

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**  
**Tesis Licenciatura en Trabajo Social**

**Una experiencia de intervención profesional  
en el campo de la salud mental dirigida a  
personas en situación de discapacidad psíquica  
que se encuentran institucionalizadas**

**Gimena Panzardi**  
Tutora: Ana Goyeneche

**2018**

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	3
MARCO METODOLÓGICO .....	5
Objeto de Estudio.....	5
Objetivo General.....	6
Objetivos Específicos.....	6
Interrogantes Planteados.....	6
Muestra.....	6
Recolección de Datos.....	7
Análisis de los Datos.....	8
La Comunidad Israelita del Uruguay y su Departamento de Trabajo Social .....	9
Perfil de la población atendida por el Departamento de Trabajo Social de la Kehilá	10
Descripción del proceso de intervención profesional en el Nivel 3 del Programa de Salud Mental. Beití (Mi Casa) .....	13
CATEGORÍAS CONCEPTUALES Y PRÁCTICA PROFESIONAL .....	20
DISCAPACIDAD: Breve recorrido histórico y nuevos paradigmas .....	21
CONTEXTO DE TRABAJO: La Clínica de Rehabilitación Psiquiátrica .....	29
NUEVAS FORMAS DE ABORDAJE EN SALUD MENTAL .....	33
Modelo de Atención Comunitaria .....	35
Modelo de Recuperación .....	37
INCLUSIÓN SOCIAL.....	39
TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL .....	43
CONCLUSIONES FINALES .....	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54

## INTRODUCCIÓN

El trabajo monográfico que se presenta forma parte de los requisitos exigidos por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República para obtener la Licenciatura en Trabajo Social.

El mencionado trabajo pretende compartir y analizar una experiencia concreta de intervención en Salud Mental dirigida a personas en situación de discapacidad psíquica que se encuentran institucionalizadas en una clínica de rehabilitación psiquiátrica privada.

La experiencia que se analiza se denomina Beití (mi casa) y es desarrollada por el Departamento de Trabajo Social de la Comunidad Israelita del Uruguay (de ahora en más Kehilá) en el marco de su Programa de Salud Mental.

Beití, es una experiencia de intervención profesional orientada a minimizar los efectos no deseados de la institucionalización en las personas que forman parte de la misma. Se pretende a través de diferentes intervenciones y prácticas transitar desde un modelo básicamente asilar a un modelo de salud mental comunitaria.

Son múltiples las razones que inspiran este trabajo, a saber, cumplir con los requisitos exigidos por la FCS para obtener la licenciatura en Trabajo Social así como también dar a conocer el trabajo realizado por el Departamento de Trabajo Social en el área de Salud Mental de la Kehilá colectivizando una práctica de trabajo que en el contexto que se implementó generó movimientos importantes que redundaron en un tránsito desde el lugar del “loco”, del “enfermo” a otro de valoración.

La profesión de Trabajo Social es muy rica en experiencias pero no tanto en su sistematización, por tal motivo pretendemos aportar en la producción de conocimiento, democratizándolo a partir de su reconstrucción ordenada.

Reflexionar y escribir sobre nuestra experiencia acumulada nos permite no sólo ordenar nuestras ideas sino pensar nuestros propios pensamientos e impulsar el proceso ineludible de retroalimentación teoría-práctica.

Contamos con la fortaleza de la acumulación de datos empíricos, apostamos a nuestra capacidad de analizarlos de tal forma que podamos ser interpelados por el pensamiento de los otros a la luz de las teorías y las prácticas dominantes.

En un plano personal pero no menos importante, resulta muy estimulante reconstruir el camino de aprendizaje recorrido dentro de la Institución.

Partiendo de un lugar de poca experiencia en el trabajo con familias y ninguna en Salud Mental, nos apasionamos por este campo de trabajo. En el proceso se fue transformando nuestro pensamiento y también complejizando, al incluir progresivamente los múltiples contextos involucrados. Fue importante también la capacidad de flexibilizar el rol profesional en función de las características de la persona y de cada situación particular. La flexibilidad disparó nuestra creatividad y también los impactos obtenidos.

El trabajo se estructura en cuatro apartados:

1. **Marco Metodológico**, establecemos nuestro enfoque metodológico, definimos el objeto de estudio, objetivos generales y específicos.

En este apartado dejamos abiertos algunos interrogantes que trataremos de responder al culminar el trabajo.

2. **Presentación Institucional**, incluye la descripción de la Institución marco, la Kehilá; su Departamento de Trabajo Social; el Programa de Salud Mental y finalmente Beití que constituye el Nivel 3 de dicho Programa.

3. **Categorías Conceptuales y Práctica Profesional**, es el punto central del trabajo, se exponen los conceptos fundamentales: se realiza un breve recorrido sobre la forma de concebir la discapacidad a lo largo de la historia, llegando a los paradigmas actuales en relación a la misma. Se contextualiza el lugar desde dónde se trabaja y se exponen las características de las Instituciones Totales. Se desarrollan la definición de Salud Mental y las nuevas formas de abordaje en Salud Mental, concretamente los Modelos de Atención Comunitaria y de Recuperación en Salud Mental. Incorporamos el concepto de Inclusión Social en tanto categoría que atraviesa y orienta la intervención profesional, por último dedicamos un apartado para la profesión Trabajo Social en el Campo de la Salud Mental. Tomamos la decisión de desarrollar las categorías conceptuales, articulándolas con los datos empíricos obtenidos a lo largo de cinco años de trabajo en el área de Salud Mental, específicamente en Beití, experiencia que se describe y analiza en esta monografía.

4. **Conclusiones Finales**, en este último apartado abordamos la tarea de retomar lo trabajado a lo largo de la monografía, deteniéndonos en los puntos que nos parecen medulares en esta experiencia puntual de intervención profesional.

## MARCO METODOLÓGICO

Optamos para este trabajo por una perspectiva metodológica de carácter cualitativo en tanto *“implica un enfoque interpretativo y naturalista del mundo, lo cual significa que los investigadores cualitativos estudian las cosas en sus escenarios naturales, tratando de entender o interpretar los fenómenos en función de los significados que las personas le dan.”* (Denzin & Lincoln, 2012, pág. 49)

Hernández Sampieri plantea que *“las investigaciones cualitativas se basan más en una lógica y proceso inductivo (explorar y describir, y luego generar perspectivas teóricas). Van de lo particular a lo general (...) Es decir, procede caso por caso, dato por dato, hasta llegar a una perspectiva más general.”* (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista, 2014, pág. 8)

Este enfoque implica una manera de “mirar” los fenómenos en términos de conectividad, relaciones y contextos, es por lo tanto holístico, porque en palabras de Hernández Sampieri *“se precia de considerar el “todo” sin reducirlo al estudio de sus partes.”* (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista, 2014, pág. 9)

Esta metodología es consciente de que el observador es un observador participante y de cómo esta característica influye en la objetividad pero también en la riqueza de las observaciones. *“No existen, pues, observaciones objetivas, sino sólo observaciones situadas socialmente en (y entre) los mundos del sujeto observador y el observado.”* (Sautu, Boniolo, Dart, & Elbert, 2005, pág. 83)

### Objeto de Estudio

Este trabajo tiene como **objeto de estudio** una experiencia concreta de intervención profesional en Salud Mental dirigida a personas en situación de discapacidad psíquica<sup>1</sup> que se encuentran institucionalizadas en una clínica de rehabilitación psiquiátrica privada, a partir de su pertenencia a la Institución Kehilá.

---

<sup>1</sup> De ahora en adelante siempre que se haga referencia a personas en situación de discapacidad estaremos haciendo referencia a personas que se encuentran en situación de discapacidad psíquica.

## **Objetivo General**

Analizar la intervención profesional desarrollada por Beití, uno de los niveles del Programa de Salud Mental del Departamento de Trabajo Social de la Kehilá entre los años 2012 y 2017, a partir del Modelo de Atención Comunitaria y de Recuperación en Salud Mental.

## **Objetivos Específicos**

- Describir la práctica profesional llevada adelante por el Departamento de Trabajo Social de la Kehilá en una clínica de rehabilitación psiquiátrica privada.
- Analizar de qué manera esta intervención responde al Modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental.
- Reflexionar sobre la práctica profesional del Trabajador Social en el área de Salud Mental, a partir de dicha experiencia.
- Explorar a través de las notas de campo, perspectivas de los participantes que den cuenta del significado que tiene para ellos Beití.

## **Interrogantes Planteados**

1. ¿Cuáles son los motivos por los que surge Beití?
2. ¿Qué características tiene la práctica profesional desarrollada por el Departamento de Trabajo Social en el área de Salud Mental, específicamente el trabajo que se realiza en la clínica de rehabilitación psiquiátrica privada en la que viven algunos de los usuarios atendidos?
3. ¿Podemos considerar que la intervención y práctica llevada adelante en Beití responde a un nuevo paradigma de atención en salud mental que comprende a las personas y sus contextos en su complejidad ?
4. ¿Cuál sería el aporte del Trabajo Social en el área de Salud Mental?
5. Dada la situación de institucionalización, ¿existen formas de abordarla para reducir sus impactos negativos?

## **Muestra**

El grupo seleccionado para nuestro trabajo está compuesto por doce personas –seis varones y seis mujeres- usuarias del Departamento de Trabajo Social, que viven en una

clínica psiquiátrica privada. Es un grupo heterogéneo desde el punto de vista etario, sus edades van desde los 35 a los 73 años, se encuentran en situación de discapacidad y comparten la ausencia de figuras parentales, redes familiares e historias de vida marcadas por abandono, maltrato, abuso y adicciones. En los contados casos en que existe algún familiar, ellos no se encuentran en condiciones de hacerse cargo por diferentes motivos.

### **Recolección de Datos**

Siendo nuestro enfoque cualitativo nos basamos en métodos de recolección de datos no estandarizados ni predeterminados. *“Tal recolección consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes (sus emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos más bien subjetivos). Debido a ello, la preocupación directa del investigador se concentra en las vivencias de los participantes tal como fueron (o son) sentidas y experimentadas.”* (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista, 2014, pág. 8)

La recolección de datos se realizó a través de la técnica de observación y registro de la misma en notas de campo o anotaciones que surgen tanto de la práctica dentro de la institución como de las actividades socio-recreativas y culturales externas. La lectura y análisis de los legajos de los usuarios que integran Beití también registran el proceso transitado por los participantes.

Las notas de campo y anotaciones obtenidas podemos clasificarlas de acuerdo a Hernández Sampieri de la siguiente manera:

- *Anotaciones de la observación*, son aquellas que describen la situación observada involucrando todos los sentidos.
- *Anotaciones interpretativas*, refieren a comentarios sobre los hechos y registran nuestras interpretaciones de lo que estamos observando sobre significados, emociones, reacciones e interacciones de los participantes.
- *Anotaciones personales* que involucran aprendizajes, sentimientos y sensaciones propias del equipo de trabajo.

## **Análisis de los Datos**

A la hora de analizar los datos, lo que nos proponemos es ordenarlos, organizarlos y clasificarlos de tal modo que faciliten la identificación de las redundancias, patrones de conducta y de expresión que generan estructuras de sentido y que serán articulados con las categorías conceptuales desarrolladas.

Daremos especial relevancia a los testimonios de los propios participantes así como también a las expresiones verbales o analógicas de los diferentes niveles del contexto social que los comprende.

En nuestra experiencia los datos más valiosos surgen del contacto directo con los participantes, aprehendiendo los mensajes recibidos con todos nuestros sentidos.

## PRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

### **La Comunidad Israelita del Uruguay y su Departamento de Trabajo Social**

La Comunidad Israelita del Uruguay fue fundada hace 100 años en respuesta al fuerte crecimiento de la población judía en Uruguay y su necesidad de integrarse a la sociedad. Rápidamente se convirtió en una Institución de referencia para la mayoría de la comunidad judía uruguaya.

Su Misión se define en tres objetivos principales:

- Satisfacer las necesidades de los integrantes de la colectividad judía del Uruguay en su condición de tales.
- Promover su desarrollo como personas íntegras, buscando un equilibrio armónico en todas sus dimensiones: física, mental, espiritual.
- Ser una organización plural, integrando una diversidad de opiniones, y generando espacios para que cada judío pueda encontrar un lugar de pertenencia y aceptación de las diferencias.

En sus Estatutos se establece que la ayuda a las personas necesitadas ha sido desde sus orígenes uno de los objetivos prioritarios. Es así que en el año 1978 se profesionalizó la labor realizada en este aspecto y se fundó el Departamento de Trabajo Social que fue el principal centro de atención a la pobreza y vulnerabilidad judía en el siglo XX, tanto por la cantidad de población asistida, como por los recursos destinados y por la variedad de programas sociales y actividades desarrolladas.

El Departamento de Trabajo Social estuvo compuesto hasta fines del año 2017 por un equipo profesional integrado por una Directora, Licenciada en Trabajo Social y cuatro Operadoras Sociales (dos Trabajadoras Sociales y dos Psicólogas) recurriéndose a otros profesionales y técnicos (Abogados, Psiquiatras, Acompañantes Terapéuticos, etc.) cuando la situación lo requería. Tiene como objetivo la satisfacción de las necesidades básicas de la población que consulta, el fortalecimiento de las capacidades individuales y familiares para lograr la autonomía, generar inclusión social y proporcionar herramientas y oportunidades que ayuden a mejorar la calidad de vida de estas familias.

Además de la orientación brindada a las personas y familias que son usuarias del mismo, ha creado y desarrollado un abanico de programas en el área de la salud, de la discapacidad, de lo laboral, de la gerontología, que atraviesan e impactan en la cotidianidad de las familias atendidas.

## **Perfil de la población atendida por el Departamento de Trabajo Social de la Kehilá**

Desde su fundación a la fecha el perfil poblacional atendido por el Departamento de Trabajo Social se ha modificado, identificándose muy claramente un punto de inflexión en el año 2002 que marca un cambio tanto en las características como en la cantidad de personas que se acercan a solicitar apoyo.

El trabajo realizado por Kessler: Pobreza, vulnerabilidad y riesgo en la comunidad judía uruguaya establece que a partir del año 2002 *“se observa un aumento cuantitativo moderado de la población demandante, pero sobre todo un cambio cualitativo del tipo de necesidades a atender...”* (Kessler, 2002, pág. 38)

El Departamento de Trabajo Social empieza a visualizar que la población comienza a modificar sus características y a recibir situaciones que desde su creación eran poco frecuente: judíos en situación de calle, aumento de suicidios, problemas de salud y redes familiares que se debilitan pues ya no pueden afrontar el apoyo a los miembros que lo necesitan.

Podemos citar algunas notas textuales extraídas de los legajos de los usuarios para ilustrar las características de las nuevas demandas:

*"Estoy solo, extraño a mis padres, me avergüenzo de lo que hice, no tengo con quien hablar (silencio) siento que todos me odian, estoy demasiado solo y es insoportable, no creo poder soportar esta vida tanto tiempo."*

(Nota de legajo)

*"No quiero ir al psiquiatra, porque soy un muchacho con una situación, pero no soy un enfermo, ni soy peligroso, este es un camino peligroso para mí, no soy un ser malvado, ni antisocial, no soy un ser*

*obsesionado, no tengo neurosis, ideas fijas, alguien como yo debería ganarse la vida trabajando, soy una persona nerviosa pero no soy un loco."*

(Nota de legajo)

En este nuevo escenario se hace necesario repensar las acciones a desarrollar por el Departamento de Trabajo Social para dar respuestas adecuadas a las nuevas demandas. Si bien el Departamento cuenta con diferentes Programas para atender las múltiples problemáticas sociales que se presentan, en este trabajo nos detendremos en una de las respuestas que el equipo técnico implementó para responder a una problemática que se presentaba cada vez con mayor intensidad, que se refiere a la condición de las personas en situación de discapacidad que requieren apoyos para las actividades de la vida diaria y carecen de redes familiares.

En este contexto el equipo técnico propone como respuesta, y la Institución accede, contratar una clínica privada de rehabilitación psiquiátrica de larga estadía para las personas que carecen de amparo familiar y no están en condiciones de vivir solas por múltiples condiciones determinantes. Éramos conscientes de que esta propuesta que finalmente se ofrecía lejos estaba de los nuevos paradigmas conceptuales y prácticas de abordaje en Salud Mental y que nos encontrábamos en una situación de *"tensión entre lo que se debería hacer y los dispositivos y prácticas que efectivamente se implementan."* (Pérez Fernández, 2017, pág. 110). Esta tensión nos enfrentará a un desafío y es la semilla que dio surgimiento primero a Beití y más adelante a un Programa en Salud Mental que lo incluye y desarrolla además cuatro nuevos niveles de intervención que mencionaremos a continuación, para centrarnos luego únicamente en el Nivel 3, Beití.

- **Nivel 1 Hábitat**, asistencia específica sobre las condiciones del hábitat de las personas en situación de discapacidad. A menudo las condiciones de habitabilidad e higiene de la vivienda, la satisfacción de necesidades básicas a nivel de la toma de medicación, de alimentación o de higiene, la adquisición de hábitos para el cuidado personal, la capacidad para resolver problemas cotidianos, el reconocimiento de riesgos, son aspectos que no están resueltos en los hogares de las personas en situación de discapacidad, ya sea porque viven solos (cuando estarían necesitando apoyos), porque la familia no logra asegurar las condiciones mínimas de habitabilidad, o porque no hay familiares disponibles para la atención y el cuidado.

- **Nivel 2 Consultoría**, espacio de asesoramiento y orientación para familias de personas en situación de discapacidad.
- **Nivel 3 Beití**, propuesta orientada a personas en situación de discapacidad que se encuentran institucionalizadas. Apunta a minimizar las consecuencias de la institucionalización. Se trabaja en tres frentes simultáneamente: *espacio grupal* donde se intercambian vivencias y sentimientos de los usuarios y se proponen alternativas para resolver los conflictos personales y de convivencia; *salidas grupales sociorecreativas* tendientes a preservar los lazos con el afuera y enriquecer su mundo y *trabajo grupal con el personal* que trabaja en la clínica apuntando a minimizar y acompañar el sentimiento de desborde y agotamiento que sufren quienes trabajan en este campo. Esto alivia las situaciones personales, mejora el trabajo en equipo y redundando en un mejor vínculo con los usuarios.
- **Nivel 4 Capacitación continua**, espacio de capacitación regular dirigido a profesionales, técnicos y voluntarios sobre discapacidad, formas de intervención y comunicación con las personas en situación de discapacidad, de manera que las redes sociales que las incluyen se constituyan en redes de calidad, facilitadoras de procesos de cambio.
- **Nivel 5 Centro Diurno**, si bien los Residenciales con los que el Departamento de Trabajo Social trabaja cumplen sus objetivos básicos en relación a algunos aspectos fundamentales, en lo cotidiano y a pesar de la participación de algunos de ellos en otros programas externos, se hace sentir la inercia estimulada por largas horas de ocio, la necesidad de mayor afecto, de atención personalizada, etc. Esta situación no es privativa de las personas institucionalizadas, es compartida también por otras que conviven con sus familias. La propuesta de Centro Diurno ofrece un espacio grupal de encuentro, coordinado por técnicos especializados, en el que se despliegan un abanico de actividades (físicas, plásticas, musicales, lúdicas, de acceso a la información) con el objetivo de disminuir el tiempo de ocio, el aislamiento y la segregación.

En la actualidad se encuentran funcionando los Niveles 1, 2, 3 y 4. Para el desarrollo del Nivel 5 se requieren recursos económicos que la Institución no puede abordar, se ha presentado el Proyecto a diferentes Agencias y Fondos de financiación.

## **Descripción del proceso de intervención profesional en el Nivel 3 del Programa de Salud Mental. Beití (Mi Casa)**

Si bien en este trabajo vamos a focalizar en el análisis de Beití, -orientado a personas que están institucionalizadas-, que constituye el Nivel 3 del Programa de Salud Mental, es importante no perder de vista que lo que estamos haciendo es una abstracción para el análisis.

Otros niveles del Programa de Salud Mental son concomitantemente activados, así como también otros Programas del Departamento de Trabajo Social y numerosos recursos de la sociedad abierta en general, para acercarnos a los objetivos propuestos en Beití.

De hecho los mejores aciertos del equipo –también sus peores dificultades- aparecen cuando se trabaja simultáneamente con varios actores y en varias dimensiones a la vez, es decir: con los usuarios, con sus familias, con los marcos institucionales, con las representaciones culturales bajo las cuales las personas con trastorno mental son vistas y empujadas a verse a sí mismas.

Para poder comprender Beití es necesario recorrer algunos momentos de su historia, pero nos interesa dejar establecidas antes las siguientes afirmaciones:

- Partimos de la base que la internación en instituciones psiquiátricas lejos está de favorecer procesos de salud, por el contrario genera en las personas institucionalizadas marcas imborrables de deterioro que muchas veces son erróneamente atribuidas al propio proceso de la enfermedad. Por este motivo antes de pensar en ella como estrategia agotamos numerosos recursos que sin duda serían más adecuados pero que demasiado a menudo en la práctica concreta no son viables por falta de cupos, por carencia de recursos económicos, porque exigen familiares referentes y niveles mínimos de autonomía. Nos referimos principalmente al Programa Arrayán del Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica Dr. A. Martínez Visca y al Programa de Viviendas Asistidas del Centro Psicosocial Sur Palermo
- Entendemos que si bien la familia es el ámbito principal de reproducción y sostén de las personas, cuando ella está ausente o no está en condiciones de hacerse cargo de los cuidados necesarios y a ello se suma un nivel importante de

dependencia de algunos de sus miembros y la ausencia de respuestas estatales públicas acordes a las necesidades, es necesario encontrar un recurso que dé respuestas a esta situación. Para la población que nos ocupa, la institucionalización si bien no fue el recurso deseable fue el posible. Nuestro gran desafío fue justamente planificar y desarrollar una forma de intervención desde la perspectiva de los Derechos Humanos dentro de un marco de institución total.

- Somos concientes de que nuestra práctica no es una práctica transformadora, - sabemos en el contexto institucional que actuamos-, pero tampoco representa *“la cotinuidad del actual paradigma, basado fundamentalmente en la concepción de trastorno y enfermedad mental.”* (De León & Techera, 2017, pág. 55) Lo que no podemos es quedar atrapados a la espera de los tiempos políticos, institucionales y culturales mientras la vida de las personas transcurre y se agota, se requiere de respuestas inmediatas aquí y ahora guiadas por los nuevos enfoques conceptuales no siendo ingenuos de que es apenas un paso de un largo proceso de transición que lleva al cambio de paradigma.

Dicho lo anterior iniciamos la descripción de la experiencia: comenzamos realizando un relevamiento de las Casas de Salud en las que vivían personas en situación de discapacidad, atendidas por el Departamento de Trabajo Social. La mayoría de ellas estaban agrupadas en una misma institución que fue muy operativa en los primeros años, pero que fue deteriorándose a lo largo del tiempo, alejándose de un modelo de atención medianamente aceptable. El resto estaba distribuido en otras instituciones con características similares.

En un momento del proceso se hizo evidente la necesidad de hacer un seguimiento más profundo de las personas institucionalizadas, concurriendo periódicamente a estas instituciones. Al principio se focalizó en la Casa de Salud donde estaban agrupadas un número considerable de ellas.

El equipo se planteó como objetivo a corto plazo conocer mejor a los participantes de Beití, abrir un espacio de comunicación y escucha, desarrollar dinámicas que promovieran el mutuo conocimiento y realizar una serie de actividades recreativas (plástica, lectura de cuentos, comentar noticias, etc.) que promovieran la interacción.

Pero pronto se hizo evidente que las condiciones de vida y el trato que recibían en esa institución, eran una barrera infranqueable para cualquier tipo de cambio propuesto, por mínimo que fuera.

En este sentido, Amico plantea lo siguiente: *“Es necesario profundizar en el conocimiento sobre las prácticas de tipo manicomial para la atención del enfermo mental y tomar conciencia de que estas instituciones, burocratizadas y funcionales al sistema social, a menudo, ejercen relaciones abusivas de poder, coerción, disciplina normalizadora, vigilancia, control y hasta el castigo físico, psíquico y moral sobre los enfermos mentales, detrás de una aparente finalidad terapéutica. Estas instituciones y sus prácticas instituidas en consecuencia, provocan en el paciente una fuerte dependencia a la institución, cronificación, pérdida de identidad, autonomía, desvinculación familiar y social.”* (2005, pág. 15)

El planteo de la autora invita a los trabajadores sociales que trabajan con personas que se encuentran institucionalizadas a *“abrir interrogantes, cuestionar la institución manicomial, desnaturalizar sus prácticas en el tratamiento de la salud/enfermedad mental del paciente, demostrar las frecuentes violaciones de los DD.HH. y dar cuenta sobre los efectos que deja la institucionalización en el paciente internado.”* (Amico, 2004, pág. 15)

De acuerdo con estas ideas el equipo resolvió iniciar la búsqueda de un nuevo lugar, que reuniese condiciones mínimas desde el punto de vista de la infraestructura y de los recursos humanos y técnicos.

*“Esta facilitación del acceso a recursos y servicios se halla asociada a la habilitación de los derechos de los beneficiarios de los mismos en su calidad de ciudadanos, componente central de la intervención profesional. Por otro lado desde el Trabajo Social podemos actuar apuntando al mejoramiento de la calidad de los servicios y programas sociales, humanizando su acceso, a partir de la consideración de los usuarios como personas y sujetos de derechos y no como un número o un expediente.”* (Claramunt Abbate, 2009, pág. 96)

La búsqueda de una casa que reuniera estas condiciones fue dificultosa. Para ello el equipo definió los pilares básicos que deberían ser el soporte de la institución a contratar y que debería cumplir toda institución de este tipo: humanidad en el trato, afecto, buena

alimentación e higiene, estrategias de rehabilitación, entre otros. Sin embargo estaban ausentes en las innumerables casas recorridas a lo largo y a lo ancho de Montevideo a las cuales nuestro presupuesto institucional se adaptaba.

Asimismo, las reacciones de los residentes y su resistencia al cambio no se hicieron esperar. Fue necesario trabajar la implicación de los participantes en el proceso. Todos se sentían infelices en la vieja casa, las quejas y reclamos eran permanentes, compartían la idea de que había que buscar un lugar donde pudieran vivir mejor, estaban esperanzados con esta búsqueda, pero en la medida en que íbamos acercándonos a la meta, nos encontramos con sentimientos muy ambivalentes que dificultaron el proceso. Había una demanda clara hacia el equipo por parte de los participantes de Beití, de un deseo de mejorar las condiciones de vida, pero paralelamente había que procesar el duelo que la pérdida de lo conocido implicaba.

Se sumaba a esto la desorganización y desestabilización que provoca en las personas con esquizofrenia el cambio de rutinas, lo nuevo, lo inesperado, pero principalmente los efectos ya presentes de la institucionalización. *“Esta situación se conoce como “hospitalismo” o “institucionalismo psiquiátrico” y son aquellas conductas que manifiestan los individuos a partir de la permanencia continuada en las instituciones, caracterizado por apatía, falta de iniciativa, pérdida de interés, sumisión, falta de expresión de sentimiento, incapacidad para planificar, deterioro de los hábitos personales, pérdida de la individualidad y aceptación resignada de la realidad”* (Amico, 2005, pág. 35)

Para trabajar esta situación el equipo definió concentrarse fuertemente en la preparación para el cambio, instrumentando encuentros frecuentes con los participantes de Beití. Se trabajó con ellos individual y grupalmente, buscando abordar sus miedos, sus angustias, así también la esperanza, el deseo de vivir mejor, de construir una vida con sentido.

Finalmente encontramos una casa que se aproximaba bastante a los requerimientos definidos por el equipo. Ya vivían allí 13 personas y 12 nuevos residentes fueron derivados desde el Departamento de Trabajo Social en el marco de este Programa. Ellos fueron invitados, desde el inicio, a participar de la propuesta grupal y así lo hicieron, enriqueciéndose y enriqueciéndola.

En la nueva casa continuamos trabajando con ellos semanalmente, a través de dinámicas grupales que les permitieron expresarse y canalizar el impacto del cambio. Abordamos los sentimientos de pérdida y cómo obstaculizaban la adaptación. “(...) *lo grupal adquiere especial importancia como ámbito privilegiado de aprendizaje y de sostén ante la posibilidad de los cambios, de lo que se muestra como nuevo y por tanto difícil de asumir por parte de individuos aislado*”. (Claramunt Abbate, 2009, pág. 97)

Este trabajo grupal reforzó el sentimiento de grupo, de familia, que ya tenían los residentes. Cada uno desde sus posibilidades acompañó a los demás y así fueron elaborando los duelos y conectándose con las fuerzas positivas de cambio.

A pesar de ello, tuvimos que superar múltiples obstáculos, avances y retrocesos, pero logramos acercarnos a un modelo de hogar comunitario en el que se percibe la apertura de la Institución a dar lugar a que los que allí viven puedan participar de la dinámica cotidiana de la casa (ayudar en la cocina, responsabilizarse de la higiene de su cuarto, poner las mesas a la hora de las diferentes comidas) generando de esta manera un sentimiento de pertenencia, un funcionamiento familiar.

Una vez logrado esto, comenzamos a intervenir ya no sólo a nivel grupal sino también rescatando las individualidades. Un abanico de actividades de rehabilitación, coordinadas por técnicos especializados con los que trabajamos en equipo, fueron activadas en función de estrategias pensadas para promover la mejoría en el cuidado personal, en la autonomía y en las actividades de la vida cotidiana, también en lo ocupacional, en los vínculos con la familia y en el ámbito social.

Actuar contemplando todas las dimensiones mencionadas no fue fácil, mucho menos económico. Una vez más tuvimos que fundamentar técnicamente ante la Comisión Directiva de la Kehilá la importancia de habilitar recursos económicos extraordinarios para terapias individuales, acompañamientos terapéuticos y derivaciones a centros de rehabilitación psicosocial.

Promovimos la integración de los participantes a la comunidad judía -si bien podemos decir que ya eran parte de la misma- su discapacidad generaba una distancia con respecto a los demás miembros de la misma.

Impulsamos actividades tales como la celebración de las festividades judías. La mayoría de los residentes fueron integrados a los diferentes programas del Departamento de Diversidad Funcional de la Kehilá y desde este nuevo lugar comenzaron a ser parte de las actividades de la Sinagoga, del Departamento de Cultura, de la Comunidad toda.

Abrimos un espacio regular de actividades extramuros, buscando ensanchar y enriquecer su mundo: visitamos museos, shoppings, parques, cines.

No hay duda que era necesario un proceso de desinstitucionalización, pero mientras no fue posible, el objetivo del equipo técnico fue el de “(...) *la inserción e integración (...) a las distintas actividades que desarrolla la comunidad. Desde el Trabajo Social es importante re-crear vínculos con la comunidad para evitar la cronicidad, el aislamiento (...) con respecto a su ambiente social, (...) direccionar la intervención hacia aquel “etiquetante”, es decir de-construir aquello que institucionalmente fue elaborado (...) para mitigar las huellas profundas que deja la institucionalización.*” (Amico, 2005, pág. 41)

Por períodos percibimos y sentimos en los participantes, que se presentaban con mayor intensidad los síntomas negativos de la esquizofrenia: abulia, apatía, pérdida del contacto vital con la realidad, desmotivación, indiferencia y retracción emocional, invadiendo de diferentes maneras los espacios de trabajo.

¿Esquizofrenia u hospitalismo? o ¿un poco de las dos cosas? o cómo expresa Foucault en Historia de la Locura “*ninguna enfermedad de hospital es pura (...) el hospital es creador de enfermedad.*” (2004, pág. 120)

Una vez más la secuencia de avance y retroceso se presentaba en nuestro trabajo, el desafío era asumirlo y tenerlo presente. Aceptar esto implicaba no ubicarnos en un lugar de omnipotencia, en el que a veces caemos o muchas veces otros nos ponen. Quedarnos atrapados en el lugar de omnipotencia es un riesgo siempre latente, fue necesario neutralizarlo para poder avanzar.

En este sentido, fue necesario reconocer los límites de los sujetos y del contexto en el estábamos trabajando y que nuestra intervención solo es válida en acuerdo con ellos y respetando las decisiones que cada uno toma.

Paralelamente procuramos que ninguna parte del sistema fuera descuidada. Recibíamos de los residentes quejas respecto al personal de cuidado, denuncias acerca de momentos de descontrol del personal. Frente a esto decidimos escuchar también a los cuidadores, en el entendido de que son actores fundamentales en la vida cotidiana de los sujetos.

Desde nuestro lugar de trabajo, los cuidadores nos veían como figuras de autoridad, que veníamos a fiscalizar su tarea, generándose así un distanciamiento y por ende en algunos aspectos, no obteníamos los mejores resultados.

Introducimos entonces espacios de escucha y diálogo regulares con el personal: ¿qué les pasa subjetivamente?, ¿qué sienten al convivir tantas horas al día con estas personas?

Comenzamos a trabajar acerca de los sentimientos que les generaba la convivencia con ellas y cómo los mismos debían ser reprimidos. La bronca, la frustración y el propio descontrol no tardaron en aparecer. Fue valioso trabajar estos aspectos, formamos un clima de trabajo donde la ambivalencia podía ser manifestada y entendida por todos sin culpas. Percibimos que lo que debía prevalecer en nuestro vínculo con los cuidadores era el respeto, respeto por la tarea que realizan, ya que son ellos quienes comparten la rutina cotidiana. El cuidador al sentirse respetado sintió que podía confiar en el equipo técnico, mostrándonos sus fortalezas y sus debilidades.

En definitiva pensamos que a lo largo de este proceso de trabajo, nuestra mirada, nuestra concepción, fue cambiando. Ellos lo percibieron y ello transformó su propia mirada, impulsando nuevos cambios.

El acercamiento de los participantes a sus raíces, la movilización y armonización de las numerosas redes sociales con las que trabaja el área social de la Kehilá, más allá de lo técnico y lo organizacional, fueron las herramientas que permitieron a estas personas pasar del lugar del loco, del diferente, a otro de valoración, de ser parte de algo más amplio que los contiene y los acepta así como son, sin olvidarse de lo que pueden llegar a ser.

Esto *“implica la opción entre proyectos sociales diversos, así como una concepción del mundo, del cambio social y del sentido de esa transformación, del lugar ocupado por el ser humano en las relaciones sociales, etcétera.”* (Claramunt Abbate, 2009, pág. 99)

## CATEGORÍAS CONCEPTUALES Y PRÁCTICA PROFESIONAL

En este apartado se desarrollarán las categorías conceptuales que entendemos son necesarias para cumplir con el objetivo que nos hemos propuesto en esta monografía. Son la base explicativa y orientadora del trabajo de campo que nos ocupa.

Si bien son el marco teórico de nuestro trabajo hemos tomado una decisión comprometida al respecto y a su vez arriesgada, entendiendo que estamos dentro de requisitos académicos, aunque nos parece coherente con nuestro pensar y con la metodología elegida. Es ir ilustrando este desarrollo teórico con datos que surgen de los registros obtenidos a lo largo del proceso de esta experiencia, de manera de demostrar que se ha logrado trascender la teoría y llegar a transformaciones en la práctica social, retroalimentándola.

Antes de pasar a desarrollar cada categoría teórica en particular nos parece importante decir que cada sociedad construye una cosmovisión del mundo, entendiendo por tal una manera determinada de verlo y entenderlo.

La cosmovisión se refiere a un conjunto de creencias y valores compartidos por las personas y las sociedades en su conjunto, en determinado momento histórico y cultural, que atraviesan y afectan todos los campos de la vida, desde lo macro a lo micro, desde la política a la religión, desde la economía a los valores morales.

Se entiende entonces que los referentes teóricos que vamos a desarrollar a continuación, están necesariamente impregnados de la cosmovisión hegemónica del momento histórico, social y cultural en que aparecen. Sin embargo en la práctica no podemos hacer una división estanca entre cada uno de estos períodos, a menudo nos encontramos con diferentes modelos de lectura e intervención profesional que conviven y se contradicen en un momento histórico determinado, dando cuenta de la complejidad del mundo en que vivimos.

## DISCAPACIDAD: Breve recorrido histórico y nuevos paradigmas

En el 2006 con la aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se establece, *“el pasaje jurídico de un modelo sustitutivo de la persona, bajo un manto de “protección” hacia un modelo social que impone un modelo de apoyos, es un efectivo cambio de paradigma que debe atravesar los presupuestos de lo social al considerar que las causas que originan la discapacidad no son individuales, sino que son, en gran medida, sociales.”* (Palacios & Iglesias, 2017)

*“La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad fue aprobada por el Parlamento Nacional por Ley N° 18.418 del 4 de diciembre del 2008. En agosto del 2011, por Ley N° 18.776 se aprobó la adhesión al Protocolo Facultativo de esta Convención.*

*La ratificación de la Convención ha permitido junto a otras medidas, dar mayor visibilidad en Uruguay a una temática históricamente postergada en el país.*

*Por su parte, la Ley N° 18.651 del 19 de febrero del 2010 es un nuevo paso hacia el establecimiento de un sistema de protección integral a las personas con discapacidad.”* (Uruguay y la convención sobre derechos de las personas con discapacidad, 2014, pág. 32)

No obstante el Comité de Seguimiento de la ONU estableció áreas de preocupación y recomendaciones al primer informe país enviado por Uruguay sobre las medidas adoptadas para dar cumplimiento a los principios de la CDPD<sup>2</sup> que adjuntamos en los anexos.

Ahora bien, para desarrollar nuestra postura conceptual sobre la discapacidad primero haremos un muy breve recorrido histórico de cómo fue concebida la misma tomando como referente teórico para este punto a Agustina Palacios, no obstante también referenciaremos a otros autores que han trabajado sobre esta temática.

Agustina Palacios (2009), sostiene que hoy día es innegable pensar la discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Claro está que no siempre ha sido así y para dar cuenta de la evolución del concepto la autora ha realizado un recorrido histórico, a nuestro parecer interesante, desde la descripción de tres modelos. Ellos son: el modelo de prescindencia, el rehabilitador y el social.

---

<sup>2</sup> Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Vamos a tomar la línea de trabajo de Palacios y a describir los modelos, en torno a dos aspectos básicos que ella desarrolla, el primero se refiere a la causa del origen de la discapacidad y el segundo al valor asignado por la sociedad a esa vida. Analiza también las consecuencias que derivan de estos dos aspectos básicos.

La autora trabaja sobre cuatro consecuencias posibles, nosotros tomaremos sólo tres: “concepto de discapacidad y de persona con discapacidad”, “medios de subsistencia a los que deben apelar las personas con discapacidad” y “las respuestas sociales”.

El primer modelo llamado de prescindencia y que a su vez se subdivide en otros dos: el eugenésico y el de marginación, concibe a la discapacidad como causa de un castigo divino o pecado, es decir, existe una justificación íntimamente relacionada con lo religioso.

Desde este modelo no hay lugar para la persona con discapacidad en tanto no tiene nada para aportar y peor aún se la considera una carga en primera instancia para la familia y también para la sociedad toda.

De ahí que el nombre del modelo sea de prescindencia, es decir, de excluir, de silenciar, de omitir a la persona.

En tanto la persona no tiene un lugar en esta sociedad sus formas de subsistir quedan reducidas a hacer uso de la discapacidad y pedir limosna ya sea desde la lástima o de la exposición a la burla.

Con lo antedicho las respuestas sociales son fáciles de deducir: tratos crueles, la exclusión, el miedo, el rechazo son las únicas alternativas.

Palacios (2009) afirma *“En este contexto, las personas con discapacidad fueron objeto de un doble tratamiento. Por un lado del trato humanitario y misericordioso que inculcaba la caridad cristiana, y por otro de un tratamiento cruel y marginador, originado como consecuencia del miedo y el rechazo. Cualquiera de estas dos consideraciones tenían el mismo resultado: la exclusión.”* (p.62)

El segundo modelo que expone es el rehabilitador desde el cuál la causa que da origen deja de ser religiosa y aparece la ciencia para determinar que la discapacidad es fruto de una enfermedad. Si bien cambia la causa de origen, el problema sigue estando centrado en la persona. En este modelo la persona con discapacidad será tanto más aceptada y valorada cuanto más se asemeje a las personas sin discapacidad.

Disfrazando la discapacidad, la persona podrá ser incluida.

Siendo la ciencia el nuevo dios serán los profesionales de diferentes áreas aunque con mayor peso los médicos, los encargados de indicar las formas (tratamiento) para parecerse tanto como sea posible a lo “normal”.

El diagnóstico médico tendrá un valor primordial, con la consecuencia de que mirando casi exclusivamente desde la enfermedad podemos tener sólo un “recorte” de la persona, nunca a la persona en su totalidad.

Los tratamientos a seguir por la persona de acuerdo al diagnóstico están centrados en mejorar el déficit, del grado de mejoría dependerá la participación social a la que pueda aspirar. Se recurre a la institucionalización como medida correctiva y espacio de encierro y ocultamiento de la diferencia hasta reducirla.

*“Todas las miradas se centran en las destrezas o habilidades que una persona pueda ser capaz de adquirir, y pareciera que dichas habilidades sean el pasaporte a una vida en sociedad.”* (Palacios, 2009, p. 99)

En lo concerniente a los medios de subsistencia aparece con fuerza la “asistencia social” que consiste en un subsidio por parte del Estado, asumiendo que por su discapacidad la persona se encuentra impedida de trabajar.

A efectos de no detener el orden de exposición de la autora pasaremos a exponer las características generales del modelo social pero no antes de aclarar que retomaremos más adelante el punto referido a la institucionalización.

Finalmente se expone el modelo social, hasta ahora hemos observado que la cuestión de la discapacidad era un problema centrado en la persona pero el modelo social tira por tierra esa relación y establece que las causas de la discapacidad son sociales, *“no son las limitaciones individuales las raíces del problema, sino las limitaciones de la propia sociedad, para prestar servicios apropiados y para asegurar adecuadamente que las necesidades de las personas sean tenidas en cuenta dentro de la organización social.”* (Palacios, 2009, p. 103)

Este cambio de enfoque hace tambalear toda la estructura desde la cual se conceptualizaba la discapacidad y nos invita a pensar “desde adentro”, tomando en cuenta múltiples dimensiones, formando parte del problema, *“las soluciones no deben apuntarse individualmente a la persona afectada, sino más bien que deben encontrarse dirigidas a la sociedad”*. (Palacios, 2009, p. 104)

Otro cambio importante es que la persona deja de verse y por tanto construirse solamente desde la discapacidad, apareciendo otros aspectos que la conforman resaltándose las potencialidades y no las limitaciones.

Desde esta concepción la persona tiene como una de entre muchas de sus características una deficiencia y esa deficiencia le puede generar o no una discapacidad en la medida que hayan factores sociales que limiten parcial o totalmente a esa persona para acceder plenamente a la vida en sociedad.

En relación a los medios de subsistencia desde este modelo se aspira a que la persona pueda acceder tanto a la seguridad social como al empleo (en iguales condiciones que el resto de la sociedad) sin que uno sea excluyente del otro.

Un aporte interesante que aparece es que la inclusión social no sólo debe asegurarse a través del empleo sino que también deben contemplarse otras esferas (educación, recreación, política, etc.). Pensar desde el Modelo Social supone despojarnos de los supuestos encubiertos en los modelos presentados anteriormente y posicionarnos ya no desde pares opuestos (adentro/afuera, sano/enfermo, útil/inútil) ni desde un mundo construido desde la ideología dominante sino desde el valor de la diversidad. Es desde la riqueza de la diferencia que el modelo establece que toda persona tiene igual valor en dignidad, es libre de decidir sobre sí misma y tiene derecho a participar plenamente de la vida en sociedad. De lo que se desprende el concepto de inclusión (formar parte desde la diferencia).

*“A lo que el modelo social aspira es a demostrar que todos (...) tienen el derecho a cierto estándar de vida, a un mismo espacio de participación cívica, y en definitiva, a ser tratados con igual respeto que el resto de sus semejantes”.* (Palacios, 2009, p. 145)

Es importante destacar que las premisas que el Modelo Social propone son las deseables para toda sociedad pero que muchas veces lo deseable no es lo posible, las posibilidades van a depender y están atravesadas por factores de diferente índole. Lo importante es poder siempre pensar desde ese lugar, tenerlo como guía en la cotidianidad de la práctica.

Si bien los tipos de discapacidad son variados, en este trabajo nos referiremos exclusivamente a la discapacidad psíquica, específicamente quienes participan de Beití son personas en situación de discapacidad a causa de la esquizofrenia. Dice el Dr. Vicente Pardo, médico psiquiatra director del Centro Psicosocial Sur Palermo:

*“El proyecto personal de las personas con esquizofrenia queda muy dañado e interferido por la enfermedad y ocasiona grandes discapacidades en las diferentes áreas (ocupacional, familiar, en el cuidado personal).*

*Los deterioros funcionales se dan en lo ocupacional (trabajo, estudio, ama(o) de casa, cuidados de terceros, etc.), en lo social (vínculos significativos con otros,*

*tiempo libre, entretenimiento), en relación a la pareja (cuando la consiguen, es en un centro de rehabilitación o a veces peor, es en una internación), con la familia (se vincula poco, dialoga poco) y en el cuidado personal (higiene corporal, ambiental, prevención de riesgos, consultas médicas ante síntomas).”*  
(en exposición realizada en la Kehilá en el marco del Programa de Salud Mental en su Nivel 4 -Capacitación- el 21 de junio de 2017)

Es importante aclarar que no todas las personas que son diagnosticadas con esquizofrenia desarrollan discapacidades *“No hay una persona única, un usuario/a único/a, un/a paciente único/a, al igual que no existiría un diagnóstico o pronóstico que facilita restricciones, si no queda la convicción de la infinita diferencia de la existencia.”* (Palacios & Iglesias, 2017, pág. 48)

Cuando desarrollamos los diferentes modelos sobre la discapacidad si bien se hizo de una forma lineal e histórica no significa que uno vaya sustituyendo al otro sino que conviven y están presentes características de todos ellos. Esto es así porque los cambios no se suceden de forma lineal, van sucediendo en un entramado complejo de avances y retrocesos políticos, sociales y culturales.

Podemos ejemplificarlo de la siguiente manera:

La Kehilá cuenta con un Departamento de Voluntariado, dentro de los Programas que coordina está el de Ropero Comunitario, que es gestionado por voluntarias que reciben donaciones de ropa distribuyéndola a diferentes organizaciones de la sociedad civil y también atienden a los usuarios del Departamento de Trabajo Social que lo necesiten, es en este contexto que se ha recogido la siguiente nota de campo:

### ***La bondad sin límites***

*Las voluntarias en el ropero comunitario:*

*“Llévate todo lo que quieras” (y lo que ellas quieren también).*

*Plantea uno de los participantes de Beití:*

*“No me gusta ir porque pido lo que necesito y me ofrecen más y más, insisten mucho.”* (Anotación interpretativa)

De las salidas sociorecreativas ya mencionadas, escogemos las siguientes notas de campo:

*“Digan Whisky... En cada salida vamos acompañados por auxiliares que atienden y apoyan a quienes tienen mayores dificultades y con frecuencia solicitan sacarse fotos con ellos. (Anotación interpretativa)*

*“Suban ustedes... Situaciones públicas como subir a un ascensor, hacer la cola para el baño o salir del teatro, provocan una especie de estampida, - ustedes primero, nosotros esperamos. (Anotación interpretativa)*

En las tres notas expuestas en los párrafos anteriores se ilustra el concepto que existe en el imaginario social sobre la persona con discapacidad, muchas veces los prejuicios que tenemos acerca de las personas son los responsables de que no puedan relacionarse de forma igualitaria. Despojarse de ellos no resulta tarea fácil, es necesario transformar la cultura predominante instalada muy adentro de cada uno de nosotros, podremos utilizar un lenguaje “políticamente correcto” pero en la vida cotidiana continúan muchas veces aflorando pautas discriminatorias incluso sin que seamos conscientes.

La actitud corporal también se manifiesta y más allá de una frase amable existe el rechazo corporal, la necesidad de mantener distancia ya sea para no ser identificados como parte de ese grupo o por un miedo infundado. Situaciones como las ejemplificadas suceden cada vez que realizamos actividades fuera de la clínica psiquiátrica, es una pauta que se repite constantemente, una redundancia y por eso adquiere el valor de dato.

Pero cuando hablamos de la convivencia de diferentes modelos de discapacidad en diferentes momentos históricos, los ejemplos no provienen únicamente de “los otros” sino del propio equipo técnico.

Cuando comenzamos a trabajar con personas institucionalizadas buscábamos residenciales que ofrecieran actividades semanales (gimnasia, plástica, musicoterapia, etc.) dentro de su propuesta. Creíamos que lo importante era evitar tiempo ocioso y que estuviesen estimulados dentro del mismo centro.

Atentos a los nuevos desarrollos teóricos en relación a la Salud Mental y las diferentes demandas que fueron apareciendo en cada quién, fuimos problematizando nuestro hacer.

Entendimos que la Institución donde los usuarios viven tiene que cumplir básicamente con requisitos de cuidados y apoyo, en tanto que las actividades de tiempo libre debían desarrollarse preferentemente puertas afuera, en función de las posibilidades y preferencias personales.

*“El ser humano no existe aislado. Por el contrario, se construye en una situación de continuo encuentro con otros. Por tanto, es necesario una re-apropiación del campo de la salud mental desde una perspectiva comunitaria, como forma de cambio del paradigma objetivo-natural y sus efectos de deshumanización de la atención, para poder producir intervenciones y prácticas subjetivantes.”* (Pérez Fernández, 2017, pág. 121)

Este nuevo posicionamiento nos enfrentó a la necesidad de fundamentar ante la Kehilá la necesidad de conseguir nuevos recursos económicos para responder a las necesidades particulares pero sobre todo a explicar la importancia de implementar un cambio en relación a la perspectiva de abordaje en Salud Mental.

Este fue el punto de partida de una nueva forma de intervenir que se alejó progresivamente de la dependencia a ultranza del diagnóstico médico y por tanto biologicista para dar lugar también a otros aspectos y roles, potencialidades, habilidades, etc. Desde diferentes lugares cada participante comenzó a abordar roles nuevos no explorados -o mejor dicho invisibilizados- para generar conciencia del “sí puedo”, abriendo horizontes fuera de los límites rígidos de la enfermedad.

Contactar con otros aspectos de los usuarios nos abrió un abanico muy grande de estrategias de intervención.

Ejemplo:

*Tamara es una usuaria definida por la médica psiquiatra de la Clínica como una de las más afectadas por la esquizofrenia, aunque en el espacio grupal ella muestra un aspecto que la enorgullece y la posiciona en otro lugar, en su rol de madre, en la felicidad de contar que su hija va a ser mamá y por lo tanto ella será abuela.*

*Con este relato el grupo se moviliza, la felicita. Algunos usuarios también se sienten identificados, porque en otros momentos de sus vidas ejercieron estos roles.*

*Durante los nueve meses del embarazo de su hija preparó un ajuar para su nieto: tejió, armó una canasta con diferentes artículos para esperar al bebé, mantuvo un contacto más fluido con su hija –que vive en el exterior- y esperó ansiosa cada novedad.*

*Cuando finalmente el bebé nació, recibió la llamada de su hija, recibió fotos que compartió con todos y le brindó a su hija todos los consejos que una madre da a su hija primeriza. (Nota de legajo)*

El equipo aprovechó esa veta, incentivó el relato del acontecimiento, se la escuchó con atención y esto mejoró su actitud, su estado de bienestar, su autopercepción y su comportamiento en general. Se sintió por primera vez, centro y protagonista del grupo, multiplicando sus contactos sociales.

A su vez, al ver que el grupo se sentía movilizado por este tema, lo introdujimos en las dinámicas grupales, dando lugar a la aparición de vivencias, a veces positivas y otras negativas, abriendo un espacio para la reconstrucción biográfica.

Otro ejemplo:

*Uno de ellos asumió la responsabilidad de cuidar por unas horas a un compañero hospitalizado.*

*Otro rescató su habilidad para tocar la flauta y se animó a participar de eventos sociales, en circunstancias que fueron promovidas por el equipo técnico. Hoy además del impacto que esto generó en la mirada que tenía sobre sí mismo, le proporciona ingresos económicos.*

## CONTEXTO DE TRABAJO: La Clínica de Rehabilitación Psiquiátrica

Autores de peso como lo son Foucault y Castel en el campo de las Ciencias Sociales han abordado de manera exhaustiva la forma en que ha sido considerada “la locura” históricamente. No nos parece relevante detenernos en reconstruir ese proceso para este trabajo. Tampoco nos proponemos extendernos en el modelo de atención institucional-manicomial, pero sí dejar planteados algunos aspectos necesarios para el trabajo.

Ya hemos dicho que dentro del modelo rehabilitador de la discapacidad –nosotros vamos a referirnos específicamente a la discapacidad psíquica-, la misma era vista y diagnosticada por la ciencia como enfermedad. Con esta mirada, surge la institucionalización como medida privilegiada para “curar” lo enfermo y dar respuesta social al problema de la locura.

*“Con el diagnóstico psiquiátrico el loco es reconvertido en enfermo mental y sometido al tratamiento, incluso en contra de su voluntad, ya que la psiquiatría era (y en cierta forma es) omnipotente frente al enfermo mental, cuyo discurso es negado por incoherente y cuya palabra sólo sirve para verificar su diagnóstico. De este modo, la psiquiatría creía tener suficientes “armas terapéuticas” para curar a los locos, aunque para ello tuviera que encerrarlos.”* (Amico, 2005, pág. 23)

La institución destacada será el Hospital, *“el hospital fue medicalizado; fue transformado en “la” institución médica por excelencia (...) fue perdiendo cada vez más sus funciones de origen de caridad y después de control social; y paralelamente pasó a asumir una nueva finalidad: la de tratar a los enfermos.”* (Amarante, 2009, pág. 26)

Centrándonos en los manicomios como instituciones específicamente psiquiátricas y sólo a efectos de contextualizar podemos decir que a principios del siglo XIX los mismos tenían como principio fundamental separar a la persona de la sociedad a través del encierro. La institucionalización, sienta las bases del primer modelo terapéutico, citando a Amarante (2009) *“Este modelo médico implica una relación con la enfermedad como objeto abstracto y natural, y no con el sujeto de la experiencia de la enfermedad.”* (p. 28)

A través del encierro en el hospital tenemos por un lado la función supuestamente “terapéutica” pero por otro también, el control social y la protección a la sociedad “supuestamente normal”, de estas personas que por lo imprevisible de su conducta

resultan peligrosas. Es así que con este modelo se consolidan prejuicios y estereotipos sobre las personas con discapacidad.

*“Con el diagnóstico y tratamiento psiquiátrico, el loco pierde parte de su condición humana y adquiere el rótulo de enfermo, de simple portador de síntomas de una extraña enfermedad, que debían ser eliminados, porque el loco “es peligroso” y por eso es preciso detectarlo precozmente, separarlo del medio, internarlo y curarlo.”* (Amico, 2005, pág. 23)

El hospital psiquiátrico o manicomio se va conformando en institución total; la inexistencia de tratamientos farmacológicos, el desconocimiento en general para tratar a estas personas y la sobrepoblación hicieron de estas instituciones lugares que lejos de curar generaron cronificación, deterioro, marginación, etc.

Dentro del contexto de este trabajo es importante señalar que si bien hoy día la mirada sobre la discapacidad tiende a ser otra, e incluso hay instrumentos y leyes que protegen los derechos de las personas en situación de discapacidad, los cambios no se dan de forma simultánea en todas las dimensiones de la sociedad. Es por este motivo que a pesar de los cambios de paradigma que se han dado conviven estereotipos, prejuicios, “dispositivos” sociales que responden a diferentes miradas en relación a la temática.

Es innegable que las instituciones psiquiátricas (públicas y privadas) aún son parte de nuestra realidad. De hecho la experiencia con Beití, está en un contexto de institucionalización total.

Dado que mencionamos el concepto de institución total es pertinente definirlo: *“una institución total puede definirse como un lugar de residencia (...), donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente.”* (Goffman, 1994, p. 13)

La clínica privada en la que se desarrolla Beití comparte todos los aspectos de la definición dada por el autor. Las doce personas usuarias del Departamento de Trabajo Social viven allí desde hace seis años e ingresaron por presentar características que impedían que continuaran viviendo solos o con familia (en algunos casos son imprescindibles los apoyos para las actividades básicas de lo cotidiano, otros sin referentes familiares que acompañaran y en todos el denominador común la limitante se da por escasos ingresos económicos). Se mencionó con anterioridad que otras alternativas pueden ser pensadas fuera de los marcos de la institucionalización pero no posibles por condicionantes económicas, familiares, políticas, etc.

Goffman (1994) se interesa por las instituciones psiquiátricas y principalmente por la situación de las personas que en ellas viven. En el primer ensayo de su obra (tal como él lo llama) se extiende sobre las características que a su entender poseen estas instituciones. Ilustraremos las mismas a través del registro existente en nuestras notas de campo a lo largo de nuestra experiencia en Beití:

- Tendencia absorbente o totalizadora.  
*“La puerta de entrada está cerrada con llave permanentemente, para entrar o salir es necesario esperar a que el funcionario encargado de la llave lo habilite. Es necesario anunciar de forma anticipada la concurrencia y ninguna persona de las que allí vive tiene permitido salir sin la autorización de la dirección o de un responsable”.* (Nota de campo)
- Los diferentes aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad.
- Cada etapa de la actividad diaria se lleva a cabo en compañía de otros.
- Las actividades diarias están estrictamente programadas, impuestas y reglamentadas.

*“El equipo técnico observa a los usuarios hacer fila para bañarse, afeitarse, comer, recibir la medicación, etc. Recibe el impacto de lo que significa vivir en ese lugar, la anulación de la individualidad, de la pérdida de la intimidad y especialmente de la naturalización que los usuarios hacen de la programación de todos los órdenes de la vida. Algunas veces la firmeza y el tono de la voz del enfermero nos paraliza.”* (Nota de campo)

Enfrentados a estas características institucionales, el desafío profesional es entonces intentar flexibilizar muchos de los mecanismos de la Clínica impulsando pequeñas intervenciones que hacen la diferencia para quienes allí viven, por ejemplo, en Beití hemos logrado que algunos usuarios acompañen a la feria a la cocinera, que no haya un día predeterminado de llamadas telefónicas sino que sean a voluntad de las personas,

que cada uno tenga sus objetos de higiene personal sin tener que ir a buscarlos cada vez que los necesitan a la enfermería.

*“Hans es un usuario que tiene indicada una dieta especial por nutricionista. Se maneja de forma autónoma y tiene permitido salir para realizar distintas actividades fuera de la Institución. Algunas de esas veces vuelve con alguna golosina del supermercado, la que es retenida por el personal de enfermería. Él no tiene familia, su único referente es la operadora social del Departamento de Trabajo Social. El enfermero de forma inmediata llama para informar lo sucedido diciendo que es inaceptable que ingrese con golosinas cuando en la clínica se le sigue una dieta estricta.”* (Nota en legajo del usuario)

La transcripción demuestra la rigidez de la norma, no existe margen para excepciones. La intervención de la operadora social en esta situación particular consistió en trabajar con el enfermero la posibilidad de romper las reglas en algunas oportunidades.

Hay otra serie de características que Goffman (1994) plantea sobre las instituciones totales directamente relacionadas a los internos que se refieren, entre otras, a la pérdida de la individualidad y de la intimidad y analiza también la transformación que sufren al ingresar a vivir en ellas:

*“El cuerpo público: Diferentes situaciones que deberían ser íntimas, privadas, se vuelven públicas y compartidas, por ejemplo: en el baño la puerta está siempre abierta, el personal que asiste les levanta la ropa adelante de todo el mundo.”* (Nota de campo)

Las necesidades personales quedan supeditadas por las necesidades institucionales, todo sucede en función del tiempo estipulado para cumplir con la rutina y el orden institucional. Es así que hay un tiempo para despertar, para comer, para fumar.

Claramente queda demostrado con los ejemplos, que el planteo de Goffman (1994) en relación a la situación de las personas que viven en instituciones psiquiátricas, al día de hoy se encuentra vigente. En este mismo sentido también Amico sostiene que la Institucionalización genera en las personas efectos que lejos de favorecer la salud

promueven el deterioro en todas sus dimensiones, *“los efectos de la institucionalización y en general las prácticas institucionales de “atención” al enfermo mental, muestran una incuestionable violación a los derechos humanos.”* (Amico, 2005, pág. 35)

Lo expuesto anteriormente fue el motor hacia la búsqueda de nuevos referentes teóricos y de diferentes experiencias de intervención con personas institucionalizadas y la subsiguiente puesta en marcha de Beití.

Creímos que aún en un escenario tan poco alentador como el descrito era posible generar prácticas de intervención profesional que ofrecieran a las personas en situación de discapacidad oportunidades diferentes que rompieran con las consecuencias negativas del hospitalismo y dieran sentido a sus vidas.

*“En líneas generales, se pone énfasis en la firme defensa de los derechos humanos, en la reformulación de las técnicas cotidianas con las que se aborda la enfermedad. (...) En fin, se trata de transformar los dispositivos institucionales, en la medida en que el sistema custodial y el cuerpo de ideas que lo sostienen son en sí mismos una negación de los principios y derechos elementales de la condición humana.”* (Amico, 2005, pág. 43)

## **NUEVAS FORMAS DE ABORDAJE EN SALUD MENTAL**

Lo que se expone a continuación es una nueva forma de pensar la práctica profesional en el área de Salud Mental, el Modelo de Salud Mental Comunitaria nos permitió pensar y diseñar estrategias de intervención en clave de Derechos Humanos e intentar atenuar los efectos nefastos de la institucionalización.

Por otro lado el Modelo de Recuperación en Salud Mental aporta el valor de la construcción de un proyecto de vida con sentido para cada persona más allá de su enfermedad. Enfermedad innegable pero no determinante, etiquetante y limitante.

Pensar el trabajo en Salud Mental desde estos Modelos *“requiere situarse necesariamente desde la complejidad que implican todos los atravesamientos que la componen”*. (Díaz & Ramírez, 2017, pág. 207)

Previo a desarrollar los principios de los Modelos mencionados se hace necesario definir que entendemos por Salud y Salud Mental.

No hay duda que la definición de salud realizada por la Organización Mundial de la Salud ha dado mucho que hablar. Según la mencionada Organización *"La salud es un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad"*.

Tal definición parece más un ideal a seguir que una definición en sí. Lo real es que lo que se entiende por salud depende de factores (sociales, económicos, culturales, ambientales, entre otros, que interactúan conformando un fenómeno de alta complejidad.

En relación al concepto de salud son interesantes los aportes de Beatriz Fernández Castrillo, *"la salud (...) se produce en los espacios cotidianos donde hombres y mujeres producen y reproducen la salud y la vida. Una concepción integral de la salud involucra a las personas y su entorno; considera las relaciones y los vínculos entre ellas y su cotidianeidad. No sanan ni enferman los cuerpos ni las almas, sino las personas incluidas en sus redes de vínculos. En el proceso pueden prevalecer una u otra situación que afecte predominantemente a la mente, el cuerpo o el mundo vincular, pero no es posible pensar estas entidades sin involucrar a las personas y su entorno."* (2009, pág. 22)

Lo expuesto anteriormente nos lleva a inferir que la Salud Mental es parte integral de la salud en general y tiene la misma complejidad y la multidimensionalidad que aquella. Paulo Amarante establece en relación a la Salud Mental que *"es importante señalar que pocos campos de conocimiento y actuación en la salud son tan vigorosamente complejos, plurales, intersectoriales y presentan tanta transversalidad de saberes (...). Hasta hace muy poco tiempo atrás, "trabajar en salud mental" era trabajar con locos agresivos, en ambientes carcelarios, deshumanos, de aislamiento y de segregación. Hago notar que dije "era", pues ya no es más exclusivamente así. Muchas perspectivas y escenarios están surgiendo en todo el mundo que están transformando radicalmente el campo de la salud mental."* (2009, pág. 21)

Podemos afirmar que la Salud Mental es un proceso dinámico, en construcción permanente, que implica no sólo al cuerpo y las emociones sino también a los vínculos sociales, familiares y laborales, así como a la capacidad de disfrutar, de tener proyectos y de acercarse a las metas. Es esencialmente sentirse reconocido por el otro y respetado en su individualidad.

## **Modelo de Atención Comunitaria**

Aunque consolidados los manicomios, a finales del siglo XIX y comienzos del XX aparecen las críticas a la situación de vida de las personas que allí se encuentran encerradas. A mediados del siglo XX comienza a gestarse, primero en Europa y luego en otras partes del mundo, movimientos que buscan una reforma a la atención psiquiátrica.

Uruguay no fue la excepción y desde el año 1986 con la aprobación por parte del Ministerio de Salud Pública del Plan Nacional de Salud Mental, inició también un proceso de reforma a nivel de la concepción y atención de las personas con discapacidad psíquica con líneas rectoras en el Modelo de Atención Comunitaria.

Parafraseando a Abelardo Rodríguez (2006) podemos decir que si bien las experiencias de reforma psiquiátrica fueron diferentes en los distintos países se pueden delinear elementos comunes a todas:

- Intento de transformar las instituciones totales recobrando el sentido terapéutico de las mismas o buscar dispositivos alternativos que tiendan a flexibilizarlas, y con un objetivo más idealista incluso erradicarlas.
- Búsqueda de la reinserción social de las personas en situación de discapacidad institucionalizadas.
- Complejización de la mirada de los problemas de salud mental entendiéndolos como un entramado bio-psico-socio-cultural.
- Desarrollo de múltiples servicios y dispositivos comunitarios para abordar la problemática siendo el hospital un complemento a los mismos y no una respuesta terapéutica en sí mismo.
- Estos servicios y dispositivos deben pensarse para cubrir las diferentes necesidades de las personas en situación de discapacidad y con el objetivo máximo de su inserción social.

Estos movimientos de reforma y el desarrollo de un nuevo modelo de atención comunitaria en Salud Mental basado en las principales líneas rectoras enumeradas más arriba, fueron avances sumamente positivos e indiscutibles, pero también presentaron dificultades y críticas en cuanto a su implementación.

Una de las críticas importantes que para este trabajo interesa mencionar es que *“En muchos lugares (...) la desinstitucionalización de pacientes no se acompañó de una adecuada preparación de los mismos ni se dispusieron dispositivos comunitarios adecuados y suficientes para acogerlos y atender sus diferentes necesidades.”*

(Rodríguez González & Sobrino Calzado, 2006, pág. 64)

Entonces, ¿qué sucede con aquellas personas que debido a diferentes circunstancias desarrollaron múltiples discapacidades, discapacidades que requieren de apoyos continuados? Y si sumado a eso carecen de familia que puedan asumir estos apoyos o directamente no tienen familia, y si tampoco tienen ingresos económicos ¿Quién les brinda el apoyo? ¿Cuál es la respuesta para ellas?

Requerirán de una institución que les brinde el cuidado y los apoyos necesarios, es este el lugar de intervención de Beití, desarrollando estrategias adaptadas a esta población que contemplen las potencialidades de cada persona, su mundo de relaciones y su participación social.

Más allá de las dificultades y críticas que se puedan hacer de la reforma, lo importante es que nos reta e impulsa a pensar en alternativas innovadoras que hagan posible sostener sus principios conceptuales con los recursos disponibles. La escasez de recursos no sólo no es excusa para no desencadenar procesos de cambio sino que antes bien es un desafío para la creatividad.

Entrando de forma más específica en nuestro contexto y al tema de nuestro trabajo, podemos decir que la Salud Mental ha sido y lo sigue siendo, una de las temáticas que ha estado vigente en nuestra sociedad en los últimos años por la discusión y finalmente promulgación de la Ley de Salud Mental número 19.529, el 24 de agosto del 2017.

Lo que finalmente tomó cuerpo en una ley es el fruto de largos debates sobre el tema y se configura en un instrumento de protección de los derechos de las personas en situación de discapacidad. Pero no por ello el tema queda cerrado, por el contrario la ley obliga a pensar sobre múltiples aspectos en torno a las personas que viven en situación de discapacidad y desafía la participación de diferentes actores para la puesta en marcha de diferentes modalidades de abordaje para las problemáticas que plantea.

*“La revisión de los valores morales respecto a la diferenciación de las personas según su condición de salud-enfermedad mental no ha sido promovida aún desde los organismos públicos competentes. Ello es uno de los nudos críticos a la hora de*

*visibilizar alternativas factibles y efectivas al aún modelo asilar y psiquiátrico-centrico en uso.” (Silva Cabrera, pág. 75)*

## **Modelo de Recuperación**

Para el Sainsbury Centre for Mental Health (2008) la recuperación es definida como: *“Un conjunto de valores sobre el derecho de una persona para construir por sí misma una vida con sentido, con o sin la continua presencia de síntomas de enfermedad mental. La recuperación se basa en ideas de autodeterminación y autocontrol. Enfatiza la importancia de la “esperanza” para mantener la motivación y apoyar las expectativas de una vida individual plena.” (pág. 1)*

El Modelo de Recuperación no se refiere a la curación o recuperación de la enfermedad, propone que la persona se desplace del margen de la sociedad equivalente a una muerte social, para ubicarse progresivamente en un lugar social significativo y satisfactorio que le permita construir y acercarse a un proyecto de vida que sea viable.

Para que esta idea se traduzca en un cambio real, se requiere de otros cambios coadyuvantes, desplazar al diagnóstico médico del trono real, resignificar profundamente la relación profesional, sacándola del lugar de poder del profesional sobre la vida del otro para pasar en cambio a ser un facilitador del empoderamiento de ese otro, acompañándolo en el proceso soñado y pautado por el propio paciente.

*“Claudia es una paciente que sueña con culminar la secundaria, por lo que cada año se vuelve a inscribir para cursarla. Pensamos objetivamente que esta meta no es posible, pero no se aborta su proyecto, la alertamos de las dificultades y la animamos cuando fracasa, ofreciéndole opciones alternativas.”*

(Nota de legajo)

El rol del profesional, pasa también por promover la toma de consciencia de la enfermedad para que puedan gestionarla, haciendo también de puente entre los usuarios y los recursos beneficiosos del Estado o privados, que están a su disposición para minimizar los déficits o enriquecer su vida.

Un aspecto fundamental de este modelo es modificar el lenguaje que empleamos para referirnos a las personas en situación de discapacidad, sabemos que nuestra mirada no sólo los nombra sino que también los transforma.

En este mismo sentido rescatamos también la importancia de escuchar su propia narrativa, prestar atención a lo que la persona siente respecto a su vida y acompañarla en la construcción de un camino diferente y posible.

*“David insiste otra vez en que el necesita estar con una mujer. También hace este reclamo con los primos cada vez que lo visitan. En entrevista con la familia se propone que lo lleven a una casa de masajes. Lo hacen regularmente y la demanda desaparece, dejando espacio para otras narrativas.”* (Nota de legajo)

En definitiva, se trata de que cada persona encuentre su sentido de identidad personal: Soy Ana María, vivo con mi madre, me gustan los animales, disfruto de la comida, soy esquizofrénica. La enfermedad es una parte, pero no es el todo, la asumo pero no permito que invada toda mi persona.

*Recordatorio: llamar a la clínica para preguntarle a Karina si puede venir a tocar la flauta el día del brindis de pesaj.* (Nota de campo)

Pero es importante tener en cuenta que el Modelo de Recuperación es también un todo y se juega no sólo al interior de la persona en situación de discapacidad sino de todos los protagonistas sociales: la familia, las instituciones, los maestros, en otras palabras de todas las partes que son significantes, es por lo tanto un modelo esencialmente relacional.

*Salimos a comer pizza, cuando entramos y comenzamos a ubicarnos la moza dice “¿comen acá o es para llevar?”. Estaba nerviosa, malhumorada, impaciente, incómoda. En la mesa todos están contentos. Acotamos la carta para facilitar la elección del menú. Todo funcionó según lo esperado, sin desajustes de ninguna índole.*

*La moza se fue tranquilizando y cambio su actitud mostrándose atenta, servicial. Fuimos en otras oportunidades y ahora nos dicen: regresen pronto!* (Nota de campo)

En esta anécdota, movilizamos algunos principios conceptuales: hubo posibilidad de opción versus imposición profesional, ellos eligieron el lugar a dónde ir y el menú.

Se rompe el aislamiento y se participa socialmente y concomitantemente se educa a la sociedad, resquebrajando prejuicios.

En esta misma línea Beití se constituyó en una forma de pensar el ejercicio profesional desde un lugar diferente, que nos planteó incertidumbres y nos empujó a poner a prueba prácticas distintas que tal vez no eran (hablando desde el imaginario profesional) estrictamente pertinentes al rol de la profesión.

## INCLUSIÓN SOCIAL

El concepto de inclusión social, atraviesa y orienta la práctica profesional en el campo de la Salud Mental que es el objeto de este trabajo, por ello resulta fundamental esclarecer su significado y alcance.

Esta idea es bastante más compleja de lo que puede parecer a simple vista, incluye un abanico de variables que están en juego y que impactan en la cotidianidad de las personas.

Por ello las prácticas que pretenden ser inclusivas deben tomar en cuenta esta multidimensionalidad, abordar el mayor número posible de niveles implicados: la subjetividad, los contextos familiares, institucionales, políticos y sociales.

Pero al hablar de inclusión es necesario definir este concepto, porque si bien es de uso común en el lenguaje técnico y popular, hay una polisemia en relación al mismo.

Para desarrollar el concepto de inclusión social nos interesa detenernos especialmente en el artículo escrito por Villalobos y Zalakain (2010), porque intentan y logran explicar con claridad el mismo y poner orden en los cuestionamientos más frecuentes que aparecen:

¿Inclusión Social es lo mismo que Integración Social? Ambos términos son utilizados frecuentemente en el campo de las ciencias sociales, a veces en forma indistinta, pero ¿Cuál es el significado de cada uno? ¿O podríamos decir que es posible una única acepción? ¿Hay quienes tienen que integrarse y otros que están integrados?

Estos cuestionamientos han encontrado una respuesta en el artículo mencionado, rescatamos los puntos que consideramos más relevantes:

- No hay una definición acabada del término inclusión.
- Podría establecerse que es un concepto subjetivo y relativo.
- No hay una delimitación clara del término, para comprenderlo es necesario conocer el contexto en el cual es aplicado.
- Generalmente el concepto es definido en relación a otros y tal vez por ese motivo genera confusión.
- Una forma de definir inclusión es a través de su par contrario: la exclusión.

Los autores apuntan a delimitar el concepto de manera que pueda aplicarse a una situación concreta como la discapacidad, tratando de abarcar la multiplicidad de elementos que están en juego.

Establecen claramente que Inclusión no es sinónimo de Integración aunque muchas veces la utilización de ambos términos resulta ambigua y genérica, “(...) mientras la integración podría equipararse, metafóricamente, a encajar una pieza en un molde predeterminado y predefinido, la inclusión habría de equipararse con la creación de moldes lo suficientemente flexibles como para poder adaptarse a las características de piezas muy diversas”. (Villalobos & Zalakain, 2010, pág. 34)

Podemos decir que cuando hablamos de inclusión hacemos referencia a un fenómeno que se da en dos direcciones y es complementario, no depende sólo de la persona que aspira ser incluida sino también de los diferentes estratos de la estructura social y de su apertura.

*“El concepto de inclusión podría vincularse en cierta forma al modelo social de la discapacidad, en la medida en que el énfasis pasa a ponerse en el carácter más o menos excluyente de los entornos sociales”* (Villalobos & Zalakain, 2010, pág. 33)

Existe sobrada documentación que establece que las personas con discapacidad, – especialmente quienes sufren de una discapacidad psíquica-, son un colectivo primordialmente vulnerable a la exclusión social.

Las causas son de diversa índole pero destacamos las siguientes: la estigmatización, la escasez de dispositivos sociales adecuados y dificultad de acceso a los mismos, recursos económicos insuficientes para garantizar sus derechos, la estructura ineficiente del

sistema de subsidios, un sistema de institucionalización que no cumple en la mayoría de los casos con los postulados básicos de los nuevos modelos en Salud Mental.

Es extensa la bibliografía existente en relación a la locura y la exclusión, seleccionamos algunas citas de Foucault, *“Desaparecida la lepra, olvidado el leproso, o casi, estas estructuras permanecerán. A menudo en los mismos lugares, los juegos de exclusión se repetirán, en forma extrañamente parecida, dos o tres siglos más tarde. Los pobres, los vagabundos, los muchachos de correccional, y las "cabezas alienadas", tomarán nuevamente el papel abandonado por el ladrón, y veremos qué salvación se espera de esta exclusión, tanto para aquellos que la sufren como para quienes los excluyen. Con un sentido completamente nuevo, y en una cultura muy distinta, las formas subsistirán, esencialmente esta forma considerable de separación rigurosa, que es exclusión social, pero reintegración espiritual”*. (2004, pág. 8)

El mismo autor profundiza en esta idea cuando plantea que existen cuatro sistemas de exclusión que se encuentran en todas las sociedades: sistema de exclusión en relación con el trabajo, en relación con las familias, en relación al discurso y en relación al juego y dice: *“sólo existe una sola categoría de individuos que sean simultáneamente víctimas de los cuatro sistemas de exclusión; estos individuos son los que denominaríamos en nuestro vocabulario como los locos.”* (Foucault, 1970, pág. 66)

¿Qué implica estar excluido? Villalobos y Zalakain (2010) toman entre otros autores a Levitas y establecen que la exclusión *“Implica la carencia o negación de recursos, derechos, bienes y servicios, y la incapacidad de participar en las relaciones y actividades ordinarias, accesibles para la mayor parte de la sociedad, en el ámbito social, cultural, económico o político. Afecta tanto a la calidad de vida de las personas como a la equidad y la cohesión de la sociedad en su conjunto”*. (pág. 35)

El grupo humano al que estuvo orientado la experiencia de Beití, reunía sin lugar a dudas todas estas características que conforman la idea de exclusión, por ello la propuesta desarrollada en la Clínica Psiquiátrica si bien tuvo como objetivo concreto mitigar los efectos de la institucionalización, tuvo siempre en la mira generar impactos inclusivos, tantos como fuesen posibles y a pesar de las estructuras rígidas, estancadas y estereotipadas.

Se trabajó tomando en cuenta el carácter multidimensional de los fenómenos de exclusión-inclusión que afectan todas las áreas de la vida cotidiana.

Pensar en términos de inclusión supuso generar propuestas individualizadas adaptadas a las necesidades particulares de cada persona según su discapacidad y responder simultáneamente a los diferentes momentos del proceso grupal.

Tuvimos también siempre presente el carácter bidireccional mencionado en párrafos anteriores ya que si pretendíamos el logro de objetivos inclusivos, sabíamos necesario movilizar y afectar otras dimensiones del campo social que estaban involucradas y que por lo tanto eran significantes.

En este camino aprendimos que no hay límites claros entre la inclusión y la exclusión, se trata antes bien, de una línea continua que se extiende entre estos dos polos, siempre estamos en algún lugar de este continuo, la meta es acercarse lo más posible al polo de la inclusión, pensar y ejecutar estrategias de intervención que apunten en esa dirección.

En nuestra práctica profesional estas ideas han sido siempre nuestro eje de intervención, de hecho, los mejores logros que hemos tenido en este campo se lograron al movilizar simultáneamente diferentes dimensiones involucradas. Sería omnipotente pensar que hemos afectado en cada caso el amplio espectro de factores en juego, pero sí podemos afirmar que hemos movilizado -dentro de lo posible-, redes y recursos significantes para la inclusión social del usuario, potenciando los positivos y buscando modificar los que constituían un obstáculo, coordinándolos y armonizándolos en función de un objetivo en vista.

Por Ejemplo:

*Federico tiene una discapacidad severa que requiere apoyo para satisfacer las necesidades más básicas. Sus 24 horas dentro de la clínica las pasaba de forma rutinaria (levantarse, tomar la medicación, desayunar, dormir, almorzar, tomar la medicación, dormir, merendar, mirar la tele, cenar, tomar medicación, dormir) No tiene familia que lo visite ni ningún otro contacto social más allá de la clínica.*

*En nuestro trabajo con el equipo técnico y de servicio de la clínica fundamentamos y logramos algo que puede parecer insignificante pero que fue*

*un impacto en la vida de Federico: Comenzó a ir todos los viernes a la feria con la cocinera, esto lo sacó del anonimato social, le otorgó una motivación, le dio la posibilidad de contribuir y sentirse útil y por sobre todas las cosas le brindó sentimiento de pertenencia a su barrio, comenzó a ser reconocido y llamado por su nombre.*

## **TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL**

Antes de detenernos en las características de la intervención profesional del Trabajador Social en la experiencia que se presenta en este trabajo, vamos a realizar algunas consideraciones generales sobre la profesión y lo que significa intervenir en lo social.

En el lanzamiento del Programa de Salud Mental de la Kehilá, decía un profesional en la mesa de apertura:

*“Yo tengo la idea de que se recurre al Trabajador Social cuando otras profesiones ya no saben qué hacer con la situación que están trabajando y decimos: Fulanito, anda con el asistente social a ver si puede darte alguna solución.”* (Desgrabación lanzamiento del Programa de Salud Mental de la Kehilá -marzo 2016- )

Si bien las nuevas tendencias en la definición del Trabajo Social como profesión, se alejan de este contenido mágico, aún subsiste en el imaginario colectivo la idea de que el trabajador social llega con su varita mágica a instrumentar el tránsito entre las necesidades de la gente y los recursos personales y sociales.

En general hay acuerdo en *“concebir a la profesión como un producto sociohistórico - con continuidades y rupturas- signada por múltiples determinaciones que la configuran y reconfiguran como profesión social e institucionalmente legitimada. El Trabajo Social se encuentra atravesado y determinado por el contexto macrosocial en el que se inscribe”*. (Claramunt Abbate, 2009, pág. 91)

Claramunt (2009) agrega que la profesión de Trabajo Social adopta características específicas para dar respuesta a las derivaciones, especificidades y complejidades que se presentan en cada área y práctica de trabajo.

El Trabajo Social *“como toda profesión se encuentra constituida por una dimensión práctico-interventiva y supone un bagaje teórico metodológico que permita explicar la vida social y visualizar posibilidades de interferir en esos procesos sociales.* (Claramunt Abbate, 2009, pág. 93)

Esta dimensión práctico-interventiva y este bagaje teórico metodológico han ido cambiando a lo largo de la historia de la profesión, configurando en cada época un modelo de intervención.

Campanini y Luppi (1991) describen diferentes modelos de la profesión basándose en su evolución temporal, que dan cuenta de los cambios en el rol del Trabajador Social según el contexto socio-histórico.

Es de rigor entonces, dar cuenta de las principales características del modelo predominante en nuestros días, específicamente en el área de la Salud Mental que nos ocupa.

Hoy la aparición de nuevas problemáticas están *“relacionadas con la exclusión, los procesos de precarización y vulnerabilidad. En pocas palabras, la sociedad se torna progresivamente más desigual, y estas desigualdades se multiplican en diferentes esferas y aspectos, y son cada vez más difíciles de captar mediante las formas clásicas de intervención.”* (Carballeda A. J., 2012, pág. 79)

*“La intervención en lo social se nos presenta como un “espacio de libertad”, ya que se construye en pequeños hiatos, intersticios, lugares, donde es posible reconstruir historicidad, entender a ese otro no como un sujeto a moldear sino como un portador de historia social, de cultura, de relaciones interpersonales.*

*(...) intervenir en lo social puede significar, o no, unir aquello que una vez se fracturó, recuperar las sociabilidades perdidas.”* (Carballeda A. J., 2012, pág. 39)

Esto nos lleva al principio desarrollado por el mismo autor (2012) referido a que el trabajo social está indisolublemente vinculado a la intervención microsocia, sin perder de vista el contexto macrosocia porque del interjuego de ambos niveles surge la construcción de conocimiento y el marco metodológico.

*“El propio desarrollo de la disciplina, sus aportes teóricos –además de su participación que van más allá de las necesidades-, hizo que, desde la intervención, se actuará también sobre los problemas sociales.*

*En las últimas décadas, el Trabajo Social se ha relacionado, desde diferentes aspectos de su intervención, con una gran diversidad de problemas sociales (que pueden*

*contener necesidades) y de necesidades (que pueden contener problemas sociales).”*  
(Carballeda A. J., 2012, pág. 174)

Esta es la lógica desde la cual el Departamento de Trabajo Social de la Kehilá ha venido trabajando en todas sus esferas de acción.

En lo referente al campo de la Salud Mental y específicamente en la experiencia de Beití el equipo técnico ha trabajado en una dialéctica permanente entre las necesidades personales y los problemas sociales ya que consideramos que estos dos planos están indisolublemente ligados.

Sin embargo, en este campo “(...) *la posibilidad de construir desde la intervención profesional una identidad no psiquiatrizada no forma parte de las estrategias habituales de intervención en la institución psiquiátrica. Puede verse en esto como la afirmación de que la enfermedad mental es un proceso bio-psico-social no se evidencia en la práctica, y como a la posibilidad de una intervención crítica en el seno de las instituciones de encierro que (en vez de curar tiende muchas veces a segregar y tutelar), se le plantean diversos obstáculos reales. (...) Si creemos en el poder terapéutico de la palabra, nuestra palabra tendrá que operar como liberadora de las lógicas y miradas que conciben al sujeto con padecimientos psíquicos tan solo como enfermo mental, relativizar su diagnóstico y posibilitar que su identidad no halle su anclaje en el “ser” esquizofrénico, borderline o bipolar. Que pueda pensarse a sí mismo desde otros lugares, desde la salud; que pueda comprender la relación de opresión de las categorías analíticas que describen lo que le pasa.*” (Busto & Mantilla, 2002)

La función del Trabajador Social es muchas veces, en efecto, la de interpelar las creencias, las prácticas vigentes, las estructuras institucionalizadas. Este no es un lugar fácil, nos enfrentamos permanentemente con la resistencia de los diferentes protagonistas tanto familiares como institucionales, pero es ineludible si queremos acercarnos a un paradigma inclusivo.

Por ejemplo:

*“Los usuarios de la clínica comen en mesadas fijas y bancos fijos que miran a la pared. Intervenimos fundamentando y solicitando que coman alrededor de una mesa facilitando el intercambio social.*

*La respuesta de la Dirección de la Clínica fue: “entendemos el planteo pero realmente es muy desagradable que se vean comer”. (Nota de campo)*

Pero también, y específicamente en nuestro país, debemos lidiar no solamente con creencias e instituciones que no se condicen con el modelo social de la discapacidad ni con el paradigma de la inclusión, sino con un vacío o en el mejor de los casos una escasez de recursos económicos e institucionales que limitan fuertemente los logros a los que apuntamos.

Si bien existe la Ley 19.529 de Salud Mental, *“para incidir en el cambio del modelo de atención, necesita acompañarse de recursos económicos, formación y nuevas prácticas, participación de familiares, usuarios y trabajadores y cambios culturales. Acordamos con Iglesias (2012), para que sea desde una perspectiva de derechos, “debe referir a la identidad, dignidad, no discriminación, capacidad, debido proceso, garantía y protagonismo de la persona, en cualquier intervención jurídico-socio-sanitaria que se pretenda sobre ella” (p.67).” (De León & Techera, 2017, pág. 57)*

Por ejemplo, el anunciado cierre de hospitales psiquiátricos no se ha visto compensado por una debida aparición de residencias asistidas de larga estadía o de medio camino. Los pocos recursos que han aparecido están permanentemente saturados.

En nuestra práctica profesional hemos contado con la ventaja de estar en el marco de una institución que libera subsidios y responde -en parte-, a los vacíos estatales, pero obviamente, ésta no es una práctica generalizable.

## CONCLUSIONES FINALES

A lo largo de esta monografía hemos desarrollado los diferentes referentes teóricos que se han puesto en juego a través de la intervención profesional en Beití. Sin duda fueron parte de nuestra cosmovisión, pero de lo que verdaderamente se trata, es de si con nuestra intervención pudimos llevar a la práctica los contenidos de estos referentes fundamentales. En relación a los interrogantes planteados en el Marco Metodológico entendemos que fueron encontrando respuesta durante el desarrollo del trabajo.

Es importante reafirmar una vez más que compartimos la idea -ya universalmente aceptada- que la institucionalización no es una alternativa deseada. Sin embargo para las personas que participan de la experiencia que nos ocupa, fue y es la alternativa posible, hasta tanto el Estado no responda a las recomendaciones del Comité de Seguimiento sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en lo referente a iniciativas concretas para la desinsituacionalización.

Otro tipo de alternativas más horizontales fueron analizadas y en algunos casos experimentadas, pero en todas evaluamos que ellas no eran adecuadas para los usuarios con los que estábamos trabajando por sus características y por la magnitud de sus necesidades.

De manera que nuestro inmenso desafío fue, habida cuenta de los efectos trágicos de la institucionalización, descritos de forma vasta por la bibliografía específica, introducirnos dentro de sus muros y desde ese lugar minimizar sus efectos negativos, flexibilizándolas, trabajando teniendo en cuenta el contexto y protegiendo sus derechos. No quisimos agotarnos en la crítica del modelo asilar sino, antes bien abrir nuevos frentes de intervención ajustados al contexto actual de la Salud Mental en nuestro país, que no cuestionan principios establecidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad sino que por el contrario tomándolos como referencia ensayan nuevas respuestas para el sufrimiento mental de los usuarios que participan de Beití. Estas respuestas están lejos de ser ideales pero tampoco son “más de lo mismo” han marcado un cambio cualitativo significativo para ellos, para sus vidas, aquí y ahora, que se ven reflejados, aunque mínimamente, en los ejemplos que exponemos más adelante.

Un diferencial a favor es sin duda, que los usuarios atendidos por el Departamento de Trabajo Social son el cincuenta por ciento del número total de residentes, desde este

lugar nos paramos en una situación de privilegio, porque nos da un margen mayor de presión a la hora de exigir que se cumplan nuestros planteos, pero también y especialmente porque la institución llegó a considerarnos como un plus desde el punto de vista técnico, hemos constituido con ella una especie de alianza para el cambio en beneficio de todos sus residentes.

En efecto, se trata de una clínica de nivel medio-bajo, que ofrece servicios muy limitados, con personal acotado, en ese sentido contar con el apoyo de nuestro equipo técnico fue vivido en muchas oportunidades como un control no deseado, pero en muchas otras, como un aporte teórico práctico para el personal que se vincula directamente con los usuarios.

Una vez dentro de esos muros, nos preguntamos, ¿es posible que se pueda recuperar el sentido de pertenencia, la dimensión humana, lograr que la institución recorra un proceso que la lleve a transformarse lentamente en un hogar con apoyos, para que cada uno en la medida de sus posibilidades encuentre un proyecto de vida viable y satisfactorio y que sea un puente a la comunidad y no un espacio que separe del mundo de los “normales”?

Pensamos y comprobamos que movernos dentro de la paradoja de desmanicomializar dentro del manicomio es difícil pero nada es absoluto hay margen para el movimiento. La experiencia desarrollada en este trabajo busca demostrarlo.

¿Cómo logramos movernos dentro de esta paradoja?

Responder esto nos lleva a agrupar los aprendizajes obtenidos en el transcurso de la experiencia, transformándolos en axiomas que para nuestro equipo técnico constituyeron los pilares fundamentales de la intervención profesional.

Es importante aclarar que los contenido de estos **axiomas** están implícitos dentro de las categorías conceptuales de este trabajo, simplemente los estamos jerarquizando porque los mismos fueron fundamentales a la hora de aplicar los principios teóricos al campo de trabajo.

Por eso preferimos exponer los aprendizajes obtenidos en nuestra experiencia, sin reiterar aspectos teórico-conceptuales, -ya expuestos-, sino antes bien ejemplificándolos, activando así el circuito de retroalimentación teoría-práctica.

*Nuestros axiomas:*

- **Trascender el diagnóstico médico, contactando con las dimensiones de la persona que no fueron afectadas por la enfermedad**

Trascender lo que definimos como enfermedad mental, es decir tomar contacto con la enfermedad pero ponerla entre paréntesis para contactarnos con la persona en su totalidad. Se toma distancia de un diagnóstico duro, medicalizado, asociado a una especie de verdad absoluta. Esto “*permite producir estrategias de intervención adecuadas que habiliten el desarrollo de los procesos saludables de las personas, como forma de ponerle límite a los patológicos.*” (Pérez Fernández, 2017, pág. 120).

Pasar a trabajar desde la potencialidad de las personas fue lo que permitió flexibilizar la Institución total encontrando en el afuera y en el adentro espacios, actividades, relaciones, etc. para que cada quién pudiera desarrollar roles diversos.

Ejemplos:

*H. toca la flauta en diferentes eventos sociales y obtiene ingresos económicos desarrollando esa actividad.*

*C. se queda los fines de semana en la casa de su novio y durante la semana vive en la clínica y concurre a un Centro de Rehabilitación Psicosocial.*

*M. cuida a sus sobrinos algunas veces a la semana.*

*T. trabaja en el marco de un empleo protegido todos los días de la semana.*

- **Impactar sobre las representaciones culturales**

No buscamos impactos sólo directamente sobre los usuarios sino también sobre las representaciones culturales bajo las cuales las personas con discapacidad psíquica son vistas y empujadas a verse a sí mismas. En este sentido siempre hemos dirigido nuestros esfuerzos a trabajar con todos aquellos que en diferentes niveles se vinculan con los usuarios, intra y extramuros, en los contextos inmediatos y en los más amplios que

demasiado a menudo los estigmatiza y excluye, respondiendo a un imaginario social repleto de temores y prejuicios que se reflejan en la comunicación tanto verbal como analógica. La comunicación nunca es inocente, discrimina, construye realidades con las que los usuarios se identifican y actúan en consecuencia.

Se generan así circuitos beneficios de cambio, una retroalimentación positiva que reestructura la mirada del otro y la propia.

Ejemplo:

*Raquel es una usuaria que concurre a uno de los Talleres de Trabajo Protegido que funcionan en el Departamento de Diversidad Funcional de la Kehilá.*

*Ella en general tiene un comportamiento que desafía permanentemente al equipo técnico (no respeta reglas, molesta a sus compañeros, interrumpe permanentemente la dinámica de trabajo).*

*En una de las reuniones de equipo una de las coordinadoras comenta que vio a Raquel con un grupo de amigos a la entrada de un teatro y su comportamiento era muy adecuado.*

*Posteriormente, Raquel transgrede nuevamente las reglas dentro de la Institución. Se le hace notar que se la ha visto fuera de la institución y que su comportamiento era muy correcto, se le pregunta por qué ella no se comporta de la misma manera en el Taller, a lo que responde:*

*- “Acá puedo hacerme la loca o acaso no es el área de discapacidad, ¿el cartel de entrada no dice eso?”*

*A partir de esa situación el equipo técnico inició un proceso de cambio de nombre, dejó de llamarse Área de Discapacidad pasando a ser el Departamento de Diversidad Funcional. (Episodio relatado por equipo técnico del actual Departamento de Diversidad Funcional).*

Ejemplo dentro del marco de una salida recreativa:

***Dos son mucho, tres son multitud (si de diferentes se trata)...***

*Entrando al Shopping se escucha el comentario: Qué cantidad de gente!!! Y sólo pasábamos nosotros, los integrantes del grupo y las coordinadoras... (Nota de campo).*

*La señora lo dijo en un tono despectivo, con cara de desagrado que nos generó una sensación de violencia, de incomodidad.*

- *No somos tantos respondimos, ¿qué es lo que la incomoda?*

*Sin duda no se trató del contenido del mensaje sino del nivel analógico de la comunicación, el tono de voz, la mirada. Es claro que este comentario emitido de esta manera, no hubiese sido hecho si se hubiese tratado de un grupo de turistas, por ejemplo.*

- **Complejizar nuestro pensamiento y actuar sobre la complejidad**

Partimos de la base de que cuando trabajamos con problemas complejos, un sólo programa por sí mismo no puede lograr cambios que sean sostenibles, es necesaria la activación simultánea de otros niveles de la estructura social que están involucrados, en definitiva se trata de pensar y actuar en términos de contexto.

Por eso nos introducimos en la clínica que constituye su “hogar”, en los espacios de su vida cotidiana, en sus vínculos, trabajamos con las familias, con los médicos tratantes, con las redes institucionales o comunitarias de las que participan, no sólo en las que ya existen sino en la búsqueda de otras posibles que puedan ser activadas o potenciadas.

Ejemplo:

*Cecilia (44 años) tiene diagnóstico de esquizofrenia paranoide desde su adolescencia, su única familia es el hermano, la cuñada y el sobrino que viven en el exterior hace muchos años, decisión tomada en buena medida para poner una distancia protectora, según el propio hermano relata, aunque mantiene siempre una presencia a través de visitas regulares. Al tomar esta decisión drástica sabía que de alguna manera la Kehilá no iba a dejar a su hermana sin atención.*

*En ese momento el equipo conjuntamente con su hermano, consideró que sin una red de sostén familiar y sin los apoyos domiciliarios necesarios para vivir sola, la única alternativa viable era la institucionalización, la cual es sostenida económicamente por el mismo.*

*No habiendo un referente familiar al alcance de la mano, la situación se hizo muy compleja, fue indispensable intervenir en diferentes niveles:*

- Nivel familiar: apuntamos a no profundizar la brecha entre los hermanos que ya era débil y tendía a debilitarse aún más. Logramos generar en el humano conciencia de la enfermedad de Cecilia y de que su comportamiento (demanda excesiva, elevada labilidad emocional, baja tolerancia al estrés, etc.) no era caprichoso sino fruto de su enfermedad.

- A nivel de la clínica: la clínica demandaba al equipo técnico cubrir roles que eran estrictamente familiares, constituimos un puente entre la Institución y la familia, sosteniéndonos en nuestro rol profesional e impidiendo su desvinculación.

- Nivel social: fue necesario acompañar y orientar a Cecilia apoyándola en todos sus contactos externos ya que era imposible que ella pudiera hacerlo sola. Se facilitó la gestión de la pensión por incapacidad laboral, se gestionó y articuló su ingreso a un centro de rehabilitación psicosocial, se mantuvo entrevistas regulares con el psiquiatra tratante aportando elementos de su situación socio-familiar que le permitiera una mirada integral de la paciente.

- Nivel individual: se instrumentó un espacio de contención y orientación con el objetivo de implicarla en su propio proceso terapéutico y de cambio, en la asunción de responsabilidades y también tratando de cubrir necesidades primarias.

Un día llega y dice: - “hoy sólo necesito un abrazo”

La intervención en cada uno de estos niveles no se dio en forma fragmentada sino articulada respondiendo a un objetivo en vista dentro del marco de una estrategia que da cuenta de un cuerpo teórico-metodológico oportunamente descrito.

- **Enfoque interdisciplinario y trabajo en equipo**

La interdisciplinariedad y el trabajo en equipo son conceptos trillados, frecuentemente invocados pero pocas veces genuinamente logrados. Sólo cuando hay un debate sincero desde diferentes ópticas y disciplinas y se logra llegar a consensos teórico-metodológicos logramos generar cambios y avances.

La intervención siempre estuvo enroscada con las prácticas de otras disciplinas y otros protagonistas provenientes de ámbitos biológicos, psicológicos y socio-culturales y ello se constituyó en nuestra herramienta privilegiada de trabajo.

*De acuerdo con este planteo impulsamos regularmente instancias de intervisión con otros técnicos, médicos clínicos y psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, acompañantes terapéuticos, entre otros.*

Siendo coherentes con nuestro planteo sostenemos la idea de que la palabra más calificada es la del propio usuario. Decidimos entonces para finalizar este trabajo compartir el siguiente testimonio sobre el significado que tiene Beití para uno de los participantes:

*“Felicidad... me gusta pasear, salir de la rutina, disfruto mucho de todo lo que hacemos, estamos todos juntos.  
Cuando vamos al cine, al teatro o algún otro espectáculo cultural me siento parte... además vamos acompañados y eso me da seguridad.”*

Creemos que en estas dos frases se articulan en forma íntegra las ideas-fuerza que hemos buscado transmitir en este trabajo.

Aparecen cuatro conceptos fundamentales:

Felicidad, salir de la rutina, estar todos juntos/ser parte y sensación de seguridad.

¿Cómo se llega al sentimiento de felicidad? Quizás percibiendo que se puede vivir una vida satisfactoria, con sentido, no estereotipada, que el estado de bienestar se manifiesta cuando estamos con otros y cuando nos sentimos seguros.

Podemos dar certeza que este testimonio refleja nuestra manera de pensar y de intervenir en esta experiencia puntual.

Éramos conscientes desde el inicio que no era posible pensar a estas personas en un marco diferente a la institucionalización y aunque parezca contradictorio sostenemos que es posible pensar en una práctica en clave de Derechos Humanos aún en este contexto. Para ello es necesario involucrar en el trabajo a todas las partes del entramado (usuarios, funcionarios, dirección, técnicos) e ir introduciendo cambios en el corto plazo pero pensando a largo plazo. De esta forma se van logrando pequeñas transformaciones, pero que apuntan a que el lugar que hoy funciona con características de Institución total se convierta en un Hogar con los apoyos necesarios para las personas que en él viven.

En definitiva de lo que se trata es de movilizar un nuevo marco ideológico desde donde construir formas diferentes de intervenir en Salud Mental.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amarante, P. (2006). *Locos por la vida: La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*. Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo.
- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio: salud mental y atención psicosocial*. Buenos Aires: Topía.
- Amico, L. d. (2004). *Desmanicomialización: "Hacia una transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental*. Obtenido de Margen nro. 35 Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales:  
<https://www.margen.org/suscri/margen35/amico.html>
- Amico, L. d. (2005). *La Institucionalización de la Locura. La intervención del Trabajo Social en alternativas de atención*. Buenos Aires: Espacio.
- Becerra, R. M., & Kennel, B. L. (2008). *Elementos básicos para el Trabajo Social en salud mental*. Buenos Aires: Espacio.
- Blasi, R. R. (2003). La Rehabilitación Psicosocial Integral con y en la Comunidad. En M. Verdugo, L. Desiderio, A. Gómez, & M. Rodríguez, *Atención Comunitaria, Rehabilitación y Empleo* (págs. 167-188). Salamanca: Inico.
- Bobes García, J., & Sainz Ruiz, J. (2013). *Impacto social de la esquizofrenia*. Barcelona: Glosa.
- Busto, C., & Mantilla, M. J. (2002). *"La pata que no habla". Acerca de lo Social en Salud Mental*. Obtenido de Margen nro. 26 Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales: <https://www.margen.org/suscri/margen26/lapata.html>
- Campanini, A., & Luppi, F. (1991). *Servicio social y modelo sistémico*. Buenos Aires: Paidós.
- Carballeda, A. (2004). *Lo Social y la Salud Mental: Algunas cuestiones preliminares*. Universidad de La Plata.
- Carballeda, A. J. (2012). *La Intervención en lo Social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- Castel, R. (1980). *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. Madrid: La Piqueta.

- Claramunt Abbate, A. (2009). El Trabajo Social y sus múltiples dimensiones: hacia la definición de una cartografía de la profesión en la actualidad. *Frontera Nro. 5 segunda época*, 91-104.
- De León, N., & Techera, A. (2017). Reformas de Atención en Salud Mental. En E. I. República, *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos* (págs. 51-68). Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Del Castillo, R., Villar, M., & Dogmanas, D. (2011). *Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay*. Obtenido de <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/102>
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2012). *El campo de la investigación cualitativa: Manual de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Díaz, Á., & Ramírez, R. (2017). Interdisciplinariedad y Salud Mental Comunitaria. En G. d. UdelaR, *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos* (págs. 207-222). Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Elizur, J., & Salvador, M. (2006). *La Locura y Las Instituciones. Familias, terapia y sociedad*. Barcelona: Gedisa.
- Farkas, M. (2007). La consideración actual de la recuperación: lo que es y lo que significa para los servicios de atención. *World Psychiatry*, 68-74.
- Fernández Castrillo, B. (2009). *Complejidad Social y Salud Mental*. Montevideo: CSIC - Universidad de la República.
- Foucault, M. (1970). La Locura y la Sociedad. *Conferencia pronunciada en la facultad de artes liberales de la Universidad de Tokio*, (págs. 63-76).
- Foucault, M. (2004). *Historia de la Locura en la Época Clásica I*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Goffman, E. (1993). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (1994). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu .
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista, M. d. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw-Hill.

- Hernández, R., Guerrero, J., & Braganza, G. (2008). La intervención del Trabajador Social en el área de salud mental en un hospital de agudos. En G. Kazi, & M. Ajerez, *Salud Mental. Experiencias y prácticas*. (págs. 133-139). Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Jara H., O. (2013). *La sistematización de experiencias. Práctica y teoría para otros mundos posibles*. Montevideo: EPPAL.
- Kessler, G. (2002). *Pobreza, vulnerabilidad y riesgo en la comunidad judía uruguaya*. Buenos Aires: American Joint Distribution Committee.
- Levitas, R. (2007). *The multi-dimensional analysis of social exclusion*. Londres: Department for Communities and Local Government.
- Míguez, M. N. (2003). *Construcción social de la discapacidad a partir de su par dialéctico integración-exclusión*. Montevideo: Trilce.
- Palacios, A., & Iglesias, M. G. (2017). La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. La Salud Mental y los Derechos Humanos. ¿Logros para mañana? En G. d. UdelaR, *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos* (págs. 15-49). Montevideo : Psicolibros Universitario.
- Pérez Fernández, R. (2017). ¿Enfermedad mental o sufrimiento psíquico? La disputa por la noción de sujeto y subjetividad. En G. d. comunitaria, *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos* (págs. 105-124). Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Rodríguez González, A. (2006). *Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos*. Madrid: Pirámide.
- Rodríguez González, A., & Sobrino Calzado, T. (2006). Evolución de la atención al enfermo mental crónico. La reforma psiquiátrica y el desarrollo de la atención comunitaria. En A. Rodríguez González, *Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos* (págs. 56-84). Madrid: Pirámide.
- Rodríguez Pulido, F. (2011). *La autonomía personal en el empleo ordinario de las personas con trastorno mental grave*. Obtenido de [www.sinpromi.es/uploads/documentos/bdb034afe5.pdf](http://www.sinpromi.es/uploads/documentos/bdb034afe5.pdf)
- Romano, S. (2016). Debate sobre salud mental, desafío y oportunidad. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 9-10.

- Rosillo Herrero, M., Hernández Monsalve, M., & K. Smith, S. P. (s.f.). *La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar*. Obtenido de [scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v33n118/03.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v33n118/03.pdf)
- Saavedra Macías, F. J. (Enero-Marzo de 2011). *Cómo encontrar un lugar en el mundo: explorando experiencias de recuperación de personas con trastornos mentales graves*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386138054008>
- Sautu, R. (2005). *Todo es Teoría. Objetivos y Métodos de Investigación*. Buenos Aires: Lumiere.
- Sautu, R., Boniolo, P., Dart, P., & Elbert, R. (2005). *Manual de Metodología. Construcción del Marco Teórico, Formulación de los Objetivos y Elección de la Metodología*. Buenos Aires: Clacso.
- Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2008). *Making Recovery a Reality*. Obtenido de [www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud)
- Silva Cabrera, C. (s.f.). *Investigar e intervenir en salud mental tendiendo a la desmedicalización del sentir, pensar y hacer. Aportes para el debate sobre la dialéctica salud-enfermedad*. Obtenido de <https://www.herramienta.com.ar/articulo.php?id=559>
- UdelaR, G. d. (2017). *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. Montevideo: Psicolibros Universitario.
- (2014). *Uruguay y la convención sobre derechos de las personas con discapacidad*. Montevideo: Mides, Pronadis.
- Villalobos, E., & Zalakain, J. (2010). Delimitación conceptual de la Inclusión Social. En *Discapacidad, Tercer Sector e Inclusión Social* (págs. 25-50). Madrid: Cinca.