mucho menos estar en peligro.

Desde su inauguración el edificio fue sufriendo cambios adecuándose a las formas de atención pero nunca reformó su fachada agregando muros o cercos perimetrales que oculten la vida en el interior de la institución, por tal motivo sucede que, al llegar el primer impacto visual es generado por esa ausencia de cercos que marquen un límite entre “adentro” y “afuera”. La imagen aporta una vaga sensación de libertad, aunque sólo baste un poco de detención y observación para caer en la cuenta de que, para sentir el encierro de quienes sobreviven allí, no hace falta que existan enormes muros.

El Hospital desde sus inicios enmarcó sus prácticas en el modelo de Comunidad Terapéutica siendo una institución de tipo “Puertas Abiertas” donde son las características propias de la patología del sujeto internado las que determinan la mayor o menor posibilidad de movilidad mediante un “Sistema de Listas”. El sistema utiliza tres colores: rojo, amarillo y verde. El color rojo establece la permanencia del sujeto dentro del edificio restringiendo la salida al predio circundante; el color amarillo autoriza al sujeto a realizar salidas por fuera del edificio acompañado de familiar, acompañante terapéutico o compañero con lista verde en horarios establecidos; mientras que el color verde lo habilita a moverse de manera autónoma y salir de la institución pautando y respetando horarios con el equipo tratante.

El predio natural que rodea a la Institución no es un patio cualquiera, “el predio” para quienes las circunstancias los obligan a estar dentro de las paredes de la institución, es toda la libertad que desean o a la que tristemente pueden aspirar.

Caminando unos metros por alguna de las veredas que existen en cada entrada y atravesando el frente de césped y árboles, se puede ingresar. Existen varias entradas: una por la calle 42, otra por calle 44 y dos por 49. Tres de estas entradas dan a un pasillo que recorre todo el frente, no se trata de un pasillo sombrío y oscuro, la luz de esa puerta del fondo logra mantenerlo iluminado.

Hasta este punto nada parece distar demasiado de lo que es ingresar a un hospital general o a cualquier otra institución de salud pero una vez que se avanza

en el recorrido de ese pasillo, unos metros más allá de la sala de espera, pareciera existir una especie de límite imaginario que indica que, si es la primera vez que se ingresa, el territorio es un poco más desconocido.

A partir de ese punto se comienzan a ver los baños de mujeres y, una a una, las puertas de las habitaciones. En una especie de continuidad del mismo pasillo, se ubica el sector de vigilancia y algunas habitaciones más, otros baños, la cocina y, al fondo el sector de ropería.

Desde ese espacio central es posible visualizar un pasillo que converge con el anterior y de un lado al otro, los comedores los cuales obedecen a cierta división según la cronicidad de las patologías de los sujetos.

Frente al comedor de crónicos se encuentra el sector de Terapia Ocupacional; el lugar es grande, con una puerta amplia que una vez abierta permite observar un espacio con variedad de objetos y muebles que dan cuenta de la historia del mismo, de sus mutaciones a lo largo de la propia historia de la institución.

Es un espacio versátil, flexible, que se va modificando con el pasar de los días de acuerdo a las necesidades pero, por sobre todas las cosas, es un espacio que cuenta una historia. Todas sus modificaciones dan cuenta de los cambios que la disciplina experimenta y ha experimentado dentro de la institución, de los talleres que existieron, de los que se modificaron y los que desaparecieron, del número de profesionales del área que pasaron por el espacio y de las que trabajan en la actualidad. También se evidencia ese imaginario social e institucional persistente de que para las terapistas “todo sirve” y todo aquello que se considera reutilizable es depositado en dicho espacio porque quizás “a las T.O les pueda servir para algo”.

Así de diverso es ese espacio pero así de diverso es el Hospital con sus escenas que son de las más variadas y, un dato no menor, son muy diferentes según se circule por la mañana o por la tarde. Por las mañanas todo parece suceder a una velocidad mayor, como si el tiempo transcurriera más rápido, se percibe cierta calidez y actividad donde todo el edificio sirve de encuentro entre profesionales y pacientes. El almuerzo marca una pausa para los sujetos internados, seguido de la siesta para ellos y el fin de la jornada laboral para gran parte de los profesionales,

representa el comienzo de un segundo momento del día con sus características de calma y cierta pasividad tan diferentes al anterior.

Un poco de historia

Desde sus inicios, se trató de una institución monovalente de Salud Mental de puertas abiertas, sin cercos, muros, ni rejas que lo rodeen. Enmarcando sus prácticas en el modelo de comunidad terapéutica, el Hospital pertenece a la región sanitaria VIII de la provincia de Buenos Aires y se ubica en calle 49 delimitado a sus lados por la avenida 42 y calle 44, su límite posterior está dado por la avenida Jesuita Cardiel.

Fue inaugurado el 13 de mayo de 1969 coincidiendo con la celebración del aniversario de la ciudad, el periódico zonal “El Trabajo” (1969) titulaba el acontecimiento como “Celebró Necochea su aniversario: En adhesión a los festejos fue inaugurado un hospital”; el hecho fue consecuencia de la necesidad de dar respuesta a las demandas de la zona de influencia sanitaria con respecto a la atención en Salud Mental y al control, que ya se había logrado obtener, de otras patologías antes tratadas en dicho hospital como fue el caso de la tuberculosis; ya que muchos años antes, desde la década del 30, funcionaba ahí mismo el Hospital General Díaz Vélez como “Centro de Profilaxis y Tratamiento de enfermedades infecciosas”.

Abrió sus puertas disponiendo de 20 camas previendo un tope de 60, destinó sus tratamientos a las patologías mentales agudas y, como propuesta institucional, anunció desarrollar un vasto programa de prevención primaria, secundaria y terciaria.

En la década del 80 comenzó a funcionar en el Hospital, el dispositivo de Hospital de Día (actual dispositivo “*Cruzando Puentes*”), en ese entonces funcionaba como un grupo más dentro de la Institución y compartía escenario con pacientes internados; luego en 1991 se trasladó a otro sector del hospital y se re-estructuró el mismo orientando sus actividades a la rehabilitación, al desarrollo de lo artístico, recreativo y a la inserción socio-laboral. Ya en el año 2000 se trasladó a un edificio contiguo al hospital donde funciona en la actualidad, sus puertas “dan la espalda” al hospital estando orientadas hacia una de las calles laterales. Es un

dispositivo pensado y planificado como un puente entre la hospitalización o reclusión social, y la comunidad. Tiene entre sus objetivos principales a la externación y la apertura de lazos sociales de los sujetos que concurren al mismo.

En materia de formación de recurso humano, el Hospital Taraborelli es y ha sido un *hospital escuela* siendo sede de prácticas pre profesionales de diferentes carreras asociadas a la salud como Terapia Ocupacional, Psicología, Trabajo Social, Acompañamiento Terapéutico, entre otras. Además en la década del 80 comenzó a funcionar la residencia de Psiquiatría para la formación de médicos especialistas en el área, entre 1982 y 1983 se crearon los servicios de Docencia e Investigación, el de Psiquiatría Infanto Juvenil y el de Neurología. En 1989 se suma la Residencia de Psicología y en el año 2017 se aprobó el proyecto de apertura de la Residencia de Terapia Ocupacional y la institución recibió sus primeras residentes en el año 2018.

Lo antedicho evidencia que con el transcurrir de los años se fueron creando puestos de trabajo ampliando el número de profesionales de cada disciplina lo que ha permitido el trabajo interdisciplinario y el abordaje global del sujeto en el amplio proceso de salud y enfermedad.

El Taraborelli hoy

A partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental y Derechos Humanos toda la estructura Orgánico - Funcional del Hospital sufrió transformaciones con la finalidad de adecuarse a la misma. Hasta el 2017, se organizaba bajo una estructura disciplinar contando con los servicios de Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Clínica Médica, Odontología, Neurología, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Farmacia y Docencia e Investigación; luego, siguiendo los postulados de la Ley 26.657, el organigrama del Hospital Taraborelli se transformó dando lugar a una estructura organizacional por cuidados progresivos del paciente organizada en tres servicios: Consultorio externo, Guardia y Admisión; Servicio de Internación; y Servicio de Dispositivos de Externación.

A todas las disciplinas que ya prestaban servicio en Consultorio Externo se le sumaron otras como oftalmología, dermatología y ginecología destinadas a la atención de toda la población de la ciudad, sin permanecer exclusiva para los

sujetos usuarios de los servicios de Salud Mental, propiciando de este modo el acercamiento de la comunidad a la institución; el servicio de Guardia continúa funcionando desde Psiquiatría y Psicología; y el de Admisión funciona con un Psiquiatra y un Psicólogo rotativo. El Servicio de Internación modificó sus abordajes según se trate de atención en crisis del paciente o internación prolongada, destinando diferentes grupos interdisciplinarios para cada grupo. A su vez este último, en el año 2018 se dividió en: el *Grupo de Cuidados Paliativos* y el *Grupo personas en Vías de Externación*. Y, por último el Servicio de Dispositivos de Externación el cual en el año 2017, se consolidó y dividió en tres ejes: Eje Laboral, Eje Habitacional y Eje Cultural. Dentro de los mismos funcionan diversos dispositivos en los que participan tanto sujetos externados como internados en vías de externación, teniendo como objetivo principal la externación sustentable y sostenida en el tiempo. Estos funcionan como estrategias para sostener la vida en comunidad de los usuarios de los servicios de salud mental de la institución.

La actividad de este tipo de dispositivos antecede a la sanción de la mencionada Ley, la misma habilita las prácticas profesionales y proyectos que en materia de externación ya se desarrollaban, inspirados y tomando como referentes experiencias de prácticas inclusivas en otras instituciones monovalentes del país.

Tanto en el Servicio de Internación como en el Servicio de Dispositivo de Externación funcionan Grupos Terapéuticos dedicados al tratamiento del sujeto, los mismos son en todos los casos coordinados interdisciplinariamente.

Además funcionan los Grupos Control de pacientes externados, pertenecientes al Servicio de Dispositivos de Externación, los cuales tienen una identidad propia dada por los mismos usuarios, sus necesidades individuales y la dinámica grupal.

Continuando el recorrido por el Servicio de Dispositivo de Externación, el Hospital cuenta con:

- El eje Habitacional, el cual tiene como objetivo acompañar el proceso de externación de los sujetos, intenta funcionar como sostén abordando las múltiples situaciones que surgen en la vida en comunidad, generando

herramientas para que cada sujeto se sustente en las mejores condiciones posibles y en la mayor autonomía.

Los Dispositivos que se han creado para dicho fin y funcionan en la actualidad son las Casas de convivencia y Casas asistidas.

Asimismo existen en funcionamiento equipos interdisciplinarios denominados “móviles” trabajando en el sostenimiento de la externación de todos aquellos sujetos que ya viven por fuera de la institución independientemente si lo hacen en dichos dispositivos o por fuera de ellos.

- El Eje Laboral está pensado para todos los sujetos en proceso de externación, tanto para su inicio como para el sostén del mismo. Cuenta con talleres de capacitación e inclusión laboral tratándose de espacios terapéuticos y productivos coordinados por técnicos idóneos y supervisados equipo interdisciplinarios.

Los proyectos vigentes son:

- *“Lazos de Papel”*: Taller de cestería artesanal, a partir de la técnica del reciclado se confeccionan productos que luego circulan por la comunidad siendo comercializados en ferias y en comercios locales. Los usuarios son sujetos externados e internados supervisados por una persona idónea en la técnica.
- *“Taller de producción de sobres de papel”*: Se confeccionan artesanalmente sobres de papel de diferentes tamaños, confeccionados en diferentes etapas (cortado, doblado, pegado) y se comercializan abasteciendo a múltiples comercios de la ciudad. Participan sujetos externados e internados supervisados por una tallerista a cargo.
- *“Dulcemente”*: Espacio de elaboración de dulces artesanales y conservas envasadas, el mismo funciona en un sector acondicionado para tal fin en el predio de la granja “La Chapita”. En la actualidad es autogestionado por los propios usuarios quienes elaboran y comercializan los productos en ferias o mediante venta ambulante,

- *"Huerta/Vivero"*: La Huerta es un modelo orgánico que busca proveer una gran variedad de frutos y hortalizas durante todo el año, aromáticas, florales y toda variedad que implique un sistema productivo. El Vivero permite realizar gran cantidad de almácigos y especies de verano en época invernal. Estos también funcionan en el predio de la Granja "La Chapita"

El funcionamiento de todos los dispositivos laborales y el rol de cada tallerista y/o idóneo en la técnica son supervisados por Lic. En T.O perteneciente al área laboral.

- GRANJA "La Chapita": La Granja es un predio de 6 hectáreas ubicado en la Avenida 75 entre las calles 106 y 108 de la localidad de Necochea, provincia de Bs. As. Siendo anexo del Hospital Dr. Taraborelli actúa como un Dispositivo de Convivencia, e Inclusión Socio Laboral.

Desde lo edilicio, cuenta con varias instalaciones (módulos habitacionales) para albergar pacientes, otra casa asistida y una Matera, como sitio de encuentro común para todos los habitantes. Además, cuenta con instalaciones para realizar tareas de labranza, huerta, floricultura y el sitio de elaboración de dulces con especies frutales "Dulcemente".

- Eje Cultural/Comunitario tiene como objetivo central romper el círculo de cronicidad patológica de los sujetos, favoreciendo nuevos lazos sociales, tendiendo a mejorar su calidad de vida y su integración socio-comunitaria mediante dispositivos que circulan en la sociedad participando activamente en la comunidad.

Los Dispositivos y Proyectos vigentes son:

- Hospital de Día *"Cruzando Puentes"*: funciona como un puente entre la hospitalización o diversas formas de exclusión social, y la comunidad. Apunta a la apertura de lazos sociales de los sujetos con padecimiento mental. Se propone dentro de sus objetivos procurar un tratamiento grupal individualizado, apuntar a la inscripción de lo colectivo, dar al sujeto cierto contexto simbólico, apuntar tanto a lo artístico como a lo productivo. Las propuestas que surgen desde el dispositivo son re-pensadas semestralmente

y luego de una evaluación del equipo profesional se proponen sus rotaciones. El motivo de la rotación obedece al cambio poblacional del mismo, a las demandas y necesidades de los sujetos.

- *“Neuoparlanchines”*: Es un programa radial que lleva más de 10 años al aire. Se emite quincenalmente por una FM de la ciudad de Necochea. Es un espacio de humanización, donde se da la palabra a los sujetos con padecimiento mental, palabra tantas veces negada, pretendiendo así romper con los prejuicios de la sociedad. Es coordinado por profesionales y residentes de Psicología y Terapia Ocupacional.
- *“LoCura La Cultura”*: Es un espacio de proyectos comunitarios/artísticos cuyo objetivo principal es favorecer la construcción de puentes desde el “interior” del hospital hacia “el afuera”, utilizando como recurso la creación y sostenimiento de prácticas sociales que abran la posibilidad de contacto y de vinculación comunitaria, la cual se vio detenida por la internación.

Son múltiples las ofertas institucionales tanto para los sujetos internados como para aquellos que han logrado trasladar su vida por fuera de las paredes del Hospital, generando condiciones de vida que posibilitan esto último.

Cada Institución es única, se construye y deconstruye continuamente a lo largo de la historia, es atravesada por situaciones políticas, económicas y sociales, adquiere identidad en la relación con otras instituciones de su localidad y la zona, de sus relaciones con otros sectores del Estado, y además es, todo ese grupo de sujetos antes descritos en permanente interacción con todos aquellos que allí desempeñan su labor diario. He aquí nuestra responsabilidad ética de revisar y repensar nuestro rol profesional cada día, nuestras incumbencias y saberes, son nuestras prácticas en constante interacción con otras y en el abordaje de múltiples sujetos, las que no solo aportarán a la historia de la Terapia Ocupacional como disciplina sino que aportarán a la historia de cada Institución recorrida.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

La locura en la historia de la humanidad

“...desde entonces, desde la primera vez que se jugó a las escondidas en la Tierra, el Amor es ciego y la Locura siempre lo acompaña.” (Eduardo Galeano, El amor y La Locura)

La concepción del término locura y sus derivados ha ido cambiando a lo largo de la historia de la humanidad. Se ha desarrollado conocimiento científico, se han estudiado las leyes y se han creado instituciones para su tratamiento, no existiendo sociedad en la que no se encuentre registro acerca del trato que se les ha dado a los locos en su historia. Todos nosotros, en tanto seres sociales y culturales, depositamos algo particular en la palabra “loco” y sus acentos, colocando el término como uno de los mayores interrogantes del ser humano.

El concepto de locura fue mutando desde una concepción sagrada de la misma, en la cual se la concebía como castigo a ser entendida como defecto moral o pecado, expresado en términos cristianos siendo las personas consideradas víctimas. La diversidad de conceptualizaciones de la patología mental dio lugar a variedad de formas de tratamiento, los mismos fueron desde los exorcismos y numerosas prácticas supersticiosas hasta el arribo de un enfoque médico de la locura propio de la edad media, momento en el que se vislumbraron las primeras intervenciones quirúrgicas. Ejemplo de ellas fueron las conocidas trepanaciones de craneo, las cuales se realizaban porque se creía que los locos tenían una piedra en la cabeza que originaba su mal.

Este hecho, inspiró a varios pintores y escritores de los siglos XV y XVI; las pinturas eran sorprendentemente parecidas, un paciente sentado siendo intervenido por un médico cirujano, en cuyo alrededor hay varios ayudantes; y distintos escenarios: urbanos, campestres, abiertos,

encerrados en una habitación; y una mezcla de personajes: ayudantes del cirujano, personas rezando, algún familiar del paciente. Una de las obras más conocidas es la que lleva como título “La extracción de la piedra de la locura” (El Bosco, 1494), y forma parte de las obras maestras del Museo del Prado de Madrid.

La cirugía salvaje no fue exclusividad de tiempos remotos. En 1935, en pleno siglo XX, el neurólogo Egas Moniz¹ inventó el procedimiento de la lobotomía. El mismo consistía en la destrucción de la conexión entre la corteza prefrontal y el resto del cerebro. Las lobotomías se multiplicaron en muchos países, y aunque parezca increíble, Moniz recibió el premio Nobel de Medicina en el año 1949. Esta brutalidad en la historia de la psiquiatría se prolongó hasta 1965, fecha de la última lobotomía registrada.

Con la llegada del Renacimiento, se dejaron de lado a los exorcismos y las trepanaciones craneanas y se comenzaron a elegir el aislamiento y la erradicación del loco como modo de tratamiento. Si no se los podía entender, mucho menos se los quería ver.

Michael Foucault (1967) analizó la historia de la locura mencionando, como medios de exclusión y ocultamiento de los sujetos considerados locos, a la famosa “Nave de los locos” la cual jamás tocaba tierra; a los hospitales, guiados por personas como los eclesiásticos donde se los mantenían alejados de la sociedad; y el asilo psiquiátrico donde la locura comenzó a considerarse como patología pasible de ser entendida y tratada.

El trato más humano al loco recién llegaría de la mano de Pinel a partir de lo que puede definirse como una experiencia humanitaria en cuanto al tratamiento de la locura, hecho que fundó los cimientos para las concepciones más contemporáneas de la misma.

En el siglo XIX la locura fue finalmente considerada como una enfermedad. A partir de Pinel, el “loco” dejó de ser considerado como un “insensato”, al cual no había que escuchar ni atender para comenzar a ser un “alienado”. Pinel (1801) explicaba el origen de las enfermedades mentales por la herencia y las influencias ambientales; propuso así, la creación de un cuerpo especializado de médicos, dedicados a la atención de los “alienados” e hizo hincapié en la “terapia moral”

¹ Médico, político y diplomático portugués. Estudió en la Universidad de Coimbra y en 1911 obtuvo la primera cátedra de neurología en la de Lisboa. Considerado el fundador de la psicocirugía moderna, a Antonio Egas Moniz se deben los primeros tratamientos quirúrgicos de las enfermedades mentales; ello le valdría en 1949 el Premio Nobel de Fisiología y Medicina.

dando lugar a que comenzaran los avances en el conocimiento de la enfermedad mental.

En el siglo XX, a pesar del avance de la psiquiatría, los enfermos mentales continuaban sufriendo procesos de discriminación social. En ese marco histórico y cultural de los años '60 surgió un movimiento "antipsiquiatría", cuyos referentes se oponían a los métodos terapéuticos como el electroshock, comas insulínicas o la lobotomía y al maltrato en general del enfermo mental en los hospitales. Los antipsiquiatras se atrevieron a rechazar el hecho mismo de su encierro. Tal es así que durante la segunda mitad del siglo XIX y más allá del carácter revolucionario del alienismo en cuanto al reconocimiento de la locura como enfermedad, se produjeron profundos cuestionamientos a la institución psiquiátrica, al método alienista y a sus intervenciones represoras y cerradas. La psiquiatría finalmente aceptó abandonar la mayor parte de los tratamientos criticados por la antipsiquiatría y acabó concluyendo que lo que desencadenaba los trastornos mentales era la interacción de complejos factores genéticos con factores del entorno.

En este contexto mundial se comenzó a reducir el encierro y se admitió la necesidad de reincorporar a los enfermos mentales a la sociedad. Este fenómeno condujo al cierre de muchos de los antiguos manicomios en los países europeos occidentales, se comenzaron a crear hospitales de día y se reservaron las estadías en hospitales psiquiátricos sólo para momentos de crisis o para aquellos pacientes sin un soporte social adecuado para su integración en la comunidad.

Los hechos indicaban el surgimiento de un nuevo paradigma, entendiendo el concepto como "(...) realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica" (Kuhn, 1971, p.319). En cuanto a los procesos de salud y enfermedad se podría afirmar que el paradigma representa un modelo de explicación integral de los mismos, en relación al cual se establece una manera determinada de comprenderlos e intervenir, en un determinado contexto histórico.

A modo de referencia con respecto al surgimiento de un nuevo paradigma en Salud Mental a nivel mundial, cabe mencionar lo que sucedió en Italia, donde Franco Basaglia tuvo una gran influencia como representante de este movimiento de

desinstitucionalización en Europa, movimiento que aún continúa cuestionando las prácticas psiquiátricas convencionales y la existencia de la enfermedad mental como estigmatizante y limitante para el sujeto que la padece.

En agosto de 1971, Franco Basaglia asumió la dirección del hospital psiquiátrico provincial de Trieste, donde comenzó un trabajo de transformación, rehabilitación y construcción de alternativas realizado por un equipo de técnicos y que involucró a instituciones, al gobierno local, voluntarios y asociaciones de todo el mundo. Su

objetivo fue humanizarlo, y se completó en 1979 con su cierre. Él decía que "las intervenciones psiquiátricas se fundan sobre el poder, no sobre la ciencia" y que entonces la eficacia terapéutica del hospital psiquiátrico era oscura y solo servía para la creación de pacientes crónicos por alejamiento de la vida y de sí mismos al no posibilitar ningún contacto con el mundo ni con el futuro. (Basaglia, 2008).

En la historia del cierre del hospital de Trieste se da cuenta de una multiplicidad de estrategias de desinstitucionalización aplicadas a la propia institución, a la cultura, a la comunidad científica y a las relaciones humanas. Las resistencias a las que tuvo que enfrentarse fueron de todo tipo y el cierre se dio de manera progresiva, como quien gana la guerra de a pequeñas batallas.

Esta lucha desinstitucionalizante fue un ejemplo para experiencias similares en otros lugares de Italia; y ya en 1980, bajo la dirección de Franco Rotelli, los servicios que operaban en el territorio habían reemplazado las viejas formas de asistencia.

Desde hace más de 30 años la ciudad de Trieste vive sin manicomio. Un único lugar de atención ha sido sustituido por diferentes servicios que garantizan distintas funciones y tareas. Desde 1987, la OMS ha reconocido la experiencia de Trieste como punto de referencia para un enfoque innovador en la atención psiquiátrica donde se concibe el tratamiento de la locura más allá de los muros del encierro y la negación de la sociedad.

Resulta pertinente retomar dichas ideas para acercarnos a la comprensión del trabajo en instituciones en proceso de cambio hacia la desinstitucionalización, y así entender dicho proceso como la entendía Basaglia, como una lucha continua desde adentro de todas las instituciones humanas, las hospitalarias y asistenciales, las comunitarias, los medios de información y comunicación, pero también las de la vida diaria, para abrirlas a las necesidades de las personas y evitar que éstas

vuelvan al malestar. Una lucha por dar voz a quienes no la tienen y arriesgar con ellos para el cambio.

Conocer las diversas concepciones de la locura como fenómeno social que se han sucedido a lo largo de la historia de la humanidad nos permitirá reflexionar y cuestionar nuestras prácticas profesionales en materia de salud mental, en tanto como sujetos sociales también podemos posicionarnos de acuerdo a los paradigmas actuales y así guiar nuestro hacer profesional.

Para arribar al análisis del proceso de desinstitucionalización como paradigma actual, que cuando se hace referencia al mismo se habla de ese cambio desde la lógica manicomial a un abordaje desde los derechos humanos (CELS, 2017), fue y es importante contextualizar históricamente acerca de las diversas acepciones que ha tenido el concepto de locura en la historia de la humanidad. Las últimas corrientes que intentan instalarse a nivel mundial en el abordaje del padecimiento mental, son las que han posibilitado la inclusión de la Terapia Ocupacional, entre otras disciplinas, dentro de los equipos de atención, intentando romper con el modelo médico hegemónico. Además las sucesivas reformas que se dieron en los modos de comprender y tratar la locura, han dado lugar a la creación de otros espacios de tratamiento y, por lo tanto de trabajo para nuestra disciplina, más allá del manicomio como lo son las comunidades terapéuticas, los Hospitales de Día, el trabajo preventivo con la comunidad, etc.

El énfasis en la inserción social de ese loco antes recluido, aislado y oculto, ha generado la necesidad de los aportes de nuestra disciplina en tanto generadora de espacios que la posibiliten. Pero antes de llegar a la historia propia de la Terapia Ocupacional y de sus prácticas en Salud Mental, corresponde y es más que pertinente desarrollar el tratamiento que nuestro país ha dado a sus locos a lo largo de la historia.

La locura en la historia de nuestro país.

“La historia es un profeta con la mirada vuelta hacia atrás: por lo que fue, y contra lo que fue, anuncia lo que será.” (Eduardo Galeano, Las venas abiertas de América Latina).

La locura fue teniendo diferentes significaciones en la historia de nuestro país, ocupando un lugar en la cultura de estigmatización y prejuicio propio de cada época. El poder dominante de cada período histórico fue determinante para generar una cultura de la locura en la que se desarrollaron sus respectivas prácticas de tratamiento.

José Ingenieros (1919) hizo hincapié en la descripción de las prácticas violentas ejercidas hacia los sujetos con padecimiento psíquico y a las diferencias en el trato según se tratara de mujeres u hombres, de posición económica acomodada o no. Sus relatos evidencian que, durante el período colonial, los encargados de dar cuenta de la locura eran las autoridades. El resto, según la clase social, se integraba de diferentes maneras a la vida comunitaria o se los escondía para evitar el estigma de tener un loco en la familia.

El alienismo, aquella liberación del loco de sus cadenas promulgada por Pinel, tardó en llegar a nuestro país, y con ella el concepto médico de la curación. En palabras de Foucault (1967) la moral burguesa había entrado al asilo para corregir y reeducar al loco a través de la culpa, el castigo y la recompensa desvaneciendo los límites entre tratar y penalizar. Este fue el papel que comenzó a cumplir la psiquiatría.

Es así que aproximadamente hasta 1910, en una Argentina abundante en cuanto a riquezas, se comienzan a construir hospitales a lo largo de todo el país para dar respuesta a problemas de tipo sociales y asilar a locos, indigentes, y tratar males como fueron la lepra y la tuberculosis. En la segunda mitad del siglo XIX se fundaron hospitales emblemáticos como el Moyano, el Borda, el Alejandro Korn y la Colonia Open Door.

En 1931 comienza a funcionar en nuestro país la Liga Argentina de Higiene Mental contando con personal capacitado, dejando atrás y superando los postulados de las sociedades de la beneficencia; se dedicaba básicamente a mejorar la atención de los pacientes psiquiátricos con el objetivo de humanizar su atención (Klappenbach, 2019).

La eliminación de los elementos dañinos de la sociedad y la prevención, fueron los ejes del movimiento higienista. Posteriormente incluyó otros campos como la prevención de la enfermedad mental y la psicopatología de la delincuencia y la criminalidad. Se concretó bajo la dirección de Gonzalo Bosch y comenzó a funcionar con sus consultorios externos en el Hospicio de las Mercedes, en 1931.

La tarea asistencial desde ese momento abrió nuevas perspectivas en el trato con los pacientes en nuestro país y tuvo una importante proyección sociológica para la época, marcando un precedente de cambio significativo. Esta tendencia se venía gestando desde 1943, cuando a nivel del Gobierno Nacional se crea la Dirección Nacional de Salud Pública, dependiente del Ministerio del Interior. En mayo de 1946 se dio un paso más en el mismo sentido creando la Secretaría de Salud Pública con categoría de Secretaría de Estado, asignándole al funcionario superior la jerarquía de Ministro (Daneri, 2005). En palabras del ex presidente Juan D. Perón (1946), cómo podía ser posible que tengamos una secretaria para las vacas y no tengamos una secretaria para los enfermos.

El Dr. Ramón Carrillo asumió como primer Secretario, con rango de Ministro. Carrillo profundizó importantes cambios a nivel de la salud pública basando su política sanitaria en la justicia social. Propuso la sustitución del vocablo “alienados” por el término “enfermos mentales” y pretendió hacer del manicomio un hospital; su propuesta incluyó Centros de Psiquiatría Preventiva que podrían ser independientes del hospital común o anexos a él. Los concebía como centros de diagnóstico y tratamiento clínico ambulatorio, y pensaba que la incorporación de anexos para enfermos no presentaba incompatibilidad con los hospitales.

Los ejes esenciales de las reformas que se instalaron fueron privilegiar las comunidades terapéuticas en los hospitales psiquiátricos y el “Plan Goldemberg” para la Capital Federal. Este último postulaba la creación de Servicios de Psicopatología

en Hospitales Generales y centros periféricos de Salud Mental. El Plan Goldemberg logró una reformulación de lo asilar cuyos efectos aún perduran en la actualidad (Carrillo, 1947).

En síntesis, los cambios fueron muchos y comprendieron otro concepto de salud y enfermedad, un nuevo rol para los profesionales tratantes, y modificaciones importantes a nivel institucional. La actividad asistencial pasó a tener mayor desarrollo en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

La OMS (1948) definía a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades”, dicha definición fue mucho más integral, más allá de los conceptos cuestionables que presentaba considerando a la salud como un “estado” es decir como algo estático y que utilizaba la palabra “completo” siendo esto algo utópico, fue de todos modos una evolución del concepto de salud ya que se comenzaba a considerar a las personas como seres biopsicosociales.

Más allá de que la intención inicial de crear y formar agentes de cambio en parte fracasó; se consideró que la manera de entender y abordar la salud mental había adquirido una profundidad que se vería reflejada en los años posteriores.

Sin dudas, un referente esencial de la época fue Enrique Pichón Riviere, quien replanteó los problemas de la Salud Mental en la Argentina, considerando que debían existir nuevos espacios donde el psiquiatra compartiera su práctica con otras disciplinas y teorías. Cuestionó a las instituciones manicomiales y puso el acento en las prácticas comunitarias y preventivas-asistenciales en contra de las de tipo asilar (Carpintero y Vainer, 2004).

Sin embargo la realidad de nuestro país distaba mucho de los ideales en materia de Salud Mental que planteaban los referentes de la época, ninguna de las modificaciones que se esperaban instalar se completaban en su totalidad. Aunque paradójicamente durante la dictadura de Onganía en 1967, se promueve el plan nacional de Salud Mental con la incorporación de las comunidades terapéuticas en los asilos, increíble pero así fue la historia el primer intento de reforma democrática en Salud Mental lo lleva a cabo una dictadura militar (Galende, 1994).

Desgraciadamente la dictadura iniciada por Videla en 1976 interrumpió el proceso que se había comenzado. Fueron desbaratados los intentos de modalidades terapéuticas que incluían trabajo grupal y cuestionaban los fundamentos del modelo manicomial.

En el año 1983, desde la perspectiva de Atención Primaria en Salud se realizaron experiencias, como la del Plan Piloto de Salud Mental en La Boca y Barracas que se agotaron rápidamente por falta de un presupuesto adecuado y una decisión política para continuarla.

No se podía cambiar la estructura de las instituciones mentales sin antes cambiar las concepciones de la salud mental en profundidad. Sin embargo, en algunas provincias se produjeron reformas significativas.

En casi todo el país se incorporaron direcciones, u organizaciones de salud mental diferenciadas en los organismos estatales de Salud. Pero sin dudas, la reforma más significativa fue la de Río Negro, que en el año 1985 creó el Programa Provincial de Salud Mental. Se organizaron equipos móviles de intervención con los trabajadores de los servicios de salud mental de los hospitales generales y así comenzó el llamado movimiento de “desmanicomialización” en esa provincia, claramente inspirado en las políticas de desinstitucionalización de Franco Basaglia en Italia. En el año 1988 se cerró el Hospital Psiquiátrico de Allen y en su edificio comenzó a funcionar un Hospital General que incluyó al Servicio de Salud Mental como un servicio entre otros (Cohen, H. y Natella, G., 1995).

Durante la década de 1990, las políticas neoliberales produjeron una reducción de recursos estatales a las políticas de salud y un aumento de la demanda de atención al sector público por parte de la población. Aumentó notablemente la internación de personas en instituciones psiquiátricas y con ello las dificultades para la externación debido a que las familias no podían sostener económicamente a estas personas. La propuesta privatizadora alcanzó al sector terciarizando servicios y con gran precarización de las condiciones laborales.

La Dirección Nacional tuvo una política clara de desmantelamiento y los programas pasaron a ser responsabilidad de cada provincia o de cada grupo de intervención. Estas políticas de descentralización comenzaron a desarrollarse entre

los años 50 y 60. Posteriormente, en la década de los 70, en plena dictadura militar, se retomó el intento de descentralización de los servicios sociales de educación y salud.

En materia de salud, el gobierno nacional se reservó el diseño de las políticas públicas a nivel central y otorgó a los gobiernos provinciales las atribuciones de gestores del sistema. De esta manera, dicha descentralización financiera no impidió el avance de prácticas que se conocieron como “alternativas” al modelo manicomial. En varias instituciones psiquiátricas se retomaron las actividades grupales, las asambleas, se propiciaron talleres laborales y artísticos, se estableció la modalidad de hospital de día, se abrieron espacios que favorecían la externación entre otras actividades.

En la ciudad Autónoma de Buenos Aires, por ejemplo, se estructuró una ley, mediante la participación social y la presión política, la vigente Ley 448. Años más tarde se sancionó una Ley a nivel Nacional, la Ley 26.657, una herramienta legal que los sectores que sostienen el modelo manicomial quizás subestimaron dando lugar a su sanción.

Es claro que la sanción de una ley no es suficiente para transformar la realidad, pero ante el poder de los sectores hegemónicos a los que nuestras prácticas diarias se enfrentan, no es descabellado considerar a este último hecho histórico como un avance significativo; no solo para los sujetos sufrientes sino también para las disciplinas, como es el caso de la Terapia Ocupacional. La ley brindó un marco legal a prácticas legítimas que se venían desarrollando y estableció de manera jurídica un nuevo paradigma en salud mental. La profundidad de las cuestiones que contempla la Ley en materia de derechos humanos y de las prácticas que regula se abordará en el capítulo siguiente.

CAPÍTULO II

EL MARCO LEGAL DEL NUEVO PARADIGMA

Ruptura legal de una antigua concepción del padecimiento: Ley Nacional de Salud Mental.

“...nos sentimos con el derecho de creer que todavía no es demasiado tarde para emprender la creación de la utopía contraria. Una nueva y arrasadora utopía de la vida, donde nadie pueda decidir por otros hasta la forma de morir, donde de veras sea cierto el amor y sea posible la felicidad, y donde las estirpes condenadas a cien años de soledad tengan por fin y para siempre una segunda oportunidad sobre la tierra.”

(La utopía contraria, Gabriel García Márquez)

El trato que la sociedad y la ley ha dado a la locura y a los sujetos que la padecen ha evolucionado con el tiempo. De manera paulatina se fue abandonando la noción demoniaca de la misma y se reconoció su condición humana aunque de todos modos, se aisló al enfermo mental de las sociedades encerrándolo.

Los objetivos de los manicomios obedecían más a intereses políticos relacionados con el poder y el control social que a proteger o curar a los sujetos. La sociedad moderna ha estigmatizado, mostrado temor y discriminado al sufriente mental, y por ende lo ha excluido. Quienes son víctimas de algún tipo de padecimiento psíquico han continuado siendo en nuestro país seres vulnerables a los que sólo se les dirigen miradas indiferentes en su mayoría, olvidándose de que les corresponden el pleno goce y ejercicio de sus derechos, garantizados por la constitución nacional y por los tratados internacionales de derechos humanos.

El 3 de diciembre del año 2010 se publicó en el boletín oficial la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina,

2013). Posteriormente en agosto del año 2015, en el artículo 32 del nuevo Código Civil y Comercial aprobado mediante la Ley 26.998, se incluyeron modificaciones con respecto a los derechos y obligaciones de los sujetos con capacidades restringidas (Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina, 2015). Con respecto a la ley 26.657, hay algunos conceptos que caben destacar debido a que rompen legalmente con el antiguo paradigma estigmatizante del padecimiento mental.

El primero se relaciona con los derechos humanos, como el mismísimo enunciado lo expresa, establece el derecho de los sujetos modificando el Código Civil siendo éste elemento central para impedir las internaciones de las personas aludiendo a su peligrosidad. Se reemplazan los conceptos de “peligrosidad para sí o para terceros” por la “constatación de riesgo cierto o inminente”. El foco de atención se corre desde ese miedo a qué nos puede llegar a hacer hacia la preocupación respecto de qué le pasa. Las internaciones involuntarias quedan restringidas y sujetas a control por un Órgano de Revisión en el que participarán organismos de derechos humanos.

El segundo concepto o elemento central de cambio que plantea la Ley (2013) es la reivindicación del abordaje en equipo cuando enuncia en el artículo n°8:

“Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario, integrado por profesionales, 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 (...)”. (p.21)

También la Ley (2013) destaca a todas las disciplinas de la salud desde una mirada igualitaria y horizontal, artículo n° 13:

“Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental (...)”. (p. 24)

En el artículo n° 9 de la Ley (2013) se agrega: “El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco

de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará el reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales”. (p.21)

Además, cabe destacar lo mencionado en el capítulo correspondiente a internaciones donde, en el artículo n° 14 de la Ley (2013), se expresa que: “La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizadas en su entorno familiar, comunitario social” (p.25). Más adelante en el artículo n°15 (2013) se agrega que: “La internación deberá ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios (...)” (p.26). Evidentemente se pretende limitar la intervención del poder judicial y se ha dotado de más relevancia al accionar de los equipos interdisciplinarios.

Otro aspecto singular que plantea la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 no es en relación a los sujetos sino en función de las instituciones manicomiales, en el artículo n°27 (2013) expresa claramente que:

“Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos (...)”. (p.34)

Esta idea refleja el alcance que dicha ley pretende tener en los años posteriores y el cambio a nivel social que se intenta instalar, persiguiendo claramente la desmanicomialización como objetivo central.

Sintetizando estos aspectos centrales se intenta dar cuenta de las prácticas que dicha Ley vino a legitimar: el respeto por los derechos humanos de los sujetos con padecimiento psíquico, el trabajo interdisciplinario que rompe con la hegemonía médica, la prohibición de la creación de nuevas estructuras manicomiales y la igualdad de reconocimiento del trabajo de los profesionales de todas las disciplinas de la salud.

Además, se reconoce a la salud mental como:

“(…) un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas (…)”. (Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina, 2013, p. 14)

Se entiende que solo podrá darse el goce del derecho a la salud mental mientras se respeten, a su vez, otros derechos vinculados con aspectos civiles, políticos, económicos y culturales.

El nuevo Código Civil y Comercial de la Nación (2015) reemplazó al viejo que establecía el modelo de la incapacidad total sustituyendo la voluntad del sujeto mediante la asignación de un curador, se ampliaron considerablemente sus derechos que hasta entonces se encontraban sistemáticamente vulnerados, pudiendo ser amparados, a partir de la reforma, por los principios de legalidad, inclusión y ciudadanía.

Ya no se habla de incapacidad sino de capacidades restringidas, por lo tanto el juez puede limitar la capacidad de un sujeto para determinados actos siempre que considere que el ejercicio de su plena capacidad pueda resultar un daño a él mismo o a su bienes; pero al mismo tiempo tendrá la obligación de asignarle el o los apoyos necesarios en función de las necesidades y circunstancias de dicho sujeto.

Dichos apoyos deben promover la autonomía y favorecer las decisiones que respondan a las preferencias del sujeto protegido, bajo ninguna circunstancia se contempla que el apoyo debe sustituir su voluntad por aquello que él mismo pudiera considerar más beneficioso de acuerdo a su propio punto de vista. No se entiende por autonomía a la autosuficiencia como pretendía Kant (1993), sino que se entiende el concepto en el sentido de la no-dominación, es decir, que nadie tenga capacidad para decidir por otro o para coaccionarlo sin bases que se justifiquen en los derechos humanos (Pettit, 1999). Es decir que, autonomía no significa independencia total, sino protagonismo y constitución del sujeto en dependencia con el entorno y el mundo; a

la vez la misma no puede concebirse como una situación en soledad, sino como una condición humana intersubjetiva (Junqueras y Sacerdote, 2002).

Todas estas reformas legales tienen como pilares la comprensión del sujeto padeciente mental sobre lo que deberá sostenerse cualquier programa que pretenda llevarse a cabo. Ya que las normas solas no alcanzan, se requiere una revisión total de las prácticas de todo el sistema de salud y jurídico, así como la implementación de un paradigma en el que la salud mental sea cuestión de derechos humanos. Deben darse las condiciones para el surgimiento de una nueva etapa histórica para nuestro país cuyo compromiso sea garantizar un acceso a la salud mental más justo y alcanzable para todos, siendo responsabilidad de todos los agentes de Salud Mental, la contribución al cumplimiento de la legislación vigente, atendiendo a las necesidades tanto de los sujetos como de la comunidad, desempeñando el rol en los diferentes espacios que se requiera y modificando las prácticas de ser necesario, como la Terapia Ocupacional ha sabido hacer desde los comienzos de sus historia como disciplina.

Un análisis minucioso de los aspectos fundamentales de la ley nos invita a reflexionar acerca de algunos conceptos como los de desmanicomialización o desinstitucionalización, más que meros conceptos son objetivos, y como tal implican una amplia gama de acciones a llevar a cabo que nos propone posicionarnos desde un nuevo paradigma.

Desinstitucionalizar es lograr cambios en la subjetividad que permitan que las personas recuperen capacidades sociales que les permitan vivir en el afuera del hospital. (Galende, 2008). No se trata de dismantelar ni cerrar las puertas del hospital psiquiátrico sino de un proceso, de un movimiento en dos sentidos: acercamiento de la sociedad al hospital y salida de los pacientes a la comunidad.

Tampoco se trata de demonizar a la institución sino de considerar que la internación no debe sostenerse indefinidamente, debe ser parte de una estrategia general, una instancia terapéutica necesaria que encuentra su sentido en el re-equilibrio de las condiciones del sujeto en todas las áreas de su vida, en la salida de la crisis y la continuidad del tratamiento mediante otros dispositivos como el hospital de día, atención ambulatoria, domiciliaria, entre otros.

La desmanicomialización deberá ser entendida como la transformación del hospital psiquiátrico redefiniendo relaciones y espacios para que sea posible introducir la dimensión terapéutica, donde reconstruir contactos humanos, identidades perdidas y así lograr una proyección externa. En esta investigación se entiende que el concepto desmanicomializar trasciende al de desinstitucionalizar, considerándolo como más abarcativo, un proceso con un valor simbólico y ético que incluye procesos de cambios institucionales pero también necesita de políticas de estado que impacten a nivel social. La profundidad de estos conceptos abre un interrogante respecto de si sólo una ley puede garantizar el acceso a derechos, sin la presencia eficaz del Estado con políticas públicas, saberes y prácticas que sostengan el cambio de paradigma. Las intervenciones desde Terapia Ocupacional estarán centradas en el reconocimiento de la condición de persona, en su autonomía, en las situaciones que los propios sujetos identifiquen como puntos centrales de su vida cotidiana, sus expectativas, intereses, dificultades, historia y entorno en el que viven; la disciplina en el área de Salud Mental implica el entramado de todos estos factores, no se limita a la enfermedad, sino a la percepción que tiene el propio sujeto de sí mismo, su comunidad, a los apoyos y recursos con que cuenta en su vida en relación con su mundo social (Daneri y Pérez, 2012). Por lo tanto, teniendo en cuenta esta multiplicidad de factores, el abordaje que se realice no puede ni debe limitarse al traslado del mismo hacia otros escenarios en los que el sujeto no esté en contacto con los espacios en los que se juega la vida.

Será responsabilidad del Estado garantizar que diversas organizaciones así como el entorno más cercano del propio sujeto (de contar con uno) y la comunidad en su conjunto, cuenten con los medios necesarios para poder funcionar como redes extra muros, que le permitan vivir satisfactoriamente en la comunidad; deberán desarrollarse políticas de desinstitucionalización tendientes a dar respuesta a todos los inconvenientes que el proceso de externación presente, en todos los niveles de atención de la salud.

Tanto la Ley Nacional de Salud Mental 26. 657 como la modificación del Código Civil y Comercial, nos plantean un cambio de paradigma. No debemos olvidarnos que El Código Civil anteriormente estaba escrito en términos tan generales que permitía la detención de cualquier persona que pudiera llegar a “afectar la tranquilidad pública”, a los sujetos internados en las instituciones psiquiátricas no se

les garantizaba el derecho de recibir asistencia jurídica y dada su ausencia, casi todos ellos estaban detenidos arbitrariamente e indefinidamente. Hoy en día sus enunciados son más concretos y además se reemplazó el concepto de “incapacidad” por el de “presunción de capacidades”. Este cambio en el uso de las palabras para referirse a quien padece alguna restricción de sus capacidades tiende a beneficiar a dicho sujeto en relación a la sociedad en la que está inmerso además de los derechos que le son garantizados a partir de dicha modificación.

De lo anterior se desprende la creación de la figura del “apoyo”, que más allá de tener su definición jurídica, si llevamos esta definición a un plano más cotidiano, en nuestra práctica en el abordaje de sujetos con padecimiento psíquico y sobre todo con aquellos en proceso de externación, podemos dar cuenta que existen muchos otros “apoyos” que posibilitan el uso de las capacidades conservadas de dichos sujetos, el máximo goce posible de su autonomía y el ejercicio de sus derechos. De hecho, ese sostén requerido para desempeñarse de manera autónoma, no necesariamente se desprende de un vínculo con un otro y puede ser, dependiendo de qué actividad se trate, un apoyo escrito, visual o cualquier otro recurso que favorezca la autonomía.

La palabra autonomía remite a una capacidad, un derecho moral y legal. Es una cualidad humana, que nos permite actuar y elegir de acuerdo a nuestro sistema de valores y conocimiento del mundo que nos rodea, independientemente de nuestra condición mental. Como profesionales de la salud será nuestra responsabilidad asegurar a los sujetos hacia quienes dirijamos nuestras intervenciones, el pleno uso de esta capacidad en todos los ámbitos en los que se desempeñe. La Terapia Ocupacional tanto en la actualidad como desde sus inicios como disciplina, ha perseguido como principal objetivo que los sujetos desarrollen o recuperen su autonomía en todas las áreas posibles de su vida.

CAPÍTULO III

TERAPIA OCUPACIONAL E INTERDISCIPLINA

*“Todas la ideas pueden mejorar,
todos los proyectos pueden ayudar.*

*Si estás ahí, si lo deseas.”
(Mundo agradable, Serú Girán)*

Orígenes de la Terapia Ocupacional e incorporación en el ámbito de la Salud Mental

El desarrollo de la Terapia Ocupacional se introduce en la historia de la sociedad mucho antes de conformarse como disciplina, encuentra su germen histórico en la propia ocupación la cual ha tenido un papel central en la existencia humana desde el comienzo de los tiempos. Existen registros históricos donde la misma ha sido utilizada como medio o como parte de los tratamientos en salud desde la antigüedad.

En el año 1956 bajo el gobierno de facto de Aramburu un brote de poliomielitis castigó al país, por el devenir de dicha epidemia el gobierno creó la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, esta comisión iba a manejar todas las cuestiones asociadas a la rehabilitación en Argentina (Testa, 2008).

Un médico muy cercano al gobierno de ese entonces, el Dr. Costa Méndez padecía de parálisis de sus miembros inferiores y se había recuperado en Oxford conociendo allí la Terapia Ocupacional. Al mismo tiempo, el Instituto Nacional de Rehabilitación del Lisiado daba cuenta de la situación difícil que atravesaban los enfermos una vez superada la urgencia, dejando ver la ausencia de terapeutas ocupacionales en nuestro país y la necesidad de la disciplina en los tratamientos de rehabilitación (Daneri, 2005).

Fue así, como una serie de hechos un tanto azarosos como la cercanía de este médico con su historia personal con la Terapia Ocupacional y la necesidad de profesionalizar los tratamientos de rehabilitación en el país, fueron capaces de cambiar la realidad en materia de salud de ese entonces. La Comisión envió al Dr. Costa Méndez a Oxford, ciudad donde él se había rehabilitado, con la tarea de que allí contratara terapeutas ocupacionales para que vinieran a prestar asistencia, formar y capacitar en nuestro país.

En 1956 se contrató a la terapeuta ocupacional inglesa Elizabeth Hollings quien se encontraba dictando un programa teórico-práctico sobre Terapia Ocupacional en el Centro Nacional de Rehabilitación del Lisiado. También otras instituciones dedicadas a la rehabilitación contrataron terapeutas ocupacionales de EE.UU quienes dictaron cursos de formación.

Años más tarde, en 1959, se contrató a quien era la directora de la Escuela de Terapia Ocupacional de Oxford para crear la primera escuela sudamericana de Terapia Ocupacional. La institución creada en ese año es la actual Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (E.N.T.O) y funciona aún en el mismo predio que lo hacía en ese entonces. La misma fue reconocida en 1962 por la Federación Mundial de T.O (W.O.F.T) y en el año 1964 queda bajo la dirección de Terapeutas Ocupacionales argentinas.

Los medios de comunicación de la época informaban sobre este hecho con diversos titulares como por ejemplo “Inauguran una escuela para la rehabilitación de los lisiados; la dirigen especialistas inglesas”, “Inician cursos de Terapia Ocupacional, que ha de ayudar a los lisiados a mejorar su situación” y “Inauguróse una escuela de laborterapia para la rehabilitación de los lisiados” (ENTO, 2018). Las palabras que se utilizaban para definir la disciplina giraban en torno a la rehabilitación del lisiado mediante la laborterapia o simplemente se deslizaba la idea de que era una disciplina de “ayuda” para mejorar la situación de los mismos sin precisar de manera clara los alcances de la profesión. Como se podía apreciar en esos primeros titulares se mostraba al país la llegada de una disciplina nueva y desconocida, la definición que se le asignó fue en relación al uso del trabajo como medio terapéutico, sin conocimiento preciso de las competencias profesionales se le adjudicaba al rol cierto carácter de benefactor de la población más vulnerable.

La Terapia Ocupacional fue finalmente reconocida en Argentina el 24 de enero de 1967, por ley nacional 17.132. En relación a la profesionalización de la misma es importante destacar los hitos históricos que la impulsaron:

Respecto de los relacionados más estrechamente con el desarrollo de la profesión se consideraron los inicios de la formación con la creación de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional en 1959, la transición de la gestión del equipo inglés a egresadas argentinas que se da junto con el reconocimiento de la profesión por el Ministerio de Salud de la Nación entre los años 1961-1964, y la creación de la carrera por primera vez en el marco universitario en la Universidad Provincial de Mar del Plata, que se produjo en paralelo con la apertura de nuevos cargos en salud mental que se inician en el año 1967 (Nabergoi, 2013).

Ahora bien, si retomamos esa idea de que el germen histórico de la instalación de la Terapia Ocupacional como disciplina se encuentra en el uso del trabajo y las actividades como medio de tratamiento, podemos encontrar diversos textos acerca del valor terapéutico de las mismas en el ámbito de la Salud Mental, empezando por el reconocido "Tratado médico filosófico de la alienación mental" del Dr. Pinel (1801), cuyos postulados fueron conocidos por los médicos alienistas de nuestro país. Aparece la ocupación como rutina diaria establecida para el enfermo mental dentro del asilo generándose así una relación entre el disciplinamiento mediante medidas severas propias del antiguo régimen y la implementación del trabajo en aquellos momentos de "calma" del enfermo.

A pesar de los retrocesos a lo largo de la historia del Tratamiento Moral en nuestro país y en el mundo, este pudo de todos modos sentar las bases que permitieron vislumbrar un nuevo modo de atender a la enfermedad mental donde el trabajo tenía un lugar esencial.

Mediante la información recabada por la Lic. Sara Daneri y el Lic. Vázquez (2009) fue posible acceder a numerosos y valiosos datos historiográficos acerca de la incorporación del uso del trabajo y posteriormente de la Terapia Ocupacional en el Hospicio de Las Mercedes a partir de la llegada a la dirección del mismo del Dr. Cabred, quien había sido sumamente influenciado por las diferentes formas de atender la enfermedad mental que habían desarrollado los alienistas de Europa.

Se consideró la llegada del mismo como un salto cualitativo dentro de la institución en relación al uso de la actividad y del trabajo. En las memorias del hospicio (Cabred, 1983) se evidencia claramente la importancia que le otorgaba cuando se refería a “Talleres y pabellones de crónicos” mencionando el lavadero, la herrería, carpintería, escobería, colchonería, zapatería, etc. Todo parece indicar que las intenciones del Dr. Cabred fueron organizar el Hospicio en concordancia con una perspectiva pineliana y logró su cometido de tal manera que el uso del trabajo y la actividad, como forma de tratamiento en la enfermedad mental, continuaron en etapas posteriores a su gestión.

Si bien se reconocía al trabajo no sólo como parte esencial del tratamiento sino también como un índice para dar cuenta de la situación del enfermo y su evolución, hasta el momento no se hablaba de que esa práctica fuera exclusiva de determinada disciplina, no se teorizaba al respecto y mucho menos se mencionaba aún a la Terapia Ocupacional. Recién con la llegada del Dr. Gonzalo Bosch a la dirección del Hospicio de las Mercedes comenzó a circular un nuevo término o una forma diferente de nombrar una misma situación terapéutica a la impulsada por el Dr. Cabred, la *laborterapia*. Esa fue la noción que comenzó a ponerse en circulación en nuestro país en la década del 30, no solo en el Hospicio sino en los demás asilos y colonias, para el uso del trabajo y las actividades en el tratamiento de los enfermos mentales.

Posteriormente se produjeron grandes cambios en el país a nivel político que se reflejaron en el ámbito sanitario. Al crearse la Secretaría de Salud Pública en el año 1946 con el Dr. Ramón Carrillo como conductor de la misma, la cual se convirtió en Ministerio de Salud Pública en el año 1949 continuando el mismo como Ministro, creó el Plan Analítico de Salud Pública donde dedicó un capítulo a la “Asistencia de Alienados e Higiene Mental” (Carrillo, 1947) refiriéndose allí a la importancia de la ya mencionada, *laborterapia* como “... una sección destinada a la laborterapia dada la importancia que hoy se acuerda al trabajo en los hospitales psiquiátricos, tanto desde el punto de vista terapéutico como del económico”. (p.1428)

Además del valor económico destacó el punto de vista médico y comenzó a utilizar términos que circulan hoy en día en el tratamiento de las patologías psiquiátricas como los de *reeducción* y *adaptación* de la siguiente manera: “Lo que

debe preponderar en la organización del trabajo de los alienados es -sin despreciar el factor económico- el punto de vista médico para conseguir la reeducación que permitirá una adaptación siquiera precaria”. (p. 1427)

Aquí se evidenció otro gran salto cualitativo que superó a la implementación del Tratamiento Moral pero además, por primera vez de manera formal se comenzó a hablar de Laborterapia y, aquí el dato que más nos interesa, se comenzó a hablar de Terapia Ocupacional: “La laborterapia o terapia ocupacional debe ser bien dirigida. Todos los enfermos exigen ser entrenados paulatinamente bajo supervisión del médico y sus ayudantes, técnicos, celadores o asistentes sociales”. (p. 1428)

Ambos términos se utilizaban como sinónimos pero de todos modos resulta destacable que comenzaba a necesitarse personal especializado para regular el trabajo de los enfermos mentales en el interior del asilo, dicho requerimiento permitiría a la Terapia Ocupacional “meterse” en el interior de las instituciones de manera formal e impulsaría la necesidad de formación de nuevos profesionales capacitados. No obstante la historia pareciera revelarnos que la Terapia Ocupacional, al menos en el interior del Hospital Psiquiátrico, preexiste a la llegada de la profesión al país por más paradójico que esto resulte, es decir, que sus formas de tratar la enfermedad parecen haber estado presentes desde antes de su llegada como disciplina formal pero que, de todos modos, fue necesario un sustento científico, fundamentos que sostengan la implementación de sus prácticas.

Fue en este contexto en el que la Terapia Ocupacional se instaló y comenzó a abrirse camino en el área específica de la Salud Mental. El valor privilegiado que la sociedad y el Estado le dieron en ese periodo histórico al trabajo y la manera en que el Dr. Carrillo lo reflejó en sus políticas de salud le dieron particular importancia a la Laborterapia o Terapia Ocupacional, impulsando el desarrollo de la disciplina en dicha área.

En 1959 la Comisión de Terapistas Ocupacionales que estaban formando profesionales incluyeron a los hospitales psiquiátricos como un campo para la práctica clínica de sus alumnos. En el Borda fueron realizadas las primeras experiencias y una vez recibidas las alumnas se realizaron designaciones de cargos en calidad de préstamo por la Comisión, pero por distintas dificultades se terminó

produciendo el levantamiento de la práctica clínica en dicha institución y el cese de los cargos asignados.

Tiempo más tarde, en los años 60, de acuerdo a las nuevas corrientes en materia de Salud Mental de la época, se creó el Hospital de Día del Hospital Borda. Dentro del equipo profesional se encontraban dos terapistas ocupacionales egresadas de la E.N.T.O pero al haber sido designadas por medio de un convenio del Instituto de Salud Mental con la Comisión Nacional de Rehabilitación y no por las autoridades del propio hospital, cesaron de sus funciones cuando caducaron dichas designaciones.

En la estructura del hospital Borda ya existía un servicio central de Terapia Ocupacional durante esos años y asistían allí pacientes que realizaban trabajos artesanales guiados técnicamente por personal del hospital. Recién en 1980 fue designada una Terapeuta Ocupacional como profesional de planta, la T.O Sara Daneri, quien fue nombrada en 1982 jefa del Servicio Central de Terapia Ocupacional.

Actualmente en todas las instituciones monovalentes de Salud Mental prestan servicio terapeutas ocupacionales, el Hospital Borda continúa siendo la institución con más profesionales de la disciplina rentados. La disciplina ha tenido que recorrer un largo camino dentro del ámbito de la Salud y más precisamente de la Salud Mental.

Abordaje interdisciplinario de los Terapeutas Ocupacionales en el ámbito de la Salud Mental

La Terapia Ocupacional en la actualidad comparte junto con otras disciplinas su quehacer profesional como integrante de los equipos interdisciplinarios. Entendiendo como interdisciplina a aquella metodología de trabajo que trata de reorganizar el conocimiento más allá de las líneas definidas por las disciplinas, estimulando la integración de las mismas. La interdisciplina también es convocada en la búsqueda de formas de superar las limitaciones metodológicas de cada una, cuando se apela a trabajar de esta forma se está asumiendo que el problema a

abordar está planteado de tal manera que no puede ser resuelto desde una sola y necesita de varias perspectivas. La Licenciada Mengelberg (2006) afirma que, la interdisciplina es en principio, una renuncia narcisista, vinculada a abandonar la expectativa idealizada que desde una sola disciplina es posible dar respuesta a los problemas del continuo proceso de salud y enfermedad mental, y agrega que:

“(...) Para que un equipo asistencial interdisciplinario pueda funcionar como tal, se requiere como parte de los ingredientes la inclusión programada, dentro de las actividades, de los dispositivos necesarios, los momentos de encuentros y para eso se necesita tiempo para aceptar al otro, tiempo para escuchar los otros saberes diferentes al mío, tiempo para reflexionar, tiempo para abandonar el *ombligismo crónico*”. (p. 1)

Es acertado suponer que, al superar las fronteras que cada disciplina trae consigo sobre todo en el terreno de la prácticas, se producirán espacios de tensión de manera tal que la interdisciplina puede ser un espacio de conflicto al traspasar los límites disciplinarios. La contracara de la misma será concebirla como un espacio de diálogo, apertura y enriquecimiento, entendiendo a la interdisciplina como un proceso en el que es necesario que haya un espacio de consenso, de acuerdos en torno a determinados principios como lo son los relacionados con la concepción de salud, a los derechos humanos y el respeto por los sujetos y comunidades destinatarias de las intervenciones. Por lo tanto, es importante no caer en una utilización ambigua del término, en el sentido de confundirla con el trabajo conjunto de diferentes profesionales sobre un mismo problema, o bien con el hecho de que una disciplina tenga colaboradores.

Existen diversos escritos que desarrollan las nociones de interdisciplina y transdisciplina: entenderemos que la noción de transdisciplina no supone un borramiento de los aportes singulares de las diferentes disciplinas en cuestión sino que constituye una construcción continua que procede de una tensión permanente entre diferenciación e integración (Stolkiner, 1999).

En el ámbito de la Salud Mental el trabajo interdisciplinario supone una reflexión no sólo de algunos principios e intervenciones clínicas, sino que además,

supone una revisión de la planificación de recursos, dispositivos y medios, así como en la forma de actuar y trabajar.

La Salud Mental como área de intervención, es por excelencia interdisciplinaria, en la medida que los problemas que aborda no pueden ser reducidos al tratamiento por una sola disciplina o área del saber. Las prácticas contemporáneas, persiguiendo como objetivo esencial la eficacia de sus intervenciones, han roto con el antiguo modelo médico hegemónico psiquiátrico y se ha legitimado el llamado de profesionales de otras disciplinas para participar en el abordaje de las patologías psiquiátricas en la actualidad, hablando ahora de un modelo de cuidado.

La terapia ocupacional trabaja en principio con las consecuencias de la o las enfermedades de un sujeto y también con el impacto que tanto la propia enfermedad como su consecuente tratamiento y recuperación tiene en su vida diaria. Para algunos sujetos la recuperación tendrá que ver con la reinserción y la plena autonomía y para otros será funcionar lo más adecuadamente posible en un ambiente, hecho que no significa necesariamente que no tenga que requerir cierto apoyo de forma indefinida.

Se toma la cotidianidad como un espacio verdadero de tratamiento donde no se trata de interpretar nada al paciente, sino de acompañarlo en esto de organizar su vida, para que en algún momento pueda hacerlo por sus propios medios (M. A de Pino, 1993).

Son tantas las áreas necesarias a abordar en un mismo sujeto para alcanzar los objetivos propuestos, cuyo hilo conductor siempre es y ha sido el alcance de la máxima autonomía, que sería impensado intervenir de manera aislada con un sujeto considerado como bio-psico-social y entendiendo a la salud como un proceso dinámico.

Tomando las reconocidas palabras de Enrique Pichón Riviere: "En tiempos de incertidumbre y desesperanza, es imprescindible gestar proyectos colectivos desde donde planificar la esperanza junto a otros" (Topía, 2009), es posible agregar que la materia prima de cada proyecto es el quehacer de cada disciplina que, junto a otras, atienden a una problemática concreta ya sea de un sujeto, de un grupo o

comunidad, dando lugar a múltiples transformaciones. En ese hacer diario de cada profesional, existe una realidad propia e institucional y también política, económica y social de la que no es posible desentenderse ya que será la que posibilite o dificulte la emergencia de proyectos de transformación colectivos y la necesidad de ellos para planificar el cambio o *la esperanza*.

En la práctica cotidiana de la Terapia Ocupacional podría decirse que la interdisciplina debería convertirse en una obviedad, no obstante aún resulta compleja y ese intercambio de saberes entre profesionales, ese espacio de encuentro, suele darse en espacios informales de acuerdo a las necesidades de cada paciente y a la organización interna de cada institución, así como la planificación y puesta en marcha de proyectos colectivos están sujetos a múltiples factores que exceden a la voluntad individual de cada profesional de trabajar interdisciplinariamente.

El abordaje del Terapeuta Ocupacional en la externación del sujeto con padecimiento psíquico implica la inclusión de los múltiples factores ya mencionados, que hacen que cada intervención de la disciplina cobre un sentido único en el equipo tratante, debido a la mirada particular que es capaz de aportar a cada caso. Nuestras prácticas no son cajitas, son proyectos a través de aquellas acciones acordadas y compartidas entre las personas, grupos o comunidades que los impliquen para llegar a construirlos, para esto hay que encontrar eso que llamamos sentido y que es invisible pero que cuando falta, la vida ya no es vida y lo humano deja de serlo (Daneri; Pérez, 2012).

CAPÍTULO IV

LA EXTERNACIÓN COMO PROCESO

*“Y cómo explicarte
desde el encierro
cuánto miedo da salir
a ese mar de dudas.”*

(Tu locura, Gustavo Cerati)

¿De qué hablamos cuando hablamos de externación?

Definir la externación es una tarea mucho más ardua que una mera definición teórica debido a que no se trata de un concepto sino de un proceso y como tal, para acercarnos a entenderlo, es necesario conocer el recorrido histórico que ha llevado a un cambio de paradigma en materia de Salud Mental, el cual ha dado lugar a prácticas tendientes a la desinstitucionalización y a la creación de una Ley que la sustenta.

No se puede separar el trato que se le ha dado al sujeto padeciente mental y las políticas de Estado de nuestro país a través de los años debido a que, si nos remitimos a la historia, los sujetos fueron en primer lugar excluidos legalmente de la sociedad para luego ser entregados por medio de la justicia o injusticia, al poder de las instituciones asilares.

Fue, desde el principio de los tiempos, la legislación la que permitió la pérdida de derechos, la discriminación, el aislamiento y la estigmatización de aquellos sujetos con patologías psiquiátricas, utilizando el encierro como medio de control más que como método de tratamiento. Por eso la externación deberá ser entendida como sinónimo de avance, como el resultado de una lucha histórica, como el objetivo de todo abordaje de salud y el camino hacia la integración social de aquellos sujetos sufrientes y marginados durante siglos.

Se trata de un proceso complejo ya que no es suficiente con sacar o desalojar a los sujetos de la institución asilar debido a que la institucionalización puede persistir en otros espacios, los cuales pueden terminar transformándose en asilares repitiendo lógicas manicomiales. Externar implica la rehabilitación de las capacidades perdidas del sujeto que le permitan su integración a la sociedad; las prácticas de externación deberán atender a su realidad familiar, social y a las características de la patología, además de tomar como eje orientador todo aquello vivido en la internación que haya tenido consecuencias negativas en el sujeto con el objetivo, no solo de remediarlo sino de no repetirlo. Las lógicas manicomiales no deberán reproducirse en dispositivos cuyo objetivo sea desinstitucionalizar.

Si nos remontamos a la historia podemos recordar aquella conocida *Nave de los locos* de la que hablaba Michel Foucault (1967), aquel barco que transportaba a los considerados insensatos, molestos y desequilibrados, ladrones y enfermos, rumbo al exilio para toda la vida. Se podría afirmar que, pese a siglos de avances en nuestra historia, aún nos encontramos con resabios de aquella época clásica teñida por el estigma y el exilio del loco.

Nuestras naves actuales son los hospitales monovalentes, nuestros manicomios, donde cantidades de sujetos habitan y en muchos casos de por vida. Esos sujetos, apartados de la sociedad, ocultos intramuros, deambulan en muchos casos sin intimidad, sin derechos como ciudadanos, sin autonomía, sin tiempo, sin rumbo y a la deriva como esas antiguas naves a las que se debe erradicar.

A lo largo de los años se fueron generando movimientos sociales y políticos que tuvieron entre sus objetivos cambiar el trato que se le daba al enfermo mental, estos hechos dieron lugar al cuestionamiento del poder absoluto del médico dentro de la institución psiquiátrica permitiendo un enfoque interdisciplinario en el abordaje.

Fue necesario un cambio total de paradigma en materia de Salud Mental, cambio que incluyó a las instituciones, a la sociedad, al Estado y al sujeto. Debieron cambiar múltiples consideraciones tanto de la enfermedad mental como de quien la padece para arribar a las actuales denominaciones de padecimiento psíquico y de sujeto activo con derecho a la información acerca de su tratamiento, con derechos

de ciudadanía, de justicia, vivienda, trabajo, educación y por sobre todas las cosas, con derechos de libertad.

Ahora bien, si el recorrido histórico nos revela un cambio de paradigma y si en la actualidad existe una legislación vigente que lo sustenta, cabe preguntarse por qué la desinstitucionalización parece ser un proceso tan complejo y la externación se vuelve una tarea tan ardua para las disciplinas que trabajan en ella. La respuesta a dicho interrogante es principalmente el hecho de que, la mayoría de los sujetos internados, una vez compensado el motivo inicial que los llevó a tal situación no encuentran una red social que los sostenga por fuera, que no cuentan con un ingreso económico y que, además, luego de cierto periodo de tiempo institucionalizados pueden cronificarse ciertas patologías y perder habilidades básicas para la vida en comunidad.

Nuestra actual Ley Nacional de Salud Mental 26.657, establece como meta que para el año 2020 se erradiquen los hospitales psiquiátricos proponiendo la creación de dispositivos ambulatorios conformados por equipos interdisciplinarios y el sostenimiento de los ya existentes. Para que este hecho suceda y estos dispositivos funcionen con la fuerza que se requiere, es necesario valorar la identidad individual del sujeto, su autonomía, el sostenimiento de los lazos sociales e incorporar el tratamiento de las patologías psiquiátricas en los hospitales generales considerando a la internación como una medida extraordinaria y última alternativa terapéutica.

Si se desea que todos estos cambios no sean más que palabras escritas hace falta mucho más que buenas intenciones por parte de los equipos de salud, de la comunidad y del Estado, se necesitan herramientas reales que permitan dar respuesta a las múltiples dificultades, más allá de la patología mental, a las que se enfrenta un sujeto en proceso de externación. Es decir que no basta con medidas terapéuticas sostenidas por presupuestos del sector sanitario sino que es necesario solucionar cuestiones relacionadas con la vivienda, el trabajo, la educación y todo aquello que posibilite el despliegue total de la vida de ese sujeto externado, por lo que se requiere de un trabajo intersectorial por parte del Estado.

La intersectorialidad en este caso implica un trabajo coordinado y conjunto de Salud con otros sectores como los de Educación, Vivienda, Trabajo y Seguridad Social, en la realización de acciones cuyo objetivo sea una desinstitutionalización digna de los ciudadanos que se encuentran en hospitales monovalentes en la actualidad. Este accionar conjunto para ser efectivo deberá incluir no sólo la planificación y puesta en marcha de ciertas estrategias sino que además se necesita de la concentración del aporte financiero. Ninguna acción será efectiva si los sujetos no cuentan con ciertas posibilidades económicas que, ya sea por su condición de pobreza y vulnerabilidad previa o por el largo periodo de internación, han perdido. De manera muy clara se expresa en el siguiente texto de investigación:

“Tampoco es ético ni posible que el Estado delegue en las familias la carga económica de la integración social y familiar, ya que ha sido responsable de la exclusión, ha legitimado la misma a través de sus políticas asilares de internamiento de los trastornos mentales, de la pobreza y la incapacidad, y es por lo mismo responsable de su reparación. Por lo tanto no puede eludir hacerse cargo económicamente de los programas dirigidos a esta reparación. No asumir esta responsabilidad hace que se prolonguen los efectos perniciosos de la institucionalización; la delegación a los servicios de rehabilitación y realojamiento, sin respaldo económico, resulta ineficaz e imposible. Los procesos de integración a la comunidad y al pleno ejercicio de los derechos sociales requiere contar en primer lugar con recursos económicos, es decir, la persona para integrarse necesita contar con un ingreso económico (existen ejemplos de esto en Francia con el RMI, ingreso mínimo de integración, en España, con subsidios por “carga familiar”, etc.)”. (CELS, Cruzar el muro. Desafíos y recomendaciones para la externación del manicomio, 2015, p. 8)

De alguna forma el Estado tiene una deuda histórica con el loco por haber legitimado su exclusión siendo ahora responsable de facilitar los recursos y condiciones para que la misma pueda ser saldada, asimismo como sociedad debemos asumir la carga que nos toca revirtiendo los años de estigmatización y discriminación padecidos por los sujetos denominados locos, permitiendo la integración al mundo social y cultural del que todos formamos parte.

De todos modos no basta con un cambio de paradigma ni con la sanción de una Ley, es importante que exista un seguimiento formal por parte de un organismo que vele por los derechos de los sujetos con padecimiento psíquico y que garantice que ocurran cambios favorables de sus condiciones de vida en la realidad. Para dicho fin existe el Órgano de Revisión de la Ley de Salud Mental como organismo específico de protección de los derechos humanos, siendo este de carácter multisectorial.

El mismo está conformado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y del Ministerio Público de la Defensa. También forman parte del Plenario, asociaciones de familiares de usuarios del sistema de salud, de profesionales y trabajadores de la salud, y de organizaciones no gubernamentales dedicadas a la defensa de los Derechos Humanos. Como tal, el Órgano de Revisión podrá ejercer sus funciones en todo el territorio nacional.

Entre sus funciones, además de controlar el cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental garantizando el goce de los derechos humanos de los sujetos contemplados en la misma, deberá para tal fin informarse acerca de las condiciones de tratamiento que ofrecen las instituciones, supervisar el estado de las internaciones y denunciar si existieran irregularidades en las mismas. Según un informe del CELS:

“Desde 2013, el Órgano de Revisión Nacional, creado por la ley, intervino en más de 8000 casos individuales, cuestionando la legalidad de las internaciones, y en 50 casos colectivos sobre condiciones de internación. Entre otras acciones, emitió un dictamen para desalentar el uso del electroshock y elaboró el documento sobre muertes en instituciones monovalentes de salud mental, donde señala que deben investigarse todas las muertes en contexto de encierro psiquiátrico”. (Centro de Estudios Legales y Sociales. Derechos humanos en la Argentina., 2017, P. 202)

Se puede asumir que visibilizar este tipo de realidades no es un hecho menor y que dificulta, en beneficio de los usuarios de los servicios de salud mental, la continuidad de prácticas de atención por parte de quienes defienden un retrogrado sistema manicomial.

Más allá de los conflictos existentes en la práctica diaria entre el poder del Estado y las instituciones monovalentes sería importante no perder de vista al eslabón más débil de esta cadena, al sujeto con padecimiento mental, vulnerado durante siglos, marginado socialmente y desplazado de la comunidad. Quizás sea una utopía pensar en la erradicación total de los hospitales psiquiátricos en un futuro cercano pero caer en la resignación, en la lucha de intereses políticos y la confrontación entre disciplinas, sería un error gravísimo. Enfocarse en atender al proceso de externación que se presenta en la actualidad como un desafío de la Salud Mental, sería el camino más acertado. Sería correcto utilizar esa utopía de la desaparición del manicomio como motor para poner en marcha un proceso de cambio, con todas las dificultades que eso implique, porque como ya dijo Eduardo Galeano (2003) "(...) ¿para qué sirve la utopía? Para eso sirve: para caminar.

El cambio de paradigma atraviesa a todos los sectores políticos y sociales, y además impulsa que se generen cambios significativos en el ejercicio del rol de las disciplinas intervinientes en el tratamiento de los sujetos con padecimiento psíquico, las cuales deben perseguir, entre sus objetivos principales, la externación del mismo de la institución asilar y su posterior integración a la sociedad.

La Terapia Ocupacional como una de las disciplinas que trabaja y ha trabajado en el área de la Salud Mental no ha sido la excepción, teniendo que adaptar sus intervenciones con el sujeto tanto intra como extra muro y abordarlo durante todo ese proceso de externación que se da entre ambos escenarios.

Se han creado diversos dispositivos en las instituciones monovalentes con el objetivo de posibilitar la salida de los sujetos internados, abordando aspectos habitacionales, laborales y culturales, donde la terapia ocupacional interdisciplinariamente con otros profesionales de la salud trabajan en el proceso de externación. (ver ANEXO 3)

Entre ellos se encuentran las llamadas Casas de Convivencia Asistidas o las Casas de Medio Camino las cuales cuentan con equipos de profesionales quienes fomentan el fortalecimiento de hábitos y tareas para el mantenimiento de un hogar, para el manejo del dinero, pago de alquiler y servicios, y están presentes en el acompañamiento en la atención de la salud en general y sus respectivos

tratamientos, la inclusión en la comunidad y actividades de interés de los sujetos externados. No existen líneas generales de abordaje, la asistencia se da manera flexible de acuerdo a las necesidades individuales de cada sujeto ya que no todos se encuentran en las mismas condiciones sociales, familiares o en la misma instancia de su patología. El objetivo principal es promover el mayor grado de autonomía posible y otorgarle una identidad como sujeto único, eliminando los rótulos generales que se les atribuía de acuerdo a su patología durante la internación.

El Hospital de Día también aparece como escenario alternativo al Hospital monovalente, este es un dispositivo pensado y planificado como una instancia intermedia entre la hospitalización y la comunidad, apuntando a la externación y a la creación de lazos sociales de los sujetos con padecimiento mental. Principalmente lo que el Hospital de Día ofrece es un lugar y tiempo que aloja al sujeto como ser humano particular y activo en su tratamiento, intenta romper el círculo de cronicidad en el que está inmerso, lo inscribe en lo grupal y colectivo, y lo acerca a la comunidad apuntando tanto a lo artístico como a lo productivo. Para cumplir con tales objetivos estos dispositivos ofrecen diversos talleres, jornadas o salidas, intercambios culturales y simbólicos con la comunidad que varían de acuerdo a diversas condiciones de los usuarios, de los profesionales con los que se cuenta y de los recursos que ofrezca la institución de la que dependa.

Los dispositivos de tipo laborales promueven la generación espacios de capacitación e inclusión laboral tendiente a albergar al sujeto, ya no como paciente, sino como trabajador, promoviendo una salida laboral independiente futura y un ingreso económico. Estos dispositivos se crean no solo para capacitar al sujeto y rehabilitarlo sino también por las enormes dificultades a las que los mismos se enfrentan para insertarse en el mercado formal de trabajo, siendo los mismos en muchos casos, la única alternativa posible de contar con un ingreso económico mínimo mensual, el cual generalmente depende de algún tipo de subsidio estatal.

Al tratarse de prácticas consideradas modernas, los dispositivos creados por cada institución presentan características diferentes que tienen que ver con cuestiones ideológicas propias del paradigma adoptado pero también con los

recursos humanos, económicos y sociales con los que cuenta cada institución y cada comunidad.

Es un desafío para la Terapia Ocupacional en el área de Salud Mental delimitar sus prácticas en el abordaje interdisciplinario del sujeto en vías de externación o externado. Ya que un cambio de paradigma obliga necesariamente a repensar el rol de la disciplina tanto dentro del equipo profesional como en el abordaje individual del sujeto y en el trabajo con la comunidad, sirviéndose de los recursos humanos de las instituciones para las que la Terapia Ocupacional trabaje y de las políticas públicas de Estado que se desarrollen y cuente a partir de dichos cambios.

De todos modos, y más allá de que el rol de la Terapia Ocupacional en el proceso de externación sea el interrogante que impulsa la realización de la presente investigación, es importante no perder de vista la pregunta que se introdujo al inicio del capítulo y comprender de qué hablamos cuando hablamos de externación.

Así como se da en el proceso de salud y enfermedad, un sujeto considerado sano en determinado momento de su vida puede requerir atención médica e incluso ser hospitalizado varias veces por algún tipo de enfermedad y luego recobrar su estado previo sin permanecer indefinidamente en ninguno de los dos polos de dicho proceso; es decir que a nadie se le ocurre que, porque una persona fue hospitalizada, permanecerá enferma durante toda su vida o por el contrario, que porque nunca lo estuvo, es una persona completamente sana. El proceso de externación debería poder entenderse de igual manera, ya que un sujeto puede requerir múltiples internaciones a lo largo de su vida luego de haber sido externado y aun así recobrar su estado de sujeto activo socialmente una vez superada su crisis, siendo un error evaluar las estrategias de externación en líneas de éxito o fracaso según el estado mental del paciente.

Como todo proceso, el de externación deberá ser dinámico, flexible y continuo, de lo contrario no podrá ser considerado como tal y podríamos decir que sería la mera expulsión del sujeto de una institución, un hecho aislado. El mismo debe ponerse en marcha en algún momento, lo más rápido posible, para todo sujeto

que haya ingresado a una institución psiquiátrica, creando e implementando estrategias para tal fin según el caso

A pesar de las dificultades que puedan existir en la práctica diaria dentro de cada institución, en la actualidad el proceso de externación no es ajeno a las disciplinas implicadas en el área de Salud Mental, sea cual sea su grado de compromiso con el mismo, lo que revela que el cambio de paradigma es un hecho. Este nuevo escenario de abordaje es una lucha ganada en beneficio de los sujetos con patologías psiquiátricas y es una conquista de aquellos profesionales que desarrollan sus prácticas imaginando otra versión del mundo, poniendo esfuerzo, voluntad y aportando saberes para construirla.

La Terapia Ocupacional, como disciplina involucrada en dicho cambio, ha logrado instalar firmemente sus prácticas en el proceso de externación; entendiendo que el mismo implica abordar al sujeto en diversos escenarios de acuerdo a múltiples factores. Esto conlleva a la apertura de interrogantes acerca de cuáles son esas prácticas y a qué incumbencias profesionales responden.

Cabe preguntarse para ello, de qué manera la disciplina aborda al sujeto en vías de externación desde lo individual pero además cómo es la forma en que interviene simultáneamente e interdisciplinariamente, en el mismo proceso y con el mismo sujeto, en otros escenarios y con otras estrategias como el trabajo en los dispositivos comunitarios creados para tal fin.

Desentramar toda esa red de acciones traducidas en prácticas profesionales que tienen como finalidad la externación del sujeto con padecimiento psíquico, permitirán dilucidar el interrogante inicial que ha impulsado el desarrollo de la presente investigación.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Tema y problema:

Tema: Las incumbencias de los Terapistas Ocupacionales en el abordaje interdisciplinario del proceso de externación de personas con padecimiento mental a través de dispositivos comunitarios pertenecientes al Hospital Taraborelli de la ciudad de Necochea en el año 2019.

Problema: ¿Cuáles son las incumbencias de los Terapistas Ocupacionales en el abordaje interdisciplinario del proceso de externación de personas con padecimiento mental a través de dispositivos comunitarios pertenecientes al Hospital Taraborelli de la ciudad de Necochea en el año 2019?

Objetivo General:

Conocer las incumbencias de los Terapistas Ocupacionales en el abordaje interdisciplinario del proceso de externación de personas con padecimiento mental a través de dispositivos comunitarios pertenecientes al Hospital Taraborelli de la ciudad de Necochea en el año 2019.

Objetivos Específicos:

- Describir las prácticas ejercidas por los Terapistas Ocupacionales como miembros de equipos interdisciplinarios en los diferentes dispositivos comunitarios.
- Especificar las prácticas ejercidas por los Terapistas Ocupacionales en el abordaje interdisciplinario del proceso de externación del paciente con padecimiento mental.

Tipo de investigación:

Se utilizó un enfoque de tipo cualitativo, donde se intentó describir en profundidad la variable de estudio. Utilizando esta metodología, se tomó contacto con la realidad de trabajo propia de los Terapistas Ocupacionales del Hospital Taraborelli de la ciudad de Necochea, en un intento de conocer sus incumbencias en el abordaje interdisciplinario del proceso de externación dentro de los diferentes dispositivos comunitarios, y de esta manera se pudo estar al tanto de cómo estas influyen en su práctica profesional diaria.

La profundidad del estudio es exploratorio y descriptivo, ya que el objetivo es conocer en profundidad y describir el objeto de investigación desarrollando una imagen o fiel representación del fenómeno estudiado a partir de sus características.

Población:

Terapistas Ocupacionales del Hospital Taraborelli de la ciudad de Necochea en el año 2019.

Muestra:

La muestra estará formada por cinco Terapistas Ocupacionales del Hospital Taraborelli de la ciudad de Necochea en el año 2019.

Método de selección de la muestra:

El criterio que se utilizó para seleccionar la muestra fue no probabilístico o por conveniencia, ya que se entrevistó solo a las Terapistas Ocupacionales pertenecientes al servicio de externación del Hospital Taraborelli de la ciudad de Necochea durante el año 2019.

Criterios de selección de la muestra:

Criterios de inclusión:

- Terapistas Ocupacionales que trabajen en el Hospital Taraborelli en planta permanente durante el año 2019, con una antigüedad no menor a dos años.
- Terapistas Ocupacionales que trabajen en al menos un dispositivo perteneciente al servicio de dispositivos de externación.

Criterios de exclusión:

- Terapistas Ocupacionales que no trabajen en dispositivos pertenecientes al servicio de externación.
- Terapistas Ocupacionales que no concedan el consentimiento para participar en la investigación, en el momento de la toma de datos.

Definición de la variable:

La noción de **incumbencia profesional** hace referencia a la capacidad potencial y competencias que tiene un profesional de acuerdo a los conocimientos adquiridos durante su formación. Las incumbencias profesionales constituyen el marco de trabajo de acuerdo a su especialidad (Pérez Porto, 2018).

Se dice que un asunto es de la incumbencia de una persona cuando es su responsabilidad atender ese asunto, es decir, debe hacer frente a esa tarea ante la que no puede actuar con indiferencia porque la implica directamente como protagonista.

Las incumbencias, de este modo, suponen competencias específicas que delimitan las prácticas de un profesional de acuerdo a su rol.

La **competencia** se define como la facultad que tiene una persona de combinar capacidades adquiridas a fin de lograr el cumplimiento de sus objetivos en una situación determinada, actuando de manera pertinente y con sentido ético (Minedu, 2016).

En el caso de las competencias profesionales, se trata de aquellas facultades o capacidades, incluyendo conocimientos teóricos y prácticos, con las que el profesional deberá contar de manera obligatoria para realizar de manera satisfactoria todas las **prácticas** que su rol le exige.

Estas prácticas se dimensionan en:

- Prácticas de las Terapistas Ocupacionales del Hospital Taraborelli en los diferentes dispositivos pertenecientes
- Prácticas de las Terapistas Ocupacionales del Hospital Taraborelli en el abordaje del paciente en el proceso de externación.
- Prácticas de las Terapistas Ocupacionales del Hospital Taraborelli como parte de equipos interdisciplinarios pertenecientes al servicio de dispositivos de externación.
- Prácticas de las Terapistas Ocupacionales del Hospital Taraborelli en relación a la comunidad.

Desarrollo del trabajo de campo:

En primera instancia se llevó a cabo el relevamiento de datos en relación a las Terapistas Ocupacionales que se encontraban trabajando en el Hospital Taraborelli, desempeñando tareas en el servicio de dispositivos de externación al momento de la recolección de la información, especificando qué función cumple cada una de las profesionales.

Luego, se solicitó el debido permiso a la institución para realizar el estudio e invitó a participar en el mismo a cada una de las profesionales, a través de la aceptación de un consentimiento escrito.

Se efectuaron entrevistas en profundidad para conocer y describir las Incumbencias profesionales de las Terapistas Ocupacionales que trabajen en la externación de sujetos con padecimiento mental en el Hospital Taraborelli.

Técnicas de recolección de datos:

Entrevista en profundidad: las entrevistas cualitativas han sido descriptas como no directivas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas. Éstas están dirigidas hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras.

La entrevista apuntó a recolectar información sobre el trabajo de las Terapistas Ocupacionales que trabajan en el servicio de dispositivos de externación del Hospital Taraborelli, sus obligaciones, responsabilidades y competencias necesarias para desarrollarse profesionalmente de manera satisfactoria.

Aspectos éticos:

- Se solicitaron las autorizaciones correspondientes a las autoridades de la institución que formará parte de la investigación.
- Se solicitó el consentimiento informado a las Lic. en Terapia Ocupacional que formarán parte de la investigación.
- Se respetaron las reglas éticas de confidencialidad y veracidad.

ANÁLISIS DE DATOS

Metodología del análisis cualitativo:

La presente investigación fue realizada bajo una metodología cualitativa, a partir de la cual se seleccionó la *inspección* como estrategia para el análisis, por medio de la cual se ha intentado conocer, analizar e inspeccionar los datos a fin de arribar al cumplimiento del objetivo de la presente Tesis de grado. La finalidad de este estudio no radica en alcanzar la universalidad de las conclusiones a las que se arriba, sino efectuar una relación entre los datos y la teoría.

Caracterización del grupo de estudio

El objetivo principal consistió en conocer las incumbencias profesionales de las Terapistas Ocupacionales en el abordaje interdisciplinario del proceso de externación de personas con padecimiento psíquico a través de dispositivos comunitarios del Hospital Taraborelli, de la ciudad de Necochea. La muestra quedó conformada por cinco Terapistas Ocupacionales, todas trabajando actualmente en la Institución y con una antigüedad mínima de dos años,

Técnicas de recolección de datos

La técnica utilizada fue la *entrevista en profundidad*, se administraron las mismas a cada una de las Terapistas Ocupacionales que conformaron la muestra y se les solicitó que respondieran en relación a sus prácticas en el área de externación, explicitando las mismas de acuerdo al eje y dispositivo en el cual se desempeñen.

ANÁLISIS DE DATOS

A continuación se comenzarán a analizar los datos recabados, organizando dicho análisis de acuerdo al dimensionamiento de la variable *incumbencias de los Terapistas Ocupacionales en el abordaje interdisciplinario del proceso de externación de personas con padecimiento mental a través de dispositivos comunitarios* en Prácticas de las Terapistas Ocupacionales como parte de equipos interdisciplinarios pertenecientes al área de externación, en los diferentes dispositivos comunitarios, en el abordaje del paciente en dicho proceso, y en relación a la comunidad.

Prácticas profesionales de las Terapistas Ocupacionales en relación al equipo interdisciplinario:

A partir de lectura de la información recogida en entrevistas y de cotejar las respuestas de las entrevistadas, se pudo dar cuenta que la conformación de los equipos interdisciplinarios varía de acuerdo a si el mismo pertenece a un dispositivo del eje cultural, laboral, habitacional o a un grupo de pacientes. Cuando se trata de estos últimos los equipos están conformados por Psiquiatra, Psicólogos de planta y residentes, Terapeuta Ocupacional (al menos una o más de una si se incluyen residentes), Trabajadora Social y Enfermera; a excepción de un grupo el cual ha prescindido de los servicios permanentes del Psiquiatra y Trabajadora Social, requiriéndolos sólo a demanda. Los dispositivos pertenecientes al eje cultural y laboral cuentan todos con Terapia Ocupacional, Psicología y Trabajo Social de manera fija, incluyendo además a otros agentes de salud como talleristas y/o idóneos en la técnica que el dispositivo requiera.

Por último, en relación a los dispositivos habitacionales, estos incluyen en sus equipos a las disciplinas de Psiquiatría, Psicología, Terapia Ocupacional, Enfermería, Trabajo Social y personal auxiliar.

En cuanto a la articulación de las prácticas profesionales de cada una de las Terapistas Ocupacionales con el equipo interdisciplinario, todas ellas afirman sostener reuniones semanales o quincenales en las que se abordan y deciden cuestiones individuales o colectivas. En algunos dispositivos estas reuniones se sostienen de manera más estructurada mientras que en otros se realizan a demanda, quedando las mismas más en el plano de lo informal:

“(...) está más desorganizado en cuanto al equipo, se trata de mantener reuniones a la demanda para planificar el espacio, las actividades y los proyectos; y por ahí ordenar nuestras prácticas pero no está tan organizada y tan instalada como en otros espacios.” (Anónimo, comunicación personal, 30 de septiembre de 2019).

Algunos dispositivos culturales y la totalidad de los laborales, además de las reuniones de equipo, sostienen permanentes espacios de comunicación entre sus miembros mediante grupos de chat, herramienta actual que les permite la interacción constante y en tiempo real; esto les da la posibilidad de articular sus prácticas diariamente sin necesidad de coincidir en un mismo espacio físico: “(...) Más allá de los días pautados de trabajo con los miembros del *equipo*

interdisciplinario y los *referentes* y *trabajadores* de todos los dispositivos, para facilitar la comunicación se mantiene un contacto vía WhatsApp de modo permanente (...)” (Anónimo, comunicación por correo electrónico, 20 de septiembre de 2019).

Las respuestas arrojadas por las profesionales dieron cuenta de que, en relación a los equipos interdisciplinarios, en ocasiones realizan funciones de coordinación tanto de los encuentros con los mismos, donde se planean las diversas estrategias de intervención, como de la puesta en marcha de las actividades que deciden llevarse a cabo.

Prácticas profesionales de las Terapistas Ocupacionales en relación al Dispositivo:

Se considera pertinente aclarar que tres, de las cinco Terapistas Ocupacionales entrevistadas, desempeñan su rol profesional en más de un dispositivo y que, dos de ellas además, trabajan en más de un eje del servicio de dispositivos de externación.

Las intervenciones tienen que ver con el sostén de la externación, ya sea desde el apoyo en el área laboral como en el manejo de otras cuestiones de la vida en sociedad que varían según cada caso particular. La función dentro de los dispositivos es la de comunicar o socializar todos los aspectos que se abordan desde lo individual aportando la perspectiva de la Terapia Ocupacional, decidir con los diferentes equipos las estrategias a poner en marcha, brindar apoyo al sujeto y articular con otras instituciones o espacios de la comunidad a la cual el sujeto pertenece.

En cuanto a los dispositivos del eje laboral, la profesional entrevistada que se desempeña en el mismo, da cuenta de múltiples funciones y tareas concretas las cuales se modifican, en mayor o menor medida, en relación al tipo de dispositivo laboral del que se trate y de las características particulares de cada uno de estos. Se relevó como función constante, la de propiciar hábitos laborales individuales y grupales, generar autonomía en la toma de decisiones, facilitar los diversos recursos que el trabajo implique y favorecer la inclusión de los productos en la comunidad posibilitando así, en algunos casos, el autoabastecimiento propio del dispositivo.

En relación al apoyo en la realización de la tarea concreta, se observa que esta es una práctica profesional que se da en aquel dispositivo que no cuenta con

referente idóneo: "(...) al no contar con un referente idóneo mi participación también está dada en la realización de la tarea: definir producto a elaborar, búsqueda de recetas, apoyo (escrito, vía virtual y/o presencial) en elaboración del producto en caso de ser necesario (...)" (Anónimo, comunicación personal, 30 de septiembre de 2019). Mientras que en los demás dispositivos, se detectan las necesidades de apoyo y se trabaja en relación a éstas con el referente. Las respuestas recabadas en relación a lo antedicho dan cuenta de un amplio labor de las Terapistas Ocupacionales con éste, incluyendo el seguimiento de las diversas tareas realizadas dentro del dispositivo, gestión de recursos que el referente o los técnicos requieran, asesoramiento en relación a la coordinación del grupo, brindar apoyo al mismo ante diversas situaciones que surjan en el devenir de las actividades con los sujetos; es decir, se evidencia un amplio abanico de funciones que la Terapeuta Ocupacional lleva a cabo en relación a su trabajo con el referente que varía según el caso particular y el dispositivo del que se trate.

Continuando con el análisis y en relación a las prácticas de las entrevistadas en los dispositivos del eje cultural, coinciden en realizar tareas de co-coordinación con los talleristas, además de planificar y organizar diversas actividades y articular con referentes de la comunidad.

"(...) trabajo lo que tiene que ver con la co-coordinación con el tallerista y trabajamos mucho, los psicólogos también, pero bueno el T.O al tener un manejo de la actividad y de todo lo que se necesita, gestiona y demás, trabaja mucho en coordinación con el tallerista pudiendo generar dinámicas grupales, el sostenimiento de la tarea, la planificación; si bien, insisto, la técnica la traía en este caso, el profesor de teatro, uno siempre complementa desde lo terapéutico en poder determinar la actividad que le es más interesante a cada uno, acompañar ese proceso y articulando todo el tiempo con la comunidad. Porque por ejemplo, si había que llevar una obra al colegio el Terapeuta Ocupacional es el que llama, si hay que buscar recursos para esa obra lo mismo, la gestión y la articulación con otros, se da en todos los espacios (...)" (Anónimo, comunicación personal, 30 de septiembre de 2019).

En cuanto a las prácticas de la disciplina en el eje habitacional, la entrevistada afirma que las prácticas profesionales en este eje varían de acuerdo al estadio del proceso de externación en el que se encuentre el sujeto, las mismas abarcan desde entrevistas, observaciones, evaluaciones del desempeño ocupacional y de las

actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, a el trabajo en relación a la convivencia y al soporte en cuestiones que tienen que ver con la cotidianeidad de los sujetos trabajando con los referentes dentro de la comunidad, enfermeros y auxiliares:

“(…) en función de lo que es el trabajo en el dispositivo habitacional tiene que ver con el tratamiento individual de cada uno y colectivo porque una siempre en lo habitacional trabaja en casas donde hay más de uno viviendo, entonces el trabajo no es solamente con el usuario sino en relación a la convivencia y todo lo que se organiza ahí y con los referentes que sostienen, en este caso mucho con el enfermero y la auxiliar que son los que hacen el soporte diario de la externación. Y también las prácticas tienen que ver con la gestión y con demás funciones (…)” (Anónimo, comunicación personal, 30 de septiembre de 2019).

Más allá de las especificidades en las funciones y tareas de las entrevistadas de acuerdo al eje en el que se desempeñan, se pudo cotejar como función común dentro de todos los dispositivos pertenecientes al servicio de Externación, el brindar apoyo en diversas tareas, el rol de facilitador, la gestión de recursos, la articulación con referentes del equipo o de la comunidad y evaluación en términos de admisión.

Prácticas profesionales de las Terapistas Ocupacionales en relación al sujeto en proceso de externación:

Con la intención de indagar acerca del abordaje con el sujeto en proceso de externación, se les preguntó a las entrevistadas si habían participado, al menos en una ocasión, de dicho proceso desde su inicio solicitándoles que comenten de qué manera habían articulado sus prácticas profesionales con el equipo, con el dispositivo y con dicho sujeto en particular. Todas coincidieron en el hecho de haber participado en al menos un caso, las diferencias encontradas en cuanto a la extensión de las respuestas estuvieron sujetas a los años de experiencia profesional de cada una dentro de la institución.

Independientemente del eje y dispositivo desde el cual intervinieron en el proceso de externación del sujeto, las entrevistas arrojaron respuestas comunes con respecto a la manera de abordar el mismo, siendo posible establecer como denominador común el hecho de que todos los procesos de externación se han planificado y organizado interdisciplinariamente, tomando como punto de partida al sujeto y su realidad, recabando dichos datos en entrevistas que mantienen

constantemente con el mismo para, a partir de la escucha, establecer objetivos y planificar futuras estrategias, así como evaluar y reevaluar el proyecto establecido.

Todas coincidieron en intervenir de acuerdo a las necesidades individuales del sujeto en ese momento en particular, en algunos casos mencionaron actuar como facilitadoras ofreciendo los apoyos necesarios o siendo ellas mismas apoyo en determinadas actividades, además mencionaron la articulación constante con distintos referentes institucionales como enfermería y auxiliares en el caso del eje habitacional, con referentes laborales en el caso del laboral y con referentes comunitarios de todo tipo de acuerdo a los espacios que habita el sujeto.

En dispositivos habitacionales se destaca la importancia de repensar y analizar el proyecto de externación constantemente con el fin de evitar repetir lógicas manicomiales por fuera de la institución:

“(…) en relación al eje y dispositivos prácticas concretas son la planificación del proyecto, escribir el proyecto, el repensar todo el tiempo el proyecto de acuerdo al eje, porque lo que hay que evitar es reproducir o automatizar algunas prácticas que puedan ser institucionalizantes en las casas y dispositivos habitacionales en los que ellos viven.” (Anónimo, comunicación personal, 30 de septiembre de 2019).

Además cabe destacar que todas las entrevistadas respondieron afirmativamente cuando se les preguntó si desarrollaban algún tipo de abordaje con la familia o entorno cercano del sujeto. En el caso de las prácticas profesionales de las terapistas ocupacionales en los grupos de pacientes, la comunicación con el entorno es una práctica constante contemplada dentro de los espacios del dispositivo: “(…) Sí, por supuesto que siempre y cuando se requiere se mantienen reuniones con familiares, también con empleador de trabajo formal o informal, si es que el caso lo requiere en este momento (…)” (Anónimo, comunicación telefónica, 17 de agosto de 2019).

“Es de suma importancia contar con espacios destinados a la atención de las familias con la finalidad de poder dar respuestas a las demandas existentes. La cotidianidad de la persona y su comportamiento con su núcleo familiar tiene que ser considerado y abordado. El dispositivo cuenta con espacios semanales de atención familiar.” (Anónimo, comunicación por correo electrónico, 26 de septiembre de 2019).

En los dispositivos pertenecientes a otros ejes, los espacios destinados al encuentro y trabajo con la familia o entorno cercano del sujeto varían caso a caso,

se relatan prácticas habituales pero todas aclaran que estas son diferentes para cada sujeto: “Si, según el caso en particular se mantienen entrevistas disciplinares y/o en conjunto con psicología y trabajo social con familia y/o personas del entorno del paciente (familia, vínculos afectivos, referente laboral, encargada de pensión, etc.) En ocasiones, el contacto también es vía telefónica.” (Anónima, comunicación por correo electrónico, 20 de septiembre de 2019).

Los temas que se abordan en dichas entrevistas con el entorno del sujeto tienen que ver con su situación particular y en relación a eso informan y asesoran acerca de los apoyos que requiere en las diversas áreas de su vida, se analizan los mismo en relación a la actividad en la que el sujeto se implique y se trabaja en la organización de la rutina del mismo. La necesidad de dar prioridad a alguna temática en particular está sujeta al momento específico, dentro del proceso de externación, del sujeto con el que se esté interviniendo.

Prácticas profesionales de las Terapistas Ocupacionales en relación a la comunidad:

A partir de la lectura de respuestas que abordaban la temática de las prácticas profesionales de las terapistas ocupacionales en relación a la comunidad, se pudo dar cuenta de que si bien todas incluyen trabajos de gestión y articulación, las diferencias responden al eje desde el cual se realicen.

En los dispositivos laborales, la articulación con la comunidad tiene que ver justamente con dicha actividad comercial:

“En los distintos dispositivos laborales, se promueve la circulación y comercialización de los productos en la ciudad, por parte de los trabajadores. La salida a la comunidad está dada por la participación en ferias, venta ambulante, venta en comercios, puesto de trabajo en espacios ajenos al hospital (radio cooperativa, actividades de albañilería en una obra en construcción, etc.) visitas domiciliarias. Dichas actividades tienen su origen en el trabajo previo realizado en el hospital, en donde se planifican y organizan: capacitación y apoyo necesario/ requerido por el paciente a fin de favorecer independencia y autonomía en dicha actividad. Reunión con otros miembros del equipo: evaluar necesidad de A.T., necesidad y organización de recursos materiales, distribución de tareas necesarias para consolidar dichas prácticas en la comunidad.” (Anónima, comunicación por

correo electrónico, 20 de septiembre de 2019). Nuevamente, también se menciona el trabajo interdisciplinario como una constante.

Continuando con la enunciación de prácticas en relación a la comunidad, la entrevistada que se desempeña en el eje habitacional respondió que:

“Lo pienso desde trabajar con otros actores de la comunidad como puede ser dirección de cultura, empleo, educación, en el barrio en sí. Gestionando, pensando, articulando acciones de todo tipo; en este caso, desde puestos de trabajo a escuelas para realizar algún tipo de actividades, centros de salud. Las acciones tienen que ver con la articulación con los referentes en función del usuario, del grupo o del taller que se proponga, la manera en cómo lo articula o piensa varía (...)” (Anónima, comunicación personal, 30 de septiembre de 2019).

En cuanto a las respuestas acerca de dichas prácticas dentro del eje cultural, las entrevistadas manifestaron que estas cambian de acuerdo a la actividad y/o proyecto cultural del que se trate, de todos modos es posible constatar que dichas prácticas siempre tienen como objetivo promover la participación social y la inclusión. Una de las entrevistadas da cuenta de esto último de la siguiente manera:

“Según la actividad a realizar, se articula con personas/referentes de la comunidad, para conocer las condiciones de participación -en caso de ser un evento por ejemplo- se articula con los familiares o tutores para que promuevan también la participación en actividades comunitarias, y se trabaja de manera grupal, para que el apoyo que cada uno necesita se pueda resolver entre el grupo mismo, acompañando así el proceso de independencia institucional.” (Anónima, comunicación telefónica, 23 de septiembre de 2019).

Desde el eje cultural el planeamiento, ejecución y evaluación de proyectos institucionales comunitarios resulta una práctica establecida siendo las tareas a realizar desde la ideación de los mismos a la gestión de recursos para su puesta en marcha y el trabajo del equipo interdisciplinario con los sujetos implicados o con los diversos actores de la comunidad que el proyecto requiera.

En cuanto a otros dispositivos como los grupos que funcionan dentro de la institución, la implicancia de las terapistas ocupacionales entrevistadas en proyectos comunitarios es más acotada o inexistente, limitándose solo a la comunicación con ciertos referentes comunitarios cuando algún caso particular lo requiera.

Prácticas profesionales de las Terapistas Ocupacionales que exceden el rol profesional:

Ante el interrogante acerca de la existencia o no de prácticas cotidianas que fueran consideradas como excedentes al rol profesional, cuatro de las cinco entrevistadas respondieron de manera afirmativa.

Una de ellas manifestó realizar, en ocasiones, tareas que le son comunes a cualquier trabajador. Dando cuenta de este modo de la realización de funciones que exceden a la especificidad de la disciplina. Las demás profesionales entrevistadas relataron dificultades en la cotidianeidad tanto institucional como de los sujetos con quienes intervienen, que las obligan a cambiar sus prácticas excediendo su rol específico, siendo dichas dificultades de variada índole. Las mismas implican cuestiones de escasez de recursos materiales y/o humanos que las obligan tanto a gestionar como a suplir a otros agentes de salud en la ejecución de actividades. En relación a este punto, una de ellas explica muy claramente:

“Sí, por insuficientes recursos materiales, edilicios y humanos. Determinados apoyos como por ejemplo, venta ambulante y/o en ferias no requieren, en determinadas circunstancias, presencia de terapeuta ocupacional, esto podría trabajarse desde el equipo con la inclusión de un acompañante terapéutico y/o otra persona capacitada para dichas funciones (...) En cuanto a recursos materiales, los insumos propios de cada espacio productivo no cuentan con un apoyo financiero para facilitar el funcionamiento propio del taller e impulsar nuevas propuestas. Ósea, el sostenimiento de los espacios laborales productivos existentes y las propuestas de nuevos proyectos no cuentan con recurso edilicio ni material adecuado, lo cual en la búsqueda de los mismos es necesario realizar actividades que exceden a mi rol.” (Anónimo, comunicación por correo electrónico, 20 de septiembre de 2019).

En términos generales, quienes manifiestan excederse del rol o verse obligadas a modificar sus prácticas cotidianas, si bien relatan lo antedicho como una dificultad, en su discurso se pudo evidenciar la flexibilidad con que realizan su labor, dando cuenta de diversos ejemplos de prácticas que flexibilizan de acuerdo al caso o proyecto que las implique profesionalmente.

CONCLUSIÓN

A partir del trabajo de campo realizado en el periodo comprendido entre agosto y octubre de 2019, me resultó posible arribar al conocimiento de las prácticas específicas que el ejercicio del rol del Terapeuta Ocupacional exige, para las Terapeutas Ocupacionales que desarrollan sus prácticas en el Hospital Taraborelli y en este momento histórico particular. Con dicha información, intenté inferir cómo estas prácticas profesionales ejercidas por las mismas durante los diversos procesos de externación, se desarrollan en los equipos interdisciplinarios, en los dispositivos comunitarios, en el abordaje del sujeto, y en relación a la comunidad.

Hacer referencia a los conceptos de Interdisciplina, Externación como proceso, Padecimiento Mental a través de la historia, abordando el cambio de paradigma dado a través de los años, y describir a la propia disciplina de Terapia Ocupacional, me permitió tener una mirada profunda sobre el tema de investigación. A través de estos conocimientos intenté comprender la manera particular en la que las Terapeutas Ocupacionales quienes formaron parte de la muestra, ejercen sus prácticas profesionales.

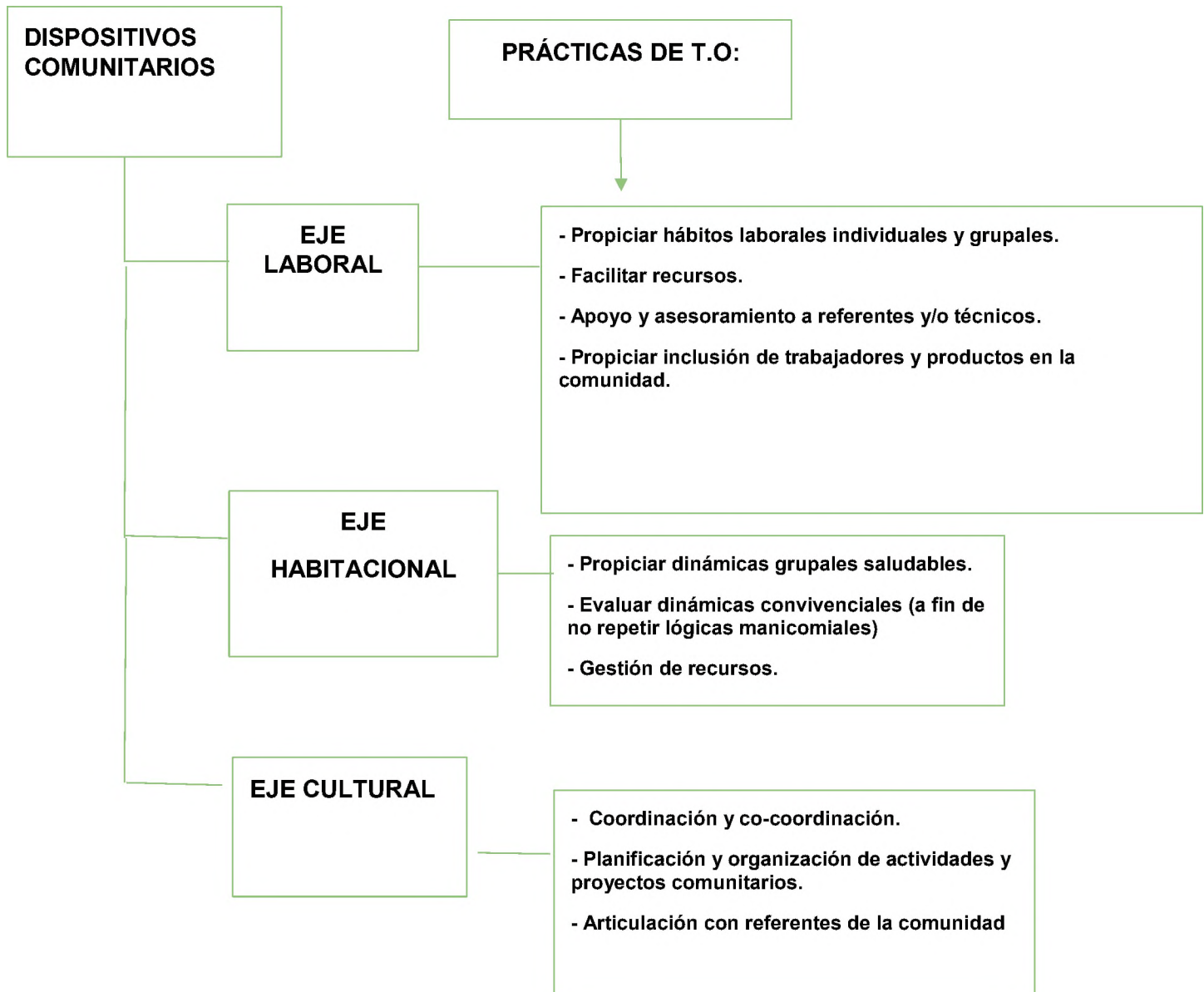
Conclusiones preliminares:

Las prácticas profesionales de las Terapeutas Ocupacionales en relación al *equipo interdisciplinario* se relatan como una constante, en todas las tareas que realizan dan cuenta de la articulación de éstas con el trabajo de otros profesionales o agentes de salud en algún momento de la misma, no hay respuestas que vislumbren una labor aislada de la disciplina en el proceso de externación. Se podría inferir de este modo, que la Terapia Ocupacional en el área de la Salud Mental es entendida como naturalmente interdisciplinaria debido a que no conciben el tratamiento de los problemas que abordan pasibles a ser reducidos a una sola disciplina del saber, incluso cuando relatan prácticas individuales con los sujetos también hacen referencia a la posterior comunicación o socialización de lo trabajado al equipo para futuras toma de decisiones o implementación de estrategias de intervención.



En relación a las prácticas ejercidas en los diversos *dispositivos comunitarios* tienen como características comunes la de incluir actividades de gestión de recursos materiales o humanos y de articulación con diversos referentes de la comunidad, en algún momento determinado del proceso de externación, dependiendo del caso en particular y del tipo de dispositivo del que se trate. En todas las actividades que se desarrollan en los diversos dispositivos, las Terapistas Ocupacionales realizan tareas de facilitación de las mismas, coordinan, ofrecen apoyos necesarios y evalúan constantemente sus intervenciones a fin de no repetir lógicas manicomiales por fuera de la institución. Esto evidencia la forma particular que tienen de entender a la externación como un proceso dinámico y flexible, que se da en múltiples escenarios y contextos, pero que de ningún modo consiste en la expulsión del sujeto de la Institución asilar a otra de similares características.

Todas las prácticas ejercidas que relataron en las diversas respuestas, dieron cuenta de un trabajo orientado hacia la rehabilitación de las capacidades perdidas del sujeto a fin de lograr su integración a la sociedad, atendiendo a su realidad familiar, social y las características subjetivas del propio sujeto.

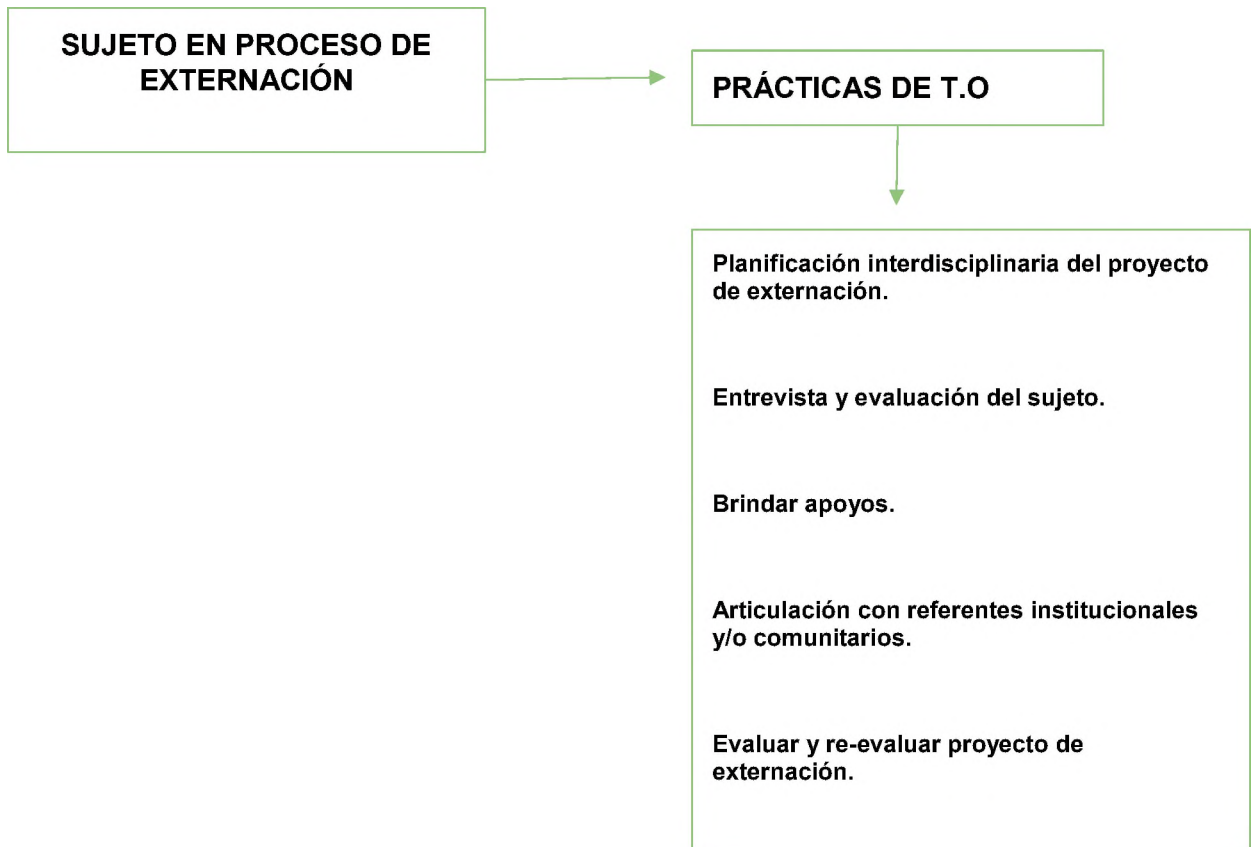


En cuanto a las funciones concretas de las Terapistas Ocupacionales con el *sujeto en proceso de externación* cabe destacar la especificidad e importancia de la disciplina, las respuestas arrojadas en las entrevistas me permitieron concluir lo antedicho debido a que relatan prácticas como la evaluación inicial del sujeto a partir de la cual se establecen objetivos y se piensa interdisciplinariamente en el tipo de externación que será posible alcanzar con ese sujeto en particular. En relación a este punto todas las profesionales parecen concebir al sujeto de manera integral y enfocarse en las capacidades conservadas del mismo, concibiendo las mismas

como potencialidades a partir de las cuales planificar y poner en marcha el proceso de integración del sujeto a la comunidad. Dicha tarea de evaluación, tanto inicial como en términos de admisión a determinado dispositivo, sólo la realizan las Terapistas Ocupacionales y es por este motivo que me resulta importante destacar la especificidad de la disciplina en dicha función.

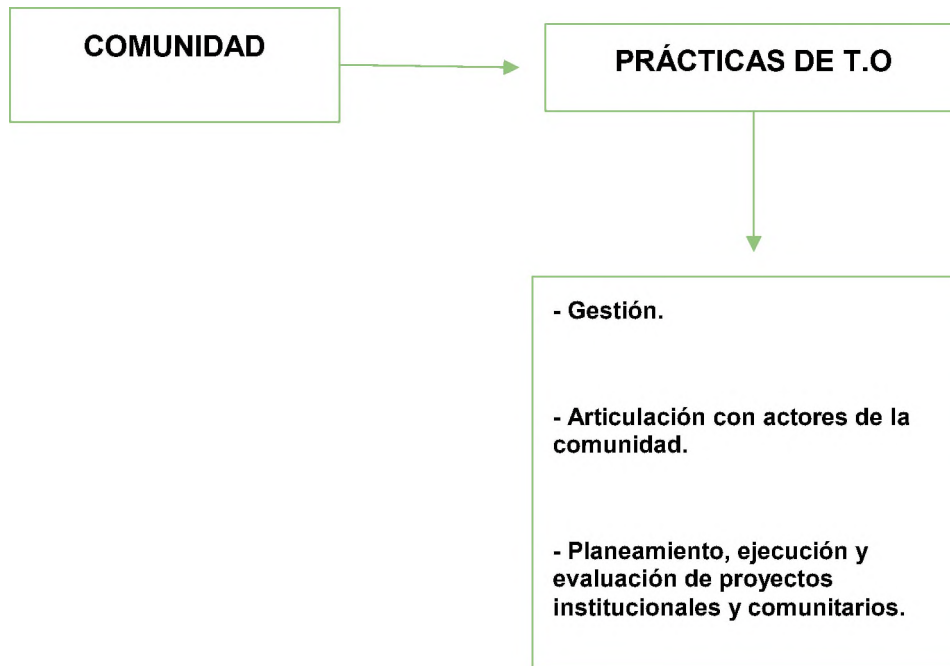
Además, a lo largo de todo el proceso de externación, las profesionales manifiestan realizar una amplia diversidad de prácticas que varían de acuerdo al caso pero que abarcan desde la ya mencionada evaluación, entrevistas constantes con el sujeto y/o con referentes de su entorno, brindar apoyo tanto al sujeto como a los referentes actuantes en el proceso de externación, facilitar la ejecución de diversas tareas, contribuyendo así al sostenimiento de la vida en comunidad. Todas estas funciones son realizadas en pos de lograr la máxima autonomía posible en dicho sujeto y una inclusión e integración a la comunidad plena, garantizando el goce de sus derechos.

Mediante las respuestas arrojadas por las profesionales entrevistadas, se puede concluir que las mismas conciben al sujeto como un ser humano integral y de derechos, enmarcando sus prácticas en dicha concepción, además de concebirlo como sujeto activo en dicho proceso y con una visión positiva del mismo, ya que ninguna de ellas hace referencia a las dificultades del mismo sino que inician sus abordajes partiendo de las capacidades que el sujeto conserva.



Por último, en relación a las prácticas profesionales de las Terapistas Ocupacionales en la comunidad, todas las respuestas relataron tareas de gestión y articulación con diversos actores de la sociedad. De acuerdo a los datos analizados me resultó posible concluir que, dichas tareas antes mencionadas más allá de las características que adoptan en cada caso, todas persiguen objetivos de inclusión social y participación plena del sujeto en la comunidad, ya sea en su barrio, ámbito laboral, educativo, cultural o cualquier otro espacio físico por donde el sujeto circule o desee circular.

Lo antedicho da cuenta de la flexibilidad que las profesionales presentan en sus abordajes permitiéndose, en su mayoría, actuar en los diversos escenarios en los que se desempeña el sujeto sin limitarse al abordaje dentro de la institución.



Conclusiones finales:

Basandome en todo lo expuesto resulta acertado concluir que, en las prácticas profesionales de las Terapistas Ocupacionales en el abordaje del proceso de Externación del sujeto con padecimiento psíquico, se evidencia la presencia de aquel gen histórico de la Terapia Ocupacional tal como fue mencionado en el marco teórico donde se retoman los orígenes de la disciplina y el uso que la misma hace de la actividad y el trabajo como medio de tratamiento. Si bien actualmente la Terapia Ocupacional se inserta en el área de la Salud Mental compartiendo su hacer profesional con otras disciplinas y dan cuenta de un trabajo interdisciplinario constante, mantiene sus funciones específicas utilizando la actividad como medio para arribar a sus objetivos principales de intervención, que son el alcance de la máxima autonomía posible y en consecuencia el pleno goce de derechos del sujeto. Dentro de la variedad de prácticas ejercidas por las profesionales de la institución han sido una constante en sus relatos las funciones de facilitadoras de las diversas tareas, de apoyo tanto de los sujetos como de los referentes de los mismos, de gestión de recursos y de articulación con la comunidad.

El ejercicio de la función de apoyo demostró tener como finalidad posibilitar el uso de las capacidades conservadas del sujeto a fin de lograr la máxima autonomía posible, por lo tanto y basándome en este punto he llegado a concluir que la concepción del sujeto que tienen las profesionales entrevistadas prioriza las

capacidades con las que el mismo cuenta y no así, aquello que no puede lograr o presenta dificultades; mencionan términos como potencialidades denotando una mirada íntegramente positiva y activa del mismo en su propio proceso de externación. Dicha concepción se condice con los postulados del paradigma actual en Salud Mental los cuales, como ya se mencionó en el marco teórico, ya no hablan de incapacidad sino de capacidades restringidas beneficiando así al sujeto y garantizándole sus derechos.

En relación a lo antedicho, la actual Ley de Salud Mental postula prácticas interdisciplinarias, las cuales aparecen como una forma de trabajo adoptada en todas las intervenciones realizadas en la institución, las mismas persiguen como objetivo final la desmanicomialización y la inclusión de ese sujeto a la sociedad. Este cambio paradigmático que plantea la Ley llegó para dar un marco legal a prácticas tendientes a la desinstitucionalización que ya se estaban ejerciendo, por este motivo las Terapistas Ocupacionales de la Institución, en su mayoría, abordan el proceso de Externación siguiendo líneas similares de trabajo. No obstante, esta transformación en la intervención que permite a las profesionales actuar *más allá* de las paredes de la Institución y en todos los escenarios posibles en los que se juega la vida del sujeto, requiere de una flexibilidad que está sujeta a las singularidades de cada profesional interviniente por lo cual aún se evidencian resistencias o dificultades que, el tiempo y la transformación definitiva de un modelo hospitalario a un modelo comunitario de abordaje, se espera que logren vencer.

Por todo lo mencionado, se concluye que las incumbencias de los Terapistas Ocupacionales en el abordaje interdisciplinario del proceso de externación de personas con padecimiento mental a través de dispositivos comunitarios tienen que ver con el ejercicio de prácticas profesionales de facilitación de la actividad en los diversos dispositivos comunitarios, de apoyo del sujeto o de otros miembros del equipo o dispositivo, de gestión de recursos, asesoramiento, articulación con la comunidad, evaluador del sujeto y/o de proyectos y de coordinación de diversos espacios. Todas las prácticas mencionadas comprenden el abordaje del sujeto en proceso de externación dándose las mismas en relación a dicho sujeto, a los dispositivos comunitarios a partir de los cuales se lo aborde y a la comunidad, siendo además prácticas por excelencia interdisciplinarias y en concordancia con el nuevo paradigma en materia de Salud Mental en nuestro país y a la legislación vigente.

Al hacer un recorrido por toda la información recolectada en el trabajo de campo, me resulta importante resaltar que las Terapistas Ocupacionales entrevistadas en su mayoría han sido parte de un proceso de transformación institucional que ha dado lugar al ejercicio de las prácticas actuales, por ejemplo han sido testigos participantes del proceso de transformación de talleres terapéuticos en dispositivos laborales, hecho que las posiciona en roles activos en este cambio hacia la desmanicomialización en dicha institución y dentro de los equipos interdisciplinarios en los que se desempeñan. Las particularidades de sus abordajes tienen que ver justamente con la historia que las antecede, las mismas abarcan desde las resistencias a los cambios generados al ejercicio de prácticas que exceden su rol y la especificidad de la disciplina.

Consideraciones finales:

En el sentido de todo lo explicitado anteriormente y proyectando a un futuro cercano, se sugiere que podría continuar contribuyendo al desarrollo de la disciplina en el área de la Salud Mental, la realización de investigaciones acerca de los temas detallados a continuación:

- Fortalezas y dificultades en el ejercicio del rol del Terapeuta Ocupacional en el proceso de Externación del sujeto con padecimiento psíquico.
- Registros de experiencias de externación desde una mirada de Terapia Ocupacional.
- Políticas públicas que respalden el cambio paradigmático que plantea la Ley Nacional de Salud Mental.

ANEXO 1

Guía de entrevista dirigida a Terapeuta Ocupacional y/o Lic. En Terapia Ocupacional que trabaje en el área de externación del Hospital Taraborelli de la ciudad de Necochea, año 2019.

Número de entrevista:

Fecha:

Antigüedad en el cargo:

Eje del servicio de dispositivos de externación en el que se desempeña como T.O:

Dispositivo(s) del Servicio de dispositivos de Externación en el que se desempeña como T.O:

- 1- ¿Cómo está conformado el equipo de trabajo en cada dispositivo en que se desempeña?
- 2- ¿Cómo articula su trabajo dentro del equipo con cada uno de los miembros?
- 3- ¿Cuál es su función dentro del dispositivo en el cual trabaja? (si trabaja en más de un dispositivo, responda por ambos)
- 4- ¿Cuáles son las tareas concretas que debe realizar diariamente de acuerdo a su función dentro de cada dispositivo?
- 5- ¿Considera que realiza actividades que exceden a su rol? ¿Cuáles son y por qué?
- 6- ¿Cuáles son sus prácticas o tareas concretas en el abordaje del paciente en proceso de externación? Describa en relación a los siguientes ítems:
 - En relación al equipo interdisciplinario:
 - En relación al Eje/dispositivo:
 - En relación al abordaje del paciente en proceso de externación:

- 7- Además del trabajo con el paciente, ¿desarrolla un abordaje con su familia, y entorno más cercano? ¿De qué manera?
- 8- ¿Ha sido parte del proceso de externación de uno o más pacientes desde su inicio? De ser afirmativa la respuesta se le solicitará que relate brevemente de qué manera desempeñó su rol profesional.
- 9- ¿Existen cuestiones que la obligan a modificar sus prácticas diarias? ¿De qué índole son dichas cuestiones?
- 10- ¿De qué manera articula sus prácticas dentro del hospital con la salida a la comunidad?
- 11- ¿Participa o ha participado en el planeamiento, ejecución y/o evaluación de proyectos institucionales y/o comunitarios? ¿Cuáles han sido dichos proyectos y cuál fue su función?
- 12- ¿Cuáles son los diferentes ambientes físicos en los que trabaja, si es que lo hace en más de uno, y por qué?
- 13- Una vez que el paciente es externado ¿Qué prácticas concretas realiza que considera favorables en el sostenimiento del mismo?
- 14- A modo de reflexión personal ¿cree que debería cambiar algo en el ejercicio diario de su rol y por qué?
- 15- ¿Considera que debe agregar algún tipo de información adicional?

ANEXO 2

Carta de autorización

Necochea, (fecha correspondiente)

A la Dirección del Hospital Taraborelli de la ciudad de Necochea:

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes a fin de solicitar la autorización correspondiente para incluir al Hospital Taraborelli como parte de mi trabajo de investigación. Soy estudiante avanzada de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional y me encuentro desarrollando mi Plan de Trabajo Final en el que consideré como población a las Terapistas Ocupacionales y/o Lic. En Terapia Ocupacional que trabajan en Servicio de Dispositivos de externación de dicha institución, siendo el tema a tratar: “Las incumbencias de los Terapistas Ocupacionales en el abordaje interdisciplinario del proceso de externación de personas con padecimiento mental a través de dispositivos comunitarios.”

Les agradecería tengan en consideración posibilitar mi acercamiento a las profesionales antes mencionadas.

Desde ya, les agradezco y saludo atentamente.

Francois, Daiana Gabriela.

DNI 34.509.258

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Título del estudio: “Las incumbencias de los Terapistas Ocupacionales en el abordaje interdisciplinario del proceso de externación de personas con padecimiento mental a través de dispositivos comunitarios.”

Investigadora: Francois, Daiana Gabriela. Estudiante avanzada de Lic. En Terapia Ocupacional. U.N.M.D.P.

Objetivo de la investigación: Conocer las incumbencias de los Terapistas Ocupacionales en el abordaje interdisciplinario del proceso de externación de personas con padecimiento mental a través de dispositivos comunitarios pertenecientes al Hospital Taraborelli de la ciudad de Necochea en el año 2019.

Procedimientos:

Si consiento en participar sucederá lo siguiente:

1. Responderé a preguntas acerca de mi trabajo en Servicio de Dispositivos de externación perteneciente al Hospital Taraborelli.
2. Me someterán a una exploración de preguntas sobre mis prácticas en cada uno de los dispositivos pertenecientes al área de externación de dicha institución. Esto representará 30 minutos aproximadamente.

Confidencialidad:

Toda información obtenida en este estudio será considerada confidencial y será usada sólo a efectos de investigación. Mi identidad será mantenida en el anonimato.

Derecho a rehusar o abandonar:

Mi participación en el estudio es enteramente voluntaria y soy libre de rehusar a tomar parte o a abandonar en cualquier momento.

Consentimiento:

Consiento en participar en este estudio. He recibido una copia de este impreso y he tenido la oportunidad de leerlo y/o que me lo lean.

Firma:

Firma de la investigadora:

Fecha:

ANEXO 3

Dispositivos de externación - algunos de los muchos que intentan cambiar la historia

Se entiende por dispositivo a todo mecanismo creado para producir determinado efecto, está destinado y preparado para ello desde su planificación; y como en todo mecanismo se espera que su efecto genere cierto movimiento. En sentido amplio, de este modo funcionan los dispositivos que se crean destinados a los sujetos que sufren algún tipo de padecimiento psíquico y/o exclusión social.

Los dispositivos de externación son generadores de movimientos, tanto en los sujetos destinatarios de los mismos y en quienes son parte de equipos interdisciplinarios que trabajan en ellos, como en la comunidad en la que el mismo se pone en marcha.

A continuación se hará referencia a algunos pocos, de los muchos dispositivos artísticos, culturales, laborales y habitacionales, que posibilitan y sostienen las externaciones de los sujetos con padecimiento psíquico en el país, y en los que la Terapia Ocupacional ha podido y puede abordar al sujeto en su amplio y arduo proceso de externación.

Fundación Frente De Artistas

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

El Frente de Artistas del Borda surge a fines del año 1984 con el objetivo de producir arte como herramienta de denuncia y transformación social, desde entonces, lleva 35 años de experiencia ininterrumpida.

Está compuesto por artistas internados y externados del Hospital Borda posibilitando que sus producciones artísticas generen un continuo vínculo con la sociedad. Bajo la consigna de "ir al frente", cuestiona el imaginario social respecto de la locura.

Funciona de manera autónoma e independiente en el patio del Hospital Borda. Se desarrolla a través de diversos espacios como asambleas de comunidad,

talleres, presentaciones y funciones artísticas, además de diferentes redes y movimientos sociales.

Desde el dispositivo no solo se valora el número de presentaciones artísticas sino también el número de participación en ámbitos académicos y políticos. Por eso la importancia no se encuentra solo en la calidad artística de cada presentación sino también del impacto que genera tanto en la comunidad como en los propios actores.

El Frente de Artistas del Borda representa, entre otras cosas, una lucha que insiste en dar voz a quienes han sido acallados durante siglos.

Programa de Salud Mental Barrial - Hospital Pirovano

El programa se encuentra funcionando desde el año 1985 y concibe al hospital como un centro de salud de acción comunitaria.

Surgió en su momento como iniciativa del Lic. Carlos Campelo, un psicólogo de planta del Servicio de Psicopatología y Salud Mental del Hospital Pirovano, quien, propuso a algunos vecinos que acudían al servicio a que desplieguen en forma de taller algunas de sus potencialidades e intereses.

De acuerdo a vivencias propias, los vecinos fueron compartiendo experiencias de vida y, con el tiempo, esos encuentros adquirieron una considerable magnitud y un creciente nivel de organización. Se generó un tejido comunitario que redundó en la promoción de la salud de los vecinos involucrados en la experiencia, ofreciendo alternativas inexistentes previamente y potenciando la capacidad de los sujetos para crecer.

En un principio existieron resistencias, críticas y dudas por parte de algunos profesionales acerca de la seriedad y la pertinencia de un Programa de esas características dentro del ámbito de la Salud Mental Pública. Con el tiempo, y a partir de visualizarse los beneficios que ofrecían a los vecinos, los talleres fueron crecientemente aceptados y utilizados por los profesionales de salud mental.

El programa es una red de más de 300 talleres donde circulan más de cuatro

mil vecinos, no pacientes, y donde la consigna es poner el foco en las carencias, sino disponerse a aprender de toda experiencia humana ya sea propia o ajena.

El Programa ofrece talleres los siete días de la semana, desde primera hora de la mañana hasta las 21 o las 22, según el día.

Lo antedicho fue un breve resumen de todo aquello que intuyó y se propuso en 1985 Carlos Campelo cuando transformó a algunos pacientes en agentes de salud para que, compartiendo con otros sus vivencias, se ayudaran entre sí.

“(…) diremos que Campelo, el alquimista, transformó a pacientes que acudían a buscar sus servicios de psicólogo de planta, en agentes de salud, potenciados por otros vecinos que andaban en la misma y que se juntaban a compartir sus dolores, sus entusiasmos y sus sapiencias. Esto generaba una extraña vivencia de satisfacción y vitalidad, una maravillosa experiencia de potencia y acompañamiento que fue creciendo y convocando a otros y otros que, en derredor del parlanchín de Campelo, observaban que el mundo no era ese gran agujero negro que pide más y más sangre y al que le falta siempre algo para ser como debiera ser, sino que era un lugar de salud, de libertad, de plenitud y potencia, riquezas que habían olvidado tener, pero tenían”. (Espeche, 2007, p. 9)

Colectivo Crisálida - Arte, Salud Mental e Intervención Comunitaria

Se trata de un Proyecto de Extensión de la Universidad Nacional de Mar del Plata llamado “Colectivo Crisálida: Arte + Salud Mental + Intervención Comunitaria”, que viene trabajando desde hace más de 10 años permitiendo evidenciar una problemática: el de la Salud Mental y de la vulnerabilidad de los sujetos que la padecen.

Es un colectivo interdisciplinario conformado por profesionales y estudiantes relacionados al Arte y la Salud Mental, profesores de teatro, artes visuales, escritura, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, quienes comparten el mismo interés de contemplar las necesidades artístico-expresivas de las personas con sufrimiento psíquico e intentan abordar su integración en ámbitos sociales y comunitarios.

Funciona en el Centro Cultural recuperado América Libre de la ciudad de Mar del Plata, concurren allí talleristas (no pacientes ni usuarios) porque se acercan al espacio para aprender como cualquier vecino; y aquello de lo que se apropian se resignifica en espacios comunitarios acercándolo a escuelas, barrios, sociedades de fomento, etc. Además son ellos mismos quienes dictan talleres de

plástica, o ayudan a coordinar juegos en plazas u otros espacios de la comunidad.

El dispositivo tiene como fundamento la realización de producciones artísticas grupales y el trabajo cooperativo. El modelo que propone es el de la recuperación de la subjetividad.

Son dos los lineamientos esenciales del dispositivo: el primero es el arte como herramienta de transformación a nivel individual, grupal y comunitario. Eso quiere decir que se trabaja primero en el fortalecimiento personal con el fin de generar confianza en el propio decir y hacer para poder luego iniciar a los talleristas, como así también a quienes participan en este proyecto, en el trabajo de intervención comunitaria, en barrios y escuelas de la ciudad.

El segundo lineamiento es lo vincular, el vínculo grupal. La posibilidad del encuentro con los otros como aquello capaz de construir al sujeto y sostenerlo, visibilizarlo.

“Es desde el arte, desde las experiencias artísticas concretas, que se construyen formas más saludables de resistencia.” (Basualdo, 2018)

Radio La Colifata - Puentes donde hay muros - Hospital J.T Borda de Buenos Aires

La Colifata es una ONG sin fines de lucro denominada Asociación Civil "La Colifata, Salud Mental y Comunicación", que desarrolla actividades en el área de investigación y brinda servicios en salud mental utilizando los medios de comunicación para la creación de espacios en salud. Es comúnmente conocida como LT 22 Radio "La Colifata", la radio de los internos y ex internos del hospital Borda de Buenos Aires.

Fue creada el 3 de agosto de 1991 por el psicólogo Alfredo Olivera, se constituye como la primera radio en el mundo en transmitir desde un hospital neuropsiquiátrico.

La Colifata surge como una columna de expresión y de opinión de los sujetos internados del Hospital Borda en una FM comunitaria del barrio de San Andrés, donde la idea desde un principio era poder incluir la voz de aquellos que habían sido excluidos socialmente.

Una vez por semana los oyentes de esa radio escuchaban la grabación registrada dentro del Hospital. Los sujetos hablaban de diversos temas. Luego se invitaba a la audiencia a enviarles mensajes que eran grabados y luego escuchados por los mismos sujetos participantes a la semana siguiente. La Colifata entonces nace en ese punto de encuentro entre la comunidad y los pacientes.

Se trata de que los pacientes ejerzan libremente el derecho a la expresión, la dimensión humana del otro de la cultura. Justamente, la posibilidad de estar sujetos a ella re-inscribiendo en lo social su figura, provocando una nueva mirada o, al menos, cuestionando a aquella detenida cristalización de sentido. (Olivera, 2005)

Jaque Mate - Derribando muros -

Jaque Mate es un proyecto de Extensión Universitaria de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Mar del Plata. Su propuesta es promover la inclusión social de sujetos en situación de desfavorabilidad a partir de la formación en técnicas radiales y la realización de un programa radial que se emite semanalmente por la tarde en FM 95.7 Radio Universidad.

Tiene como destinatarios a dos comunidades específicas: una, integrada por personas que sufren o sufrieron padecimiento psíquico y se encuentran en etapa de resocialización; y otra, compuesta por personas privadas de la libertad, precisamente internos de la Unidad Penitenciaria 15 de Batán.

Se pone en marcha con recursos obtenidos en las "Convocatorias de Proyectos de Extensión 2004-2008" de la Universidad Nacional de Mar del Plata, y a nivel nacional a través del "Programa de Voluntariado Universitario 2006, 2007 y 2008" de la Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación Argentina y la "Convocatoria Apoyo Institucional a Radios Universitarias 2007" también de la Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación.

Este Proyecto habilita un espacio de inclusión e integración para personas con padecimiento psíquico y privadas de libertad, a través de talleres de capacitación en técnicas radiales y periodismo digital, la emisión de programas

en vivo, la producción de micros radiales y el armado de un espacio virtual.

Utiliza como herramienta la capacitación entendiendo el mismo como un proceso educativo que implica un procedimiento planeado, sistemático y organizado, mediante el cual los beneficiarios adquieren conocimientos, aptitudes y habilidades técnicas para contribuir a su desarrollo en el desempeño de una actividad significativa.

Antes de Jaque Mate, no existía en el ámbito de la ciudad y la zona, la posibilidad de que estas poblaciones accedan a roles sociales en medios de comunicación masiva, y mucho menos desempeñando roles activos.

Lleva adelante el proyecto un Grupo de Extensión interdisciplinario conformado por terapeutas ocupacionales, psicólogos, asistentes sociales, locutores, comunicadores sociales y diseñadores web que trabajan articulados con la Universidad tanto con docentes como con graduados y estudiantes. Además, hay un equipo de comunicadores formados a través de los talleres de capacitación en técnicas radiales y periodismo escrito y digital que han recibido su capacitación desde el año 2005.

Afortunadamente el grupo se ha ido ampliando hasta el día de hoy y la capacitación continua con nuevos talleristas.

(derribandomurosmdp.blogspot.com, 2019)

Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA), Hospital Interzonal José A. Esteves

El Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) es un programa surgido en el año 1999, a partir de una resolución del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (Resolución N° 001832) para su instalación en todos los hospitales monovalentes de la provincia, bajo responsabilidad de la dirección ejecutiva de cada hospital. Tiene como objetivo promover y sostener la externación de aquellos sujetos internados que carezcan de los necesarios soportes familiares y económicos que les permitan su inclusión en la vida comunitaria.

El programa supone una política de "reconversión de recursos" que lo haga sustentable, en orden con la progresiva sustitución que marca la ley. Plantea transformar el gasto utilizado en prolongar internaciones innecesarias en inversión para el sostenimiento de procesos asistidos de externación.

Nació en una situación social y económica crítica demostrando en los hechos que es posible una transformación en las políticas de salud mental que combine el objetivo de la externación y las acciones con eficiencia de distribución de recursos.

Rehabilitación y externación asistida designa un proceso por el cual sujetos que viven internados en los grandes hospitales psiquiátricos inician un

camino hacia una vida en pleno ejercicio de sus derechos, contando con los apoyos que cada situación requiere. Estos apoyos constituyen, a la vez, un derecho ciudadano y, por lo tanto, una obligación por parte del Estado.

Se puede describir el trabajo del PREA como el recorrido que va desde la internación a la efectivización de la vida en la comunidad.

Dentro del mismo dispositivo, funcionan otros que hacen posible dicho objetivo primordial, estos son: el dispositivo de admisión, que trabaja en relación directa con los equipos de las salas de internación y el área de rehabilitación del Hospital evaluando las condiciones para iniciar un proceso de externación, talleres para la externación que funcionan en el Centro Regional de Capacitación aledaño al hospital, dispositivos de asistencia por parte del equipo interdisciplinario que trabajan en lo clínico y en los lazos sociales y el Centro Comunitario Librementemente que articula con otras instituciones.

El PREA ha constituido sus equipos sobre la base de la transformación de las prácticas de los propios trabajadores del sistema público provincial, y lo ha hecho, tal cual lo prescribe la Ley 26.657, sin pérdida de la fuente de trabajo ni merma de sus derechos.

Empresa Social de Salud Mental El Bolsón

Argentina - Río Negro - El Bolsón

En la provincia de Río Negro no existen manicomios desde hace 20 años. Los sujetos con sufrimiento psíquico son atendidos por los servicios de Salud Mental de los hospitales comunes.

La falta de posibilidades de inserción laboral para ellos acarrea baja autoestima y obstáculos para su recuperación e inclusión social.

La empresa social de El Bolsón nace en primer término para generar fuentes de trabajo para los sujetos del servicio de Salud Mental y también como un modo de poder disminuir los prejuicios de la comunidad.

El proyecto se inició en el año 2001, impulsado desde el Servicio de Salud Mental de El Bolsón. Inicialmente se constituyó un grupo integrado exclusivamente por sujetos con padecimiento psíquico, pero a mediados de 2003 la experiencia indicó la conveniencia de conformar un grupo integrado también el resto de la comunidad.

Desde el año 2001 hasta la actualidad se cuenta con la concesión de la confitería del Polideportivo Municipal de El Bolsón, luego de ganarla en una licitación pública. Desde allí también se presta el servicio de delivery de comidas. Desde el año 2004 se realizan servicios de catering para fiestas y reuniones. En diciembre de 2005 se tomó la concesión de un pequeño bar ubicado en un sitio estratégico de la

ciudad y, 2006, se tomó la concesión del Refugio del centro de esquí de El Bolsón, ubicado en el Cerro Perito Moreno, a 25 km. del pueblo.

Actualmente, la cooperativa presta todos estos servicios y desde el año 2001 hasta el 2005 se trabajó bajo la personería jurídica de la Asociación Rionegrina de Salud Mental y luego se constituyó como cooperativa de trabajo.

Se trata de una entidad de acción comunitaria, con claros objetivos de promoción de la salud y los derechos humanos, así como el combate contra la exclusión. Pero a la vez, es una empresa que se desenvuelve en el mercado, en las mismas condiciones que el resto de los emprendimientos con los que compite. Es así, que hecho de que la empresa esté constituida por sus beneficiarios, los convierte en agentes de su propia recuperación.

Dicha práctica ejemplifica la manera en que una sociedad civil puede ser fiel a sus principios comunitarios y a la vez poder ser autosustentable desde el punto de vista comercial. Ambos aspectos se retroalimentan ya que el perfil comunitario de la cooperativa es visto con buenos ojos por los clientes, al mismo tiempo que, cada servicio exitoso que hacen se consolida en el mercado. Así se reafirma la idea de que los sujetos con sufrimiento mental pueden vivir en su comunidad y pueden aportar a ella como cualquier otro ciudadano.

“Quereme así piantao”

Tandil, Provincia de Buenos Aires

“Quereme así piantao” es un dispositivo terapéutico de inclusión socio-laboral que depende del área de Salud Mental y Comunitaria del Sistema Integrado de Salud Pública. Nació como un servicio de café con elaboración y venta de productos de pastelería artesanal, constituyendo una propuesta innovadora para derribar prejuicios sobre la salud mental, y ofrecer una alternativa real de trabajo para los sujetos con padecimiento psíquico que lo requerían.

El café fue gestionado y atendido por ellos mismos coordinados por integrantes del equipo de Salud Mental.

En 2015, el actual Director Nacional de Salud Mental, Luciano Grasso, dio el puntapié inicial para comenzar a gestar este proyecto basado en la inclusión y los lineamientos de la Ley de Salud Mental.

Después de muchos preparativos y capacitaciones, la idea vio la luz el 9 de noviembre de 2015 en una casa de té ubicada en Mitre al 500. Luego de una mudanza al espacio de Macanudo, sobre Rodríguez frente a la plaza principal, concretó el traslado a las instalaciones del centro cultural La Compañía.

En la actualidad dejó de lado el servicio de cafetería y apuesta a la elaboración de panificados, con la finalidad de perfeccionarse y crecer cada vez más.

El centro cultural se convirtió en el lugar ideal porque además de poseer unas excelentes instalaciones y patio, cuenta con una cocina apta para la elaboración de alimentos.

“Acá es espectacular, la gente te trata muy bien, el lugar es hermoso. Yo por el café dejé todo, me hace bien, es una terapia para mí, me hace bien a la mente, a todo, aparte tengo compañeros que valen oro”, relató Pablo Ricardo, uno de los trabajadores del emprendimiento en el diario El Eco de la ciudad de Tandil, quien recalcó la importancia de poder compartir su experiencia con otras personas y vincularse con los demás en eventos y ferias, más allá de la cuestión económica que les permite subsistir.

Para poder impulsar las acciones y gestionar la parte operativa existe una asociación civil que lleva el mismo nombre y está abierta a toda la comunidad. Lo mismo sucede con el proyecto, al cual es posible ingresar a través de una entrevista de admisión que se efectúa luego de la derivación del profesional tratante.

BIBLIOGRAFÍA

Referencias bibliográficas:

- Basualdo (2018), Nuevas miradas en Arte y Salud Mental. TEDxMarDelPlata.
Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=9hiF6MGRKTM>
- Cabred, D. (1893) "Memoria del Hospicio de Las Mercedes".
- Campanello, C. (2012) Talleres del Pirovano. Recopilación de escritos sobre el Programa de Salud Mental Barrial del Hospital Pirovano.
- Características y Funciones del Órgano de Revisión de la Ley de Salud Mental.
Recuperado de: <https://www.mpd.gov.ar/index.php/secretaria-ejecutiva-del-organo-de-revision-de-salud-mental/173-caracteristicas-y-funciones-del-organo-de-revision-de-la-ley-de-salud-mental>
- Carrillo, R. (1947) Plan Analítico de Salud Pública. Tomo I. Secretaría de Salud Pública de la Nación.
- Centro de Estudios Legales y Sociales (2015) "Cruzar el muro". Desafíos y recomendaciones para la externación del manicomio.
- Centro de Estudios Legales y Sociales. (2017) Derechos humanos en la Argentina. Siglo Veintiuno editores. Pág. 202.
- Daneri, S. (2005) Tesis de grado: "Antecedentes de la Terapia Ocupacional en el Hospital José T. Borda" De la asunción del Dr. Domingo Cabred como director de la institución (1892) a la presencia efectiva del primer grupo de terapeutas ocupacionales (1960).
- Daneri, S; Vázquez. (2009) "Una mirada retrospectiva acerca del uso del trabajo y las actividades manuales, artísticas y recreativas en el tratamiento de la enfermedad mental en el Hospital José T. Borda".
- Derribando Muros (2019) "Derribando Muros: quienes somos". Recuperado de: <http://derribandomurosmdp.blogspot.com/p/quienes-somos.html>
- Diario "El Trabajo". (1969) "Celebró Necochea su aniversario: En adhesión a los festejos fue inaugurado un hospital". Mar del Plata.
- Diario El Eco, La Ciudad (2018) "Quereme así pintaó". Recuperado de: <https://www.eleco.com.ar/la-ciudad/quereme-asi-piantao-se-renueva-para-seguir-su-labor-de-inclusion-social-y-laboral/>
- ENTO (2015) Un documental sobre la creación de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=idQOiYOO2Oo>

- Foucault, M. (1967). "La historia de la locura en la época clásica" (Tomo I). Fondo de Cultura Económica. México.
- Franco Basaglia. (2008) "La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio". Edit. Topía. Colección fichas para el siglo XXI. Buenos Aires.
- Galeano (2009) "Somos las historias que vivimos". Revista La Bitácora. Montevideo, Uruguay. Recuperado de:
<http://www.bitacora.com.uy/auc.aspx?4262>
- Galeano, Eduardo. (2003) "Palabras andantes". Madrid.
- Galende, E. (1994). "Políticas de la Salud Mental. Modernidad, individuación y manicomios". Editorial Lugar. Buenos Aires.
- Galende, E. (2008). "Desmanicomialización institucional y Subjetividad". Revista Psicoanalítica. Vol. XXX. (Nº 2/3). Conferencia y mesa redonda
- Ingenieros, J. (1919). "La locura en la historia Argentina". Cooperativa Limitada. Recuperado de:
<http://www.ms.gba.ar/sitios/regionsanitaria6/files/.../MedicinaSanitaria2.pdf>
- Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina (2019). Ley Nacional nº 17.132 ejercicio de la medicina, odontología y actividades auxiliares. Recuperado de: [ley nacional nº 17132 ejercicio de la medicina, odontología y actividades auxiliares](#)
- Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina. Dirección Nacional de Salud Mental y adicciones (2013). "Plan Nacional de Salud Mental" Boletín oficial.
- Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina. Dirección Nacional de Salud Mental y adicciones (2013). Decreto Reglamentario nº 603/2013. Boletín oficial nº 32649/13.
- Ministerios de Salud. Presidencia de la Nación Argentina. Dirección Nacional de Salud Mental y adicciones (2010) "Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657". Boletín oficial nº 32041/10
- Muscillo (2019). "Empresa social El Bolsón". Recuperado de:
<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Empresa%20Social%20de%20Salud%20Mental%20El%20Bols%C3%B3n.pdf>

- Nabergoi. (2013) Tesis doctoral en Salud Mental Comunitaria: “El proceso de transformación de la atención psiquiátrica hacia el enfoque de cuidados en salud mental en Argentina. Participación de Terapia Ocupacional en la construcción del campo de la salud mental en la Ciudad de Buenos Aires (1957-1976).”
- Pérez, L. (2012) .Revista Argentina de Psiquiatría Vertex. “La concepción de Salud Mental desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional”.
Recuperado de: <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex101.pdf>
- Pinel, P. (1801) Tratado médico filosófico sobre la alienación mental o la manía. 1º Ed. Francia.
- Radio La Colifata, historia y reconocimientos (2019). Recuperado de:
<http://lacolifata.com.ar/historia-reconocimientos/>
- Ruiz, M. El hostal: Una experiencia de tratamientos sin encierros en psicopatologías graves. Psicoterapias Integradas Editores. Buenos Aires.
- Stolkiner, A. (1999) La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. Revista: EL CAMPO PSI Edic. Abril. Buenos Aires.
- Testa, Daniela (2018) “La poliomielitis y el «surgimiento» de la rehabilitación en Argentina: Un análisis socio histórico”. 123-143. Recuperado de:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0252-18652018000200005
- Yujnovsky, N. (2016). Emprendimientos productivos en Salud Mental. Del hospital monovalente a la comunidad. Revista Argentina de Terapia Ocupacional, 2(2), 28-35.

Material bibliográfico consultado:

- Baptista Lucio, P., Fernández Collado, C., Hernández Sampieri, R. (2003) "Metodología de la investigación"; México- Mcgraw- Hill; 3ra edición. Pág 391- 411.
- Basaglia (2017) Conferencia Permanente de Salud sobre Desmanicomialización. Recuperado de: <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/conferencia-E-Galende.pdf>
- Bauleo (2019); "La desmanicomialización del Hospital Borda". Recuperado de: <http://www.topia.com.ar>
- Bogdan, R., Taylor, S. (1992) "Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados". Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Cappai, M. (2014) Tesis de grado: "Representaciones de los Terapistas Ocupacionales sobre el ejercicio del rol. En el marco de un nuevo paradigma de Salud Mental. Ley Nacional 26.657".
- Cohen, H. y Natella, G. (1995) "Trabajar en Salud Mental. La desmanicomialización en Río Negro." Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Eco, H. (1994) "Como hacer una tesis". Gedisa. España.
- Falcone (2011). "Breve Historia de las instituciones psiquiátricas en Argentina". Recuperado de: <http://23118psi.uba.ar/academia/.../historia2/.../FalconeHistorialnst.pdf>
- Fiasché. A. (2003) "Hacia una psicopatología de la pobreza". Editorial Popular Madres de Plaza de Mayo. Buenos Aires.
- Fiasché. A. "Políticas de Salud Mental". En: Políticas en Salud Mental. UNMDP. Departamento pedagógico de la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Material correspondiente a la asignatura Terapia Ocupacional en Salud Mental.
- Freire, P. (1997). "Pedagogía del oprimido". Saberes necesarios para la Práctica Educativa. Madrid: siglo XXI.
- Fudín, M. (2008) "En El Borda También Se Vive....". Escuela Freudiana De Buenos Aires.
- Galende, E. (1998). "De un horizonte incierto". Paidós. Buenos Aires.
- Menéndez E. L. (1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451-464.
- Pellegrini, L; (2005) "Cuando el manicomio ya no está". Fundación Gerónima. San Luis.

Pellegrini, M. (2004) Terapia Ocupacional en el trabajo de Salud Comunitaria.

Recuperado de: <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos.shtml>

Rotelli (2012). "El desafío en Argentina es crear instituciones coherentes con la ley de

salud mental" Recuperado de: [https://mptutelar.gob.ar/content/franco-rotelli-](https://mptutelar.gob.ar/content/franco-rotelli-desaf-o-en-argentina-es-crear-instituciones-coherentes-la-ley-de-salud-mental)

[desaf-o-en-argentina-es-crear-instituciones-coherentes-la-ley-de-salud-mental](https://mptutelar.gob.ar/content/franco-rotelli-desaf-o-en-argentina-es-crear-instituciones-coherentes-la-ley-de-salud-mental)

Spampinato, S. B., Testa D. E. (2016).” Emprendimientos Sociales en Salud Mental.

Transformar desde abajo”. Revista Argentina de Terapia Ocupacional, 2(2), 19 - 27.