¿Qué hacemos con lo que abrimos?

Las significaciones del cuidado de los trabajadores de los dispositivos sustitutos al modelo asilar

Tesis para optar por el título de Magíster en Psicología Social

Directora de Tesis y Académica: Dra. Cecilia Baroni

Maestrando: Lic. Juan Pablo Santos Camiou

Fecha: Abril 2024

Resumen

En Latinoamérica se transita un cambio de modelo en el campo de la Salud Mental (SM). El mismo busca pasar del modelo asilar y de exclusión a uno de integración con la sociedad. En Uruguay, parte de la transición a este modelo se visualiza en los denominados Dispositivos Sustitutos al Modelo Asilar (DSMA). En ellos, se contratan trabajadores que dedican tiempo a cuidar y acompañar en la cotidianeidad al residente. Las tareas de los cargos cambian según cada dispositivo, empleando a profesionales de diversas áreas, lo que implica variedad de experiencias y formación que influye en las significaciones que cada trabajador posee de las prácticas que guardan relación con el cuidar. Si bien existieron varios intentos de reforma en nuestro país, en este último período hubo un nuevo impulso que quedó plasmado en la aprobación de la Ley de Salud Mental N.° 19.529, en el 2017. El presente proyecto propone la indagación de las significaciones de las prácticas del cuidar que tienen los trabajadores de estos dispositivos en nuestro país. Para ello se plantea un diseño metodológico de corte cualitativo donde se realizarán entrevistas en profundidad a informantes calificados y a trabajadores de diversos DSMA (Vivienda Asistida (VA), Viviendas Supervisadas (VS), Casa de Medio Camino (CMC1)). Dentro de los resultados esperados se buscó aportar a la noción de *cuidado* en el marco de la Ley N.° 19.529 y de cara a la formación y capacitación de los recursos humanos para la implementación de la misma.

A grandes rasgos, se visibilizó tres tipos de cuidados derivados de la postura tomada por el trabajador de los DSMA hacia los residentes: cuidado apoyado en el acompañamiento, cuidado autoritario-omnipotente y cuidado «Let it be». Además, se encontró la existencia de lo que se denominó como «circulación del cuidado», cristalizándose dos clases de cuidadores: el Formal y el Informal. También se constató que la práctica del cuidar es artesanal y, ante la carencia de políticas públicas que la profesionalice y problematice, seguirá siendo de esa forma. Esto sobrecargará al trabajador, que también enfrenta obstáculos institucionales además de su labor cotidiana.

Palabras clave: Cambio de modelo; Trabajador; Salud Mental; Prácticas de cuidado

Summary

In Latin America a change in Mental Health (MH) field model is taking place. This transition aims to change an asylum and exclusion model to one of integration with society. In Uruguay, part of this transition is reflected in the so-called Substitute Devices for the Asylum Model (SDAM). In these, workers are hired to dedicate time to care for and accompany residents in their daily lives. The tasks of these positions vary according to each device, employing professionals from various fields, which implies a variety of experiences and training that influence the meanings each worker has of the practices related to care. Although there have been several attempts at reform in the country, a new push was made in the recent period, culminating in the approval of the Mental Health Law No. 19.529 in 2017. This project proposes to investigate the meanings of care practices held by workers in these devices in our country. A qualitative methodological design is proposed, involving in-depth interviews with key informants and workers from various DSMA (Assisted Housing (AH), Supervised Housing (SH), Halfway House (HH)). Results aim to contribute to the concept of care within the framework of Law No. 19.529 and regarding the training and development of human resources for its implementation.

Broadly speaking, three types of care were identified, derived from the stance taken by DSMA workers towards residents: care based on accompaniment, authoritarian-omnipotent care, and «Let it be» care. Additionally, the existence of what was called «care circulation» was found, crystallizing into two types of caregivers: the Formal and the Informal. It was also found that the practice of care is unprofesional, and in the absence of public policies to professionalize and question it, it will continue to be that way. This will overload the worker, who also faces institutional obstacles in addition to their everyday tasks.

Key words: Model change – Worker – Mental Health – Care practices

Tabla de contenido

Presentación....8

Capítulo 1....11

Introducción: Experiencias de Desinstitucionalización y Reformas Psiquiátricas en Europa y Latinoamérica....11

Antecedentes del Cuidado en SM....23

Capítulo 2. Referencias Teóricas....30

¿Qué es la Lógica Manicomial?....31

La Noción de Dispositivo para pensar el Cuidado....35

Significaciones Sociales....37

El Cuidado y sus Conceptos....39

Pensar el Cuidado con las Relaciones de Poder, Cuidado de si y el Hablar Veraz....45

Capítulo 3....52

Problema....52

Objetivos....54

Diseño Metodológico....54

Consideraciones de mi Implicación dentro de esta Investigación....61

Capítulo 4. Análisis y Resultados....64

Presentación de los Dispositivos por parte de los Entrevistados....64

El cuidado y los Otros Sociales....77

Conceptualización del Cuidado y sus Prácticas....92

Tipos de Cuidados Encontrados....97

Imagen de sí mismo....115

Estrategias de autocuidado....128

La circulación del cuidado....139

Lo no dicho.....148
Capítulo 5. Consideraciones Finales y Reflexiones.....154
Referencias Bibliográficas.....161

Índice de tablas

Tabla 1.....57
Tabla 2.....75
Tabla 3.....111
Tabla 4.....117
Tabla 5.....137
Tabla 6.....146

Glosario

AIDSMVD- Asamblea Instituyente por Desmanicomialización, Salud Mental y Vida Digna

AT- Acompañante Terapéutico

ASSE- Administración de los Servicios de Salud del Estado

CA- Casa Asistida

CE.RE.M.O.S- Centro de Rehabilitación Médico Ocupacional Sicosocial

CELS- Centro de Estudios Legales y Sociales

CHPP-Patronato del Psicópata

CMC- Casa de Medio Camino

CMC1- Casa de Medio Camino 1

CMC2- Casa de Medio Camino 2

CNLSMCDH- Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental en Clave de Derechos Humanos

CSM- Centro de Salud Mental

DDHH- Derechos Humanos

DSMA- Dispositivos Sustitutos al Modelo Asilar

HP-Hogares Protegidos

IASAM- Instituto Andaluz de Salud Mental

INDDHH- Institución Nacional de los Derechos Humanos

MDRI- Mental Disability Rights Internacional

MIDES- Ministerio de Desarrollo Social

OMS- Organización Mundial de la Salud

OPS- Organización Panamericana de la Salud

PNSM- Plan Nacional de Salud Mental

RT- Residencia Terapéutica

SM- Salud Mental

SNC- Sistema Nacional de Cuidados

SNIS- Sistema Nacional Integrado de Salud

UE- Unidad Ejecutora

UPD- Uso Problemático de Drogas

VA-Vivienda Asistida

VS- Vivienda Supervisada

Agradecimientos

Primeramente, estoy profundamente agradecido a mi familia: a Juani, mi hijo; Daniela, mi pareja y a mis padres, Carmen y Juan. Ellos fueron el sostén y, a su modo, maestros del cuidado en distintos tiempos históricos, dentro y fuera de este proceso largo y caótico que finaliza con el rótulo de tesis. A Juani y Daniela, gracias por estar junto a mí, conteniéndome y dándome aliento, sobre todo, en las veces que me falta. Sus risas son un hermoso motor. A mis viejos, gracias por enseñarme que en la vida hay que seguir y ser constante, que hay que «meterle y no aflojar» siempre. Espero los cuatro sepan disculparme, ya que minuto invertido en esto fue minuto robado a ustedes.

También a los abuelos de Juani (Juan, Carmen, Daniel y Siria), que lo cuidaron para yo poder dedicar tiempo a esto. A mis amigos, que nutrieron esto de forma directa e indirecta con sus formas de ser y conversaciones. En particular a Marcos, Santiago «El Pechu», Manu, Bruno, Andrés y Franquito. A todos, siempre confiaron.

Por otra parte, debo de agradecer a los trabajadores que participaron de la investigación, espero que esto sirva como una semilla para algo nuevo. Y sino, por lo menos que sirva para algo constructivo. También a los trabajadores/compañeros que integran los DSMA y que hacen su labor con una dedicación hermosa, esto es su fruto.

En particular agradecer a las personas que integran los siguientes espacios por los cuales me muevo y que también son maestros: Taller Sala 12, Residencia «El Trébol»; Cooperativas DODICI y HAMABI. A pesar de que este tema no los toque directamente, sin ellos no existiría, porque sin trabajo y sin vivienda tampoco hay Salud Mental; hay que romper los esquemas. También a nuestra «Comandante Ramona»[1], Selva Tabeira, que nos enseña todos los días que uno puede endurecerse, pero nunca debe de perder la ternura[2]; asimismo, nos recuerda que sin acciones comprometidas que acompañen las palabras, a ellas se las lleva el viento. A la historiadora Magela Fein, por el material que junto a Selva y los «muchachos» preservan en el Espacio de Recuperación Patrimonial (museo).[3] También a las familias de estas compañeras, sobre todo a Ricardo, Camilo y Andrés, porque son un apoyo fundamental.

1 Se hace un paralelismo con la figura guía que menciona el sub-comandante insurgente Marcos en el poema: «La huella de la comandante Ramona».

2 Refiere a la popular frase de Ernesto «Che» Guevara: «Hay que endurecerse, pero sin perder la ternura jamás». No se ha logrado encontrar la fuente para esta cita.

3 Este museo es mantenido honorariamente por Selva, Magela, los usuarios, trabajadores de los dispositivos y otros historiadores (Sebastián, Eliana y Matías). Posee archivos de 1880 del Vilardebó y también parte del Hospital Musto.

A nuestros queridos Pepe Mujica y Lucía Topolansky, quienes dieron un gran empujón, ayudando a demostrar que se puede soñar en grande y que las cosas deben hacerse, como dijo el viejo con cariño una vez: «Con razón y corazón». Son ejemplo de que el amor supera cualquier situación adversa, siendo este una «dulce costumbre» luego de años.

También es necesario mencionar a Carolina Cosse, Tabaré Hackembruch, Mónica Giordano, Daniel Carabajal, Wilson Netto y Gustavo Salaberry, políticos que saben escuchar, conectar y concretar. Todos ellos fueron los primeros que apostaron en grande a esas alternativas. Con estos ejemplos se demuestra que la Salud Mental debe de trascender las fronteras partidarias y es un tema de nuestra gente (muchas veces más cercano de lo que parece, por eso son necesarias más políticas públicas).

Agradecer también a Cecilia Baroni por estar presente desde el grado, con mi TFG, la militancia y ahora, con esta tesis, gracias por confiar y tener paciencia. A Ali, Ariel, Mariel, Edu y Mari por los intercambios (de)constructivos. También a los compañeros y compañeras del viejo colectivo de Psicología Política Latinoamericana (PPL), de la Materia Intervenciones Psicosociales en SM, la Radio Vilardevoz, Radio En Fuga, el Movimiento Instituyente de Esquizoanálisis y Esquizodrama Libertario (MIEEL), del Centro de Estudiantes Universitarios de Psicología (CEUP), al colectivo anarquista de la casa «la Solidaria» y a la militancia en sí. Esta tesis arrancó antes de presentarme al posgrado.

También a las «chiquilinas» de la Policlínica del Hospital Vilardebó, el trabajo que hacen ellas todos los días hace la diferencia. También a Raúl, quién en su momento nos habilitó a concurrir a la sala 14 o «Espacio Humanizante» y a Andrea quien me brindó pistas para pensar la labor.

Además, agradecer a nuestra querida Facultad de Psicología y a la Universidad de la República, que brindó las condiciones para que una primera generación familiar pueda realizar carrera de grado y posgrado. Es necesario, hoy más que nunca, continuar defendiendo la universidad pública, cuestionadora y gratuita para que siga siendo una vía de expresión popular y democratizadora del conocimiento de su gente. Sobre todo, de los que venimos de abajo.
Si me olvido de alguien, sepan disculparme, las tesis movilizan.

Presentación

Esta investigación se realiza en el marco de la Maestría de Psicología Social de la Facultad de Psicología-Udelar. Surge de varias interrogantes referentes al pasaje del modelo asilar a uno comunitario, en Uruguay, a partir de la experiencia del autor de esta tesis como trabajador de un dispositivo sustitutivo y del haber estado vinculado a la temática por mi militancia social[4].

Desde la dimensión de trabajador de estos dispositivos, me resulta imperioso teorizar sobre el cuidado dentro de la comunidad, ya sea para dar una visibilidad a las «nuevas formas» de empleo donde se contratan profesionales calificados para cargos no específicos hasta pensar en cómo influye esto en la práctica cotidiana. Esto inevitablemente hará que la concepción del cuidado se sitúe en otras áreas y no solo desde una concepción biológica. Ellas pueden variar dada la trayectoria del profesional-técnico y su experiencia (psicólogo, sociólogo, educador social, etc.) haciendo que surjan nuevas concepciones del cuidar.

Por otro lado, estos dispositivos representan en cierto sentido un avance hacia el proceso de reforma, siendo espacios donde se contemplan los derechos humanos (DDHH) de las personas que están en tratamiento psiquiátrico y con problemas de vivienda. Esto implica superar la lógica asilar y pensar en nuevas formas de relacionamiento entre las personas, lo que conlleva un acompañamiento cotidiano que incluye la construcción de un vínculo entre cuidador y residente y entre residentes.

Por otro lado, teniendo en cuenta los años del modelo manicomial en Uruguay (desde el siglo XIX), así como conocer la lógica asilar, resulta necesario indagar en la concepción de cuidado que tienen los trabajadores de estos dispositivos. Para ello, la presente tesis se organiza de la siguiente manera:

En el **primer capítulo** se realiza una división. En la **primera parte** se presenta una *introducción* al contexto histórico de experiencias de DSMA que se fueron desarrollando en

4 En principio, se puede traer la participación en diversas marchas y actividades académicas enfocadas directamente al campo de la SM. También se puede mencionar la conexión con algunos colectivos sociales e instancias institucionales que habilitaron a quien escribe a pensarse por fuera de la academia (estando en ella). Entre algunos de ellos se puede nombrar el MIEEL (Movimiento Instituyente de Esquizoanálisis y Esquizodrama Libertario), el Centro de Estudiantes de Psicología (CEUP), Radio Vilardevoz, Radio En Fuga, el colectivo de Psicología Política Latinoamericana, la casa autogestionada «La Solidaria», el Espacio Puertas Abiertas, el Taller Sala 12 y el mismo manicomio Vilardebó. También decido destacar aquí que actualmente soy trabajador de una Casa de Medio Camino, viéndome atravesado por muchas cuestiones referentes a la producción de este texto. Es así que, estos espacios ofician/ron de rebosadero para quien escribe, habilitando el transitar por otros mundos posibles dentro de la complejidad del conocido.

Europa y Latinoamérica. Se sitúa al lector dentro de las reformas en el campo de la SM y los distintos dispositivos propuestos en pro de las políticas de desinstitucionalización. Se presenta la indagación de experiencias que surgieron tanto en Europa y en parte de Latinoamérica. Se hace foco en algunos de los dispositivos resultantes de estos movimientos y cómo se configuraron. En la **segunda parte** de este capítulo podemos encontrar los *antecedentes* y la *fundamentación,* donde se explica por qué es necesario efectuar la investigación. Para realizarla, se indagó en producciones académicas ligadas al cuidado en SM dentro de Europa y Latinoamérica. Se encontraron autoras feministas que posicionan un cambio del paradigma del modelo del cuidado, corriéndose del ámbito familiar-privado para uno público, entendido como derecho social. Es necesario mencionar que dentro de nuestro país son pocas las creaciones referentes a la encrucijada del cuidado con la SM y más si se lo entiende como un derecho.

En el **segundo capítulo** presentamos las *referencias teóricas* que se utilizan para llevar a cabo la investigación. Las mismas guardan relación con el proceso de institucionalización/desinstitucionalización, dispositivo, cuidados, significaciones sociales y la lógica asilar (estos tópicos resultan necesarios si se plantea una indagación del cuidado para los trabajadores de los dispositivos sustitutos). Se encontrarán autores conocidos como lo son Amarante (2009), Agamben (1998/2006; 2005), Castoriadis (1975/1989), Pichón Rivière (1985/2002; 1995), Foucault (1964/2010; 2008) o Deleuze (1990; 1986) entre otros. También se tomaron en cuenta autores que surgieron de la indagación bibliográfica en antecedentes relacionados al cuidado y SM en otros países, que sirvieron al autor para la confección de las Referencias teóricas. Entre ellos se visualizan Siles (2015), Ferreira de Oliveira (2009), Baroni (2015; 2019), Ribeiro Neto (2021), el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS, 2015), Battyhány (2015), etc.

En el **tercer capítulo** se presenta el diseño metodológico de carácter cualitativo, el cual implicó búsqueda bibliográfica (periódicos, Trabajos Finales de Grado-Posgrado y páginas web, debido a la ausencia de producción académica relacionada con los DSMA), realización de entrevistas y análisis de las mismas. También se encuentra el *problema,* que pretende ubicar al lector en el contexto de esta propuesta, para luego continuar con los *objetivos* y las preguntas que sirvieron como guías de la investigación. Se verán además las implicancias del investigador.

Dentro del **cuarto capítulo** se plantea la *información* obtenida de las herramientas aplicadas y los *resultados* de dicho *análisis.* Aquí se pretende cristalizar y agrupar las categorías de cuidado, vislumbrando si existe un cuidado que tienda a lo psicosocial y se aleje de la lógica

asilar. Se dividirá esta instancia en subapartados, para lograr un mejor entendimiento y ligazón con la teoría (si es necesario).

En el **capítulo quinto** se presentan *consideraciones finales* en torno al tema de investigación; esto implica una sistematización del apartado anterior para una posterior teorización. En conjunto con eso, se realizan *reflexiones* del proceso de la investigación que dejan entrever posibles líneas a continuar.

Capítulo 1

Introducción: Experiencias de Desinstitucionalización y Reformas Psiquiátricas en Europa y Latinoamérica

En Europa existen múltiples experiencias de reformas psiquiátricas; Amarante (2009) las divide en tres grupos. El primero se encuentra comprendido por la Comunidad Terapéutica y la Psicoterapia Institucional; en un segundo ubica a la Psiquiatría de Sector y la Preventiva, siendo el tercero la Antipsiquiatría y Psiquiatría Democrática.

Dentro del primer grupo las propuestas se basan en el fracaso de la gestión hospitalaria, debiéndose introducir cambios para poder mejorar la calidad de atención psiquiátrica (p. 42). Como ejemplo están las comunidades terapéuticas creadas en la década del 50 por Main, Bion y Rickman; Maxwell Jones es quien las exporta a Inglaterra en 1959. Estas proponían la horizontalidad de los roles sociales, aludiendo a una concepción de que las reformas institucionales debían de contener la lucha contra la jerarquización de los roles sociales en la relación terapéutica (Amarante, 2009, p. 44). Por otra parte, la psicoterapia institucional con la referencia de Francis Tosquelles en el hospital de Saint-Alban, Francia, creía que la institución psiquiátrica había perdido los ideales y su capacidad terapéutica debido a las consecuencias de la segunda guerra (p. 45). Fue necesario desarrollar otras herramientas, como lo eran la escucha polifónica (no encerrarse en una sola disciplina), clubes terapéuticos y ateliers, donde todos las personas podían tener una función terapéutica. Así nace la idea de *colectividad terapéutica* (p. 46).

En el segundo grupo se propone la construcción de servicios asistenciales que fortalezcan la calidad de cuidado terapéutico y el acompañamiento del usuario egresado (Amarante, 2009, p. 46). Específicamente en el caso de la Psiquiatría de Sector (Francia), surgida finalizando los años 50 y comenzando los 60, se establece la necesidad de continuidad al tratamiento terapéutico post alta, evitando nuevas internaciones. Para esto se crean Centros de Salud Mental (CSM) divididos en regiones (p. 46). Como ejemplo se ve a Lucien Bonnafé, que subdividió al hospital en distintos sectores según el territorio francés, y, cuando al sujeto se le otorga el alta, cada CSM lo monitorea. Además de presentarse la regionalización como novedad, también se da el acompañamiento terapéutico por un equipo y aparecen otras figuras, además del psiquiatra (p. 47).

La Psiquiatría Preventiva se inició con Gerald Caplan, en EEUU. Amarante (2009) refiere a que el contexto de nacimiento remite a que en 1955 se realizó un censo:

> …que investigó las condiciones de asistencia de todo el país, cuyos resultados cayeron como una bomba sobre el Departamento de Salud Mental, dando visibilidad a las precarias condiciones de asistencia, a la violencia y los maltratos que eran sometidos los pacientes internados en todo el país. (p. 48)

Esa situación fue tan grave que desencadenó en 1963 que el presidente Kennedy realizará una conferencia y una legislación donde convocaba a cambios en la atención en SM, y teniendo como objetivo el reducir las enfermedades mentales, promovió la apertura de centros de SM comunitarios (Desviat, 2020, p. 23). En el libro «Principios de Psiquiatría Preventiva», Caplan pone énfasis en la prevención de las enfermedades mentales. Cabe resaltar que en este modelo se presentó la noción de desinstitucionalización como conjunto de medidas de deshospitalización, acortando el ingreso o la permanencia en los psiquiátricos (Amarante, 2009, p.51).

Pasando al tercer grupo propuesto por Amarante (2009) se encuentran la Antipsiquiatría y la Psiquiatría Democrática. Ellas, a diferencia de los anteriores, son experiencias de quiebre con la psiquiatría tradicional, cuestionando tanto la teoría como la práctica de esta disciplina.

La Antipsiquiatría se inició en 1950 en Inglaterra, teniendo su auge en los años sesenta y cuyos principales exponentes son Robert Laing y David Cooper. Ellos se dieron cuenta que el modelo de Psicoterapia institucional y Comunidad terapéutica, en los hospitales donde trabajaban, carecía de futuro, debido a que las personas consideradas «locas» eran oprimidas en otras instituciones como la familia y la sociedad, por lo cual crearon otra opción (Amarante, 2009, p. 53). Es así que proponen la ausencia de enfermedad mental con base biológica, aunque sí existe una vincular. Esto quiere decir que «el loco» es situado como una figura denunciante de una trama contextual donde la función del terapeuta es acompañar y auxiliar para que la persona logre superar la experiencia situacional. Entonces, debido a que el sujeto debe de vivenciar la experiencia que transita, aparece el síntoma como reorganizador del mundo interior del sujeto (Amarante, 2009, p. 54).

En cuanto a la Psiquiatría Democrática, sobresale como referente Franco Basaglia, quien, en 1978, junto a otras personas, logró impulsar la aprobación de la ley N.º 180 de reforma psiquiátrica. Esta ley se contraponía a lo establecido por la ley francesa de 1838 inspiradora de las leyes psiquiátricas liberales (Grazia, 2008), proponiendo el Hospital Psiquiátrico y la apertura de dispositivos sustitutos y cooperativas de trabajo. Las experiencias más renombradas son la de la ciudad de Gorizia que, entre los años 1961-1970, abandonaron las medidas de restricción

física y crearon una comunidad terapéutica en la ciudad de Trieste (Pasquale, 2009), iniciando una reformulación del sistema de atención en SM (Amarante, 2009).

También se crearon residencias terapéuticas y de integración social. Las primeras son utilizadas para hospedar a personas con «discapacidades relevantes», que no cuentan con una contención social o familiar y que vivieron un largo período en el psiquiátrico. Estas casas son gestionadas por el servicio de salud mediante Operadores, voluntarios y cooperativas sociales.

Las residencias de integración social se encuentran gestionadas por los CSM y son destinadas a personas que poseen dificultades para vivir de forma independiente. Son casas donde los sujetos conviven con Operadores del Servicio de Salud, siendo apoyados en sus intereses y en base a su necesidad de autonomía (Dell-Aqua, s.f., p. 12).

Centrándonos en otra experiencia, en Francia tenemos a la clínica *La Borde*. Según Grebert (2013), los inicios de esta clínica se remiten a Jean Oury, el cual, luego de renunciar a la clínica *Saumery*, propone a los usuarios una nueva forma de tratamiento clínico. Llegan así a un castillo abandonado en Loire et Cher, el cual hacen suyo, iniciando otra rama de psicoterapia institucional (p. 129). Actualmente, en ella existen trabajadores llamados monitores, que son encargados del cuidado, animación y limpieza de la clínica. También se encuentran psiquiatras, pensionistas (usuarios que viven ahí) y pasantes (p.135).

Como estructuras dentro de esta clínica hay una asociación cultural que tiende redes con otras, facilitando así un intercambio dentro y fuera de ese espacio; un comité hospitalario designado por asamblea y encargado de guiar legalmente a la clínica y al club (el club terapéutico es un espacio donde se realizan diversas actividades); un grupo de acogida permanente que ayuda a la articulación entre propuestas de actividades del club y los pensionistas (pp.137-138). Uno de los lineamientos de esta clínica es el de acoger al otro que «es lo mínimo indispensable en los vínculos humanos y se transforma en uno de los componentes clínico-terapéuticos de mayor impacto» (Grebert, 2013, p.139). Según la autora, los mismos sujetos son los que cuentan con la capacidad de mejorar la propuesta. Se propone que todas las personas pertenecen a un colectivo, reflexionando en su vida cotidiana con un otro, desde la heterogeneidad y el encuentro.

Por otra parte, se puede ver experiencias denominadas por Ryan et al. (1982) como «familias sustitutas», las cuales se desarrollaron en Europa desde el 1800, sobre todo en Bélgica, Holanda y Dinamarca. Estas familias alojaban a personas externadas de hospitales psiquiátricos (pp. 11-12). El estilo planteado por el autor hace pensar que estos lugares operaban de forma complementaria al hospital psiquiátrico. Amarante (2009) comenta que en este modelo las familias ricas les pagaban a los lugareños para que acojan a sus allegados,

dándoles trabajo con herramientas agrícolas. Esto llamó la atención de los alienistas[5] de ese entonces, configurándose la idea de colonias psiquiátricas donde las personas, como parte de su tratamiento, realizaban algún «trabajo terapéutico» como sembrar, tareas de mantenimiento, etc. Con el paso del tiempo, según el autor, estas colonias «rápidamente se mostraron iguales a los asilos tradicionales. De una aldea de personas libres, con su propia historia y cultura, nacieron instituciones asilares de recuperación por el trabajo» (2009, p. 42). Es de destacar como en Uruguay este modelo fue tomado, desarrollando lo que hoy se conoce como Villa Ituzaingó en San José. Allí hay familias encargadas del cuidado y administración de los ingresos de personas egresadas de las colonias Etchepare y Santin Carlos Rossi (Acosta, 2009; Bello, 2018). A diferencia del pueblo de Gheel (Ryan et al., 1982), las familias aquí reciben un salario por sus servicios.

Por otro lado, Basaglia (2008) destaca experiencias calificadas como «simulacros» de comunidades terapéuticas en Reino Unido, más precisamente en Cambridge y Escocia. El autor resalta que, si bien la psiquiatría inglesa fue la primera en introducir el aspecto social al manicomio y pensar en una psiquiatría comunitaria, su evolución termina siendo un «reciclaje» de la gestión manicomial (p.101). A pesar de esto, específicamente en Inglaterra podemos encontrar el modelo de las CMC, en donde el principal objetivo es que el sujeto trabaje dentro de la sociedad, teniendo un tiempo de estadía en ellas para luego valerse por sí mismos.

Hewett y Ryan (1975, citado por Ryan et al., 1982) visualizaron que el 80 % de los sujetos hospedados en esas casas se encontraba trabajando. Para los funcionarios el proceso de rehabilitación habría terminado si el sujeto lograba conseguir el trabajo. Por otra parte, estos dispositivos fomentan el relacionamiento interpersonal mediante espacios de discusión (p.11).

Otros autores contemporáneos consideran que Reino Unido posee buenas alternativas al modelo asilar derivadas de la reestructuración de su atención en SM y limitando las internaciones a situaciones específicas (Obuaya et al., 2013). Entre ellas se encuentran las *Crisis Houses,* donde se da alojamiento por un tiempo determinado a sujetos, dependiendo de la evaluación del equipo técnico (MIND, 2018). De estas estructuras se destaca el buen trato, el aporte a la desestigmatización del sujeto, la calidez humana, la existencia de un vínculo que ayude al sujeto y libertades que no hay en la institución asilar (Gilburt et al., 2010; Osborn et al., 2010; Sweeney et al., 2014).

5 Uno de los principales precursores de esta corriente médica psiquiátrica fue Phillipe Pinel, quien proponía el concepto de alienación mental como uno que según Amarante «era considerado como un disturbio en el ámbito de las pasiones, capaz de producir desarmonía en la mente y en la posibilidad objetiva del individuo de percibir la realidad» (2009, p. 31). Para su tratamiento, Pinel propone el aislamiento del mundo exterior del sujeto en el hospital para su observación y tratamiento moral.

Es de resaltar también la propuesta de la reforma que se realizó en Andalucía, España, con un período de 20 años (1991-2011) (Carmona Calvo y del Río Noriega, 2011). Allí se desmantelaron completamente los manicomios, creándose servicios específicos para atender la situación de cada sujeto. En ese tiempo los autores distinguen dos períodos de la reforma a partir de la figura del Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM): la etapa siguiente al Instituto o post IASAM (1991 al 2000) y la etapa de Salud Mental reformada (2001 a 2011).

Por otra parte, en un artículo resultante de una experiencia concreta titulado «*Piso protegido: ¿un medio o un fin en la rehabilitación psicosocial?»*, los autores Camino et al. (2005) teorizan de su experiencia en un dispositivo en España. Plantean el temor a que se reproduzcan las prácticas manicomiales debido, entre otras cosas, a un déficit en la planificación de actividades por parte de los residentes, quienes caen en una sobredependencia a los funcionarios (p. 289). Estos últimos responden con malos tratos o sobreprotección y, debido a la sobreimplicación de la tarea que realizan, reproducen un modelo familiar-dependiente (pp. 284-285). Por otra parte, en Asturias, García Pérez (2013) presenta un estudio llamado *«Viviendas supervisadas para personas con trastorno mental severo en Asturias: ¿ambiente restrictivo o abiertas a la comunidad?»* cuyo objetivo es el de evaluar estas viviendas en funcionamiento e infraestructura usando una batería de escalas, entrevistas y documentos. El autor llega a la conclusión de que, si bien los residentes poseen un nivel de independencia considerable con competencias básicas y sociales, existe el riesgo de repliegue dentro de las viviendas a pesar de que estén insertas en un contexto comunitario favorable. Para evitar esto, destaca la necesidad de crear actividades externas a las casas que tomen en cuenta intereses de los usuarios (p.133); el personal será un nexo para esos proyectos[6]. Yendo al funcionamiento, se resalta la libertad para salir en el día pero existen restricciones en tanto el manejo del dinero, toma de medicación, uso de servicios asistenciales (p.130).

Situándonos ahora en nuestro continente, cabe resaltar que no fue ajeno a las reformas que se gestaron en las décadas de 1950, 1960 y 1970 en Europa, sumándose además los futuros tratados y consensos que confirmaron el cambio de paradigma del modelo para la atención en SM (Caracas, 1990; Brasilia, 2005; Panamá, 2010, entre otros).

Dentro de las indagaciones realizadas, Herrera-López et al. (2018) hablan de la existencia, en Perú, de un registro de experiencias de Hogares Protegidos (HP). Tal es el ejemplo de la

6 Acerca de este trabajo, se conontró una relación interesante con la investigación de Ribeiro Neto (2021) titulada «*convivendo com residencias terapeuticas»* que se verá más adelante en esta parte. Como adelanto la misma trata la percepción de los vecinos de Residencias Terapéuticas en Brasil y de la necesidad de una articulación del afecto y el espacio comunitario.

región de Iquitos[7] que surge de la promulgada ley en 2012 N.º 29.889, que impulsa un cambio de modelo en la atención en SM. Los HP forman parte la red de atención y soluciones habitacionales para personas internadas hace años en este país. A pesar de lo dicho en la ley, hasta el año 2015 en esta región no existía un centro de SM comunitario, no se atendía a usuarios en crisis psicológica, existiendo únicamente dos psiquiatras cada 200.000 habitantes. Esto llevó a que en esa región se crearán cuatro HP como proceso de desinstitucionalización del manicomio local (Centro de Rehabilitación de Enfermos Mentales de Iquitos) planteándose como alternativas de vivienda y soporte comunitario de personas que estaban recluidas. Los resultados expresan que estos hogares mejoran el vínculo entre los residentes, la autonomía y calidad de vida lo que favorece a una posible estabilidad clínica. Es necesario resaltar que los autores visualizaron resistencias por parte de algunos cuidadores al no dejar salir solos a los residentes, esto los animó a hipotetizar que se puede deber a que estas acciones devienen de la herencia resultante del viejo modelo manicomial, arrastrado por algunos trabajadores (Herrera-López et al., 2018).

Dentro de Chile, podemos ver que el proceso de desinstitucionalización nombrado por Minoletti et al. (2009) comenzó por los años 90 con su PNSM en 1993 y su reformulación en los años 2000[8], siendo apoyado técnicamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y bajo los lineamientos de la declaración de Caracas (Minoletti et al, 2009). En su actualización, se destaca que la internación es un último recurso, priorizando otras opciones comunitarias. Según los autores, los registros del año 2009 marcan el descenso de camas en los hospitales, reduciendo considerablemente las camas de larga estadía. Esto en parte se puede deber a la ampliación de servicios como los mencionados HP o centros diurnos. Como ejemplo de estos hogares, encontramos una investigación realizada por Tapia et al. (2014) en las regiones de Maule y Bio- bio o por Chuaqui (2015) en Valparaíso.

Para Chuaqui (2015), con el PNSM chileno del 2000 la psiquiatría comunitaria se propone como alternativa al encierro, trayendo consigo la creación de dispositivos como los HP y la

7 Cabe resaltar que, si bien esa experiencia fue la que se encontró dentro de la indagación, Castejón y González (2018) mencionan que en Perú existieron programas aislados que nunca fueron política de estado en los años 80. Esto debido a una multiplicidad de factores que llevaron a que la SM no sea prioridad en ese país (conflictos armados, desaparición de la izquierda como opción política, inflación y poco presupuesto para la SM entre otros) (p. 4). Un sinónimo de esto fue que recién en el año 2006 se crea un PNSM, aprobándose en el año 2012 la ley 29.889 que modifica el artículo N.° 11 de la ley Gral. de Sanidad 26.842. En el año 2015 se destina la primera partida presupuestal en conjunto con la reglamentación N.º 33/2015. Para el año 2017, se abren 32 Centros de Salud Mental Comunitarios (con la norma de reglamentación en el mismo año), 6 HP y dos hospitales de día (p. 5).

8 Los mismos autores destacan igualmente que existen desafíos que no son mencionados en el plan del 2000, como la creación de más normativa que garantice la regulación de los procesos de atención, un organismo que defienda y garantice los derechos de los usuarios, la actualización del proyecto de SM o mayor presupuesto para esta área.

puesta en marcha de un modelo que contempla la integración social. Sin embargo, para este autor la realidad no se condice con lo imaginado, ya que existe en los HP un grado menor de institucionalización psiquiátrica, contribuyendo a la falta de empoderamiento y perjudicando la inclusión social del usuario. Como ejemplo se ve en una escala[9] aplicada a residentes de HP que mostró la postura rígida-autoritaria de los cuidadores. Esto se visibiliza en los residentes cuando mencionan que los cuidadores no cambian de opinión en un 51 % aunque se le dé razones válidas ante determinadas situaciones. Otro ejemplo es la asunción del rol pasivo de enfermo (para el autor lo representa la ausencia de planes a futuro, con una cifra de 88 %).

En el caso de Argentina, Carpintero y Vainer (2018) destacan la especial influencia de la Psiquiatría Comunitaria de EEUU, de Comunidades Terapéuticas y la creación del Servicio Nacional de Salud Mental en Inglaterra (creado en 1944), en tanto modelos que influyeron en la creación del Instituto Nacional de Salud Mental de Argentina. Surgen también distintas figuras de la psiquiatría en este país que, influenciadas por estos movimientos y con una visión más abierta de su disciplina, cuestionaron el modelo de Hospital Psiquiátrico como tal proponiendo su reforma. Estos son llamados por los autores como reformistas, entre ellos se encontraban Pichón Rivière, Mauricio Goldemberg y Jorge García Badaracco. En este contexto y sumado al apoyo de organismos internacionales como la OMS y Organización Panamericana de la Salud (OPS) es que se crea, en 1957, el Instituto Nacional de Salud Mental Argentino y, diez años después, el PNSM. El objetivo de este último podría resumirse en: prevenir, promover investigación y brindar asistencia en este campo (Carpintero y Vainer, 2018, p. 79).

Cabe mencionar que, si bien los autores destacan que en esa época las experiencias de las prácticas en SM fueron siempre pilotos debido a la modificación parcial del modelo asilar, se han encontrado algunas experiencias interesantes en la actualidad. A nivel provincial se destaca el ejemplo de Santa Fe, tomando las residencias compartidas como dispositivos sustitutos al modelo asilar. En ellas se prioriza la restitución y/o conservación de los lazos sociales pretendiendo restringir lo menos posible la libertad del sujeto (Aranda, 2016).

Por otro lado, en Córdoba, existe una casa de convivencia (Serafín et al., 2018) que surge en el 2012 (antes de la aprobación de la ley) debido a la necesidad de superar el estigma que se presenta a la hora de integrar pensiones o residencias. Tiene como objetivo el revinculamiento con los familiares y brindar apoyo social para desarrollar su autonomía. Brinda a los residentes la posibilidad volver tener lazos sociales, hábitos y capacidades que quedan olvidados con la institucionalización.

9 Encuesta de evaluación de necesidades para residentes de hogares protegidos.

Además, se encontró otra experiencia de residencia en Paraná, Entre Ríos, resultado de la creación de un «andamiaje alternativo a la lógica manicomial» (Benedetti et al., 2019, p. 83). Este sitio busca trabajar la convivencia y el ejercicio de la autonomía cotidiana, teniendo como meta la eliminación de las marcas de la institucionalización. Esto se realiza mediante distintas actividades de acompañamiento y apoyo a los sujetos que transitan la externación, tales como la resolución de horarios, comidas, higiene, orden de los espacios, etc. (Benedetti et al., 2019).

Entrando en el marco jurídico, si bien autores como De Lellis y Sosa (s.f.) plantean que existen provincias que ya contaban con normativa en SM relacionadas a la desmanicomialización[10], es necesario resaltar el hito histórico de este país con la aprobación de la Ley N.º 26.657 en el 2010, donde se prohíbe, a nivel nacional, la creación de manicomios, restringiendo la internación en ellos y promoviendo dispositivos sustitutos a ese modelo que hagan foco en los DDHH (OPS-OMS, 2010).

En el caso de Brasil, su reforma nace en la década de 1970 impulsada por el Movimiento de Trabajadores de la SM y, a partir de la década de 1980, comienza el Movimiento de Lucha Antimanicomial que agrupó a trabajadores, usuarios y familiares[11] (Amarante et al. s.f.; Dimenstein, 2013). A partir de las luchas realizadas por este movimiento se logra un conjunto de reinvenciones en el campo de la SM, del sistema asistencial, el político y el modo en que la sociedad entiende e interpreta a la locura. Proponiendo un modelo que contemple los DDHH de los sujetos, presentaron alternativas al encierro que respeten a la persona y no vulneren sus derechos (Amarante et al., s.f.).

Es así que el país norteño es un ejemplo en cuanto al reemplazo de los hospitales psiquiátricos por redes de atención comunitaria (Ley N.º 10.216/2001); las cuales contemplan a los sujetos, su familia, cultura y la participación en planes de salud, llevando adelante el programa *Volta a casa* (Ley 10.708), Centros de Atención Psicosocial (CAPs) y asistencia a familias de usuarios del servicio en Salud Mental (Amarante, 2009). Es de destacar también las ordenanzas N.º 3090 y 106 que dan sustento legislativo a los servicios de Residencias Terapéuticas (RT), especificando desde la población que atienden las RT y las condiciones necesarias para el tratamiento.

Las RT son residencias para personas con largo período de internación cuyos lazos sociales fueron cortados por este trayecto. Buscan recobrar esos lazos volviendo al sujeto a la

10 Ejemplos traídos por los autores son las provincias de Chubut (N.º 384, año 2009), Río Negro (N.º 2440, año 1991) y Santa Fe (N.º 10772, en el año 1992).

11 Movimiento que, según Amarante (s.f.), tiene en su origen la influencia de corrientes europeas de Psicoterapia Institucional (Francia) y la Comunidad terapéutica Inglesa. Planteando necesidad de salida de un modelo hospitalocéntrico, unidisciplinar y uniprofesional, denunciaba las paupérrimas condiciones de los sujetos y las estructuras asilares (Amarante et al., s.f.).

comunidad y fomentando espacios para que logre desarrollarse como sujeto y «morador na RT» y no como paciente psiquiátrico (Ribeiro Neto, 2021).

Aterrizando en Uruguay, se puede ver que en 1986 nace el PNSM a partir de la influencia del informe de Pierre Chanoit [12] y del movimiento democrático en SM en que se articularon diversos actores como lo son los familiares[13], trabajadores, profesionales e instituciones (Ginés et al, 2005). Cabe resaltar que este movimiento e inclusive el mismo PSNM son anteriores a propuestas de la OPS y OMS como lo son la Declaración de Caracas en 1990 y el consenso de Brasilia en 2005 (Baroni, 2019). En el PNSM se propone una reestructuración de la atención en SM, desalentando la internación de las personas pero dejando el hospital psiquiátrico como última opción de tratamiento. Se sostiene la creación de servicios enfocados en la promoción y prevención; centros de intervenciones cortas e internaciones en hospitales generales, siendo el manicomio el último nivel de atención (PNSM, 1986).

Por otro lado, si bien se mencionó que no hubo cambios profundos en las condiciones y la atención en SM[14], cabe resaltar que para el año 1996 se crearon en todo Uruguay 34 equipos de salud comunitaria, 23 de ellos fuera de la capital (p. 4). Del mismo modo, nacieron centros de rehabilitación que ofrecen propuestas similares (plástica, música, expresión corporal, organización de la vida cotidiana, etc.). Siendo consideradas por usuarios y técnicos como espacios para pasar «mantenerse ocupados», las autoras proponen que «Estos centros no tienen una propuesta progresiva que finalice con la recuperación de las personas de funciones socialmente valoradas» (Bentura y Mitijavila, s.f., p. 7). Cabe resaltar que, para ese mismo año, se da el cierre del hospital Musto[15] y la transformación del hospital Vilardebó a «hospital de

12 En el año 1966, Pierre Chanoit, a pedido de la OMS e invitado por el MSP, presenta un informe denunciando las pésimas condiciones que imposibilitan la terapéutica así como la carencia en el presupuesto y la falta de intervención del estado ante esta situación (Ginés et al., 2002, p. 130). Se pudo encontrar otro registro previo a este informe que data de 1930, donde el Dr. Antonio Sicco las menciona junto al carácter inapropiado para la terapéutica que resulta la estructura del Hospital Psiquiátrico: «El manicomio sigue padeciendo del pecado original de su construcción: Fue concebido como un 'depósito de locos'; dormitorios inmensos, patios enrejados como grandes jaulas, pesadas puertas de hierro, cuadros de celdas labriegas, húmedas y frías» (Sicco, 1930, p. 14). Cabe resaltar que en la ponencia realizada en ese año, Sicco propone una idea de reformulación del modelo de atención.

13 Entre 1983 y 1984 se crea uno de los primeros grupos organizados de familiares y amigos de personas con trastornos mentales severos del Uruguay, *La Esperanza* (funcionando hasta la actualidad). Además surgen experiencias integrales de rehabilitación psicosocial como lo son el *Centro Psicosocial Sur Palermo* o autogestivas, como lo es el *Laboratorio Uruguayo de Rehabilitación, CIPRÉS* (Baroni, 2019, p. 40).

14 No esta demás destacar el informe que se presentó en el año *1995 Mental Disability Rights International* del Washington College of Law, destacando que, si bien Uruguay posee un PNSM, las condiciones de las instituciones a cargo del cuidado de los sujetos internados son inhumanas y dificultan el tratamiento. Se cuenta además con una escasez de soluciones alternativas, de personal y tratamiento para usuarios.

15 Baroni (2019) establece que este cierre se da en el año 1996 como producto de las políticas neoliberales de Lacalle Herrera (1990) donde se recortaron diversos sectores públicos-estatales. Estos

agudos» (atender las crisis situacionales con internaciones breves). Visto el cierre del Musto y debido a la falta de políticas de rehabilitación e inclusión social, sumado a la carencia presupuestal del sector, es que se da el fenómeno denominado como «desmanicomialización forzada»[16]y relacionado con el fenómeno de «puerta giratoria»[17] (Baroni, 2019).

Por otra parte, a partir del año 2006, con la asunción del Frente Amplio como gobierno, se da la reestructuración del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), así como también la creación del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y la Institución Nacional de Derechos Humanos (INDDHH) en 2012. Esto comienza a ampliar el panorama para la participación y planteamiento de políticas públicas que atiendan a esa población (Baroni, 2019). Gracias a los movimientos sociales[18], se retoma la discusión en torno a las condiciones y garantías de la atención en SM, lo que deriva en la presentación y aprobación de la nueva Ley N.° 19.529[19] que sustituye a la Ley de protección al psicópata de 1936. Sin embargo, a pesar de que nuestro país cuenta con un PNSM (actualizado en 1995, 2005, 2019), de poseer una ley aprobada en

recortes influyeron directamente en esa institución, generando (entre otras cosas) malas condiciones para los usuarios y trabajadores desencadenando, por ejemplo, motines que complejizaron la situación (p. 42).

16 De León y Juan Fernández (1996 citando en Baroni, 2019) son los que usan este término para darle nombre a la externación de personas del manicomio pero sin alternativas claras por parte del estado. Éste último no le brinda sostén por fuera de la institución asilar, de ahí proviene el carácter de forzado del término (p. 60).

17 Este fenómeno deviene cuando la persona no posee una red de apoyo por fuera de la institución manicomial, el hospital pasa a ubicarse en un rol central para la vida del sujeto. Sumándose a esto, la carencia de políticas públicas y presupuestales destinadas a alternativas (que combatan el estigma) hace que el individuo caiga en el circuito internaciones, refugios y calle (Baroni, 2019, p. 60). Otros autores destacan además que consiste en un reingreso al manicomio de la persona por una dificultad para sustentar la externación desde la institución. Se ve una falta de componentes (trabajo, vivienda, salud, educación, seguridad social) necesarios para la materialización de condiciones de existencia del sujeto que ayudan al sostén comunitario y la trayectoria singular de la vida de la persona (Batalla et al., 2019, p. 89).

18Es de destacar aquí el aporte de colectivos de diversas áreas (académicas, sociales y de DDHH) que propiciaron instancias de intercambio, debate y movilizaciones para visibilizar las condiciones y carencias de nuestra SM así como la necesidad de modos alternativos a los tradicionalmente propuestos como forma de tratamiento, atención y prevención en este campo. Algunos de los colectivos más reconocidos son *Radio Vilardevoz* y *Bibliobarrio* (Baroni, 2019). Es la organización de estos colectivos lo que llevará en el año 2012 a la fundación de la Asamblea Instituyente por Desmanicomialización, Salud Mental y Vida Digna (AIDSMVD) (Baroni, 2015; 2019), la cual presentará, previo a la aprobación de la actual ley 19.529, otro anteproyecto que resulta no tomado en cuenta (AIDSMVD, 2017; Baroni, 2019).De estos colectivos también resulta la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental en Clave de Derechos Humanos (CNLSMCDH)

19Cabe resaltar que a esta ley también se le realizaron puntualizaciones, pero se celebró su aprobación ya que la anterior databa del año 1936 (La ley de protección del Psicópata o N.º 9.581). Algunas de ellas surgen desde la AISMVD (UNI radio, 2016) donde se señala que desconoce los aportes de los movimientos sociales, estigmatiza (continúa con la definición de trastorno mental) y no destina presupuesto para la creación de los dispositivos alternativos. Por otra parte, la CNLSMCDH (2017, citado en Baroni 2019) habla de que además de estigmatizar usando el término trastorno mental, también reduce a la persona al ámbito médico y su decisión, sin proponer medidas para garantizar la protección o conocimiento de los derechos de los sujetos con padecimiento. Sumado a que el organismo de contralor carece de autonomía, eludiendo los principios de París (1993) (p. 229).

2017 y encontrándose en un momento de «acompasamiento normativo» (Beltrán et al., 2021)[20], no se lograron realizar cambios profundos en las condiciones de la SM debido a la falta de presupuesto (Baroni, 2019). Sumando a esto, Romano (2018) habla de que debido a la coexistencia de tres modelos de Salud en nuestro país (el hospitalocéntrico, el asilar y el comunitario)[21], se da una mala distribución de los recursos[22]. Entonces cabe resaltar que por la reciente de la efectivización de las políticas de desinstitucionalización en Uruguay son pocas las producciones académicas que se relacionen con dispositivos sustitutos al modelo asilar. Se destaca la tesis titulada *«Habitares colectivos para la inclusión social, Vínculos y producción de subjetividad en centros residenciales de cuidados»* de Verónica Blanco (2015). Este trabajo indaga sobre las formas en que los residentes enuncian su habitar en un Centro de Recuperación que tiene como objetivo la inclusión social. La población adulta investigada es considerada como una en situación de vulnerabilidad social, por lo que la autora menciona que se une el objetivo del cuidado con el de inclusión social. La autora nombra la existencia de un programa compuesto por tres Casas Asistidas (CA) inaugurado a mediados del año 2007 llamado *Tarará Prado* a cargo del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Estas son casas de alojamiento transitorio para personas con trastornos mentales severos egresadas del Hospital Vilardebó (Blanco, 2015).

Se puede ver en la tesis de grado de Valentina Cruzet (2023) nombrada como *Experiencia de desinstitucionalización en Uruguay: Casa Buceo (ASSE)* la existencia de una CMC en el

20 Los autores citan a Garita (2015, como se citó en Beltrán et al., 2021) para explicar este proceso en donde «las barreras entre los sistemas jurídicos tienden a desaparecer y los sistemas jurídicos van incorporando normas comunes o similares. Es un proceso que se da en distintos niveles, en diferentes campos del derecho y regidos por distintas pautas y principios» (p. 5). Para los autores este proceso se da no solo por el momento particular de la aprobación de la Ley, sino que también por el contexto regional normativo que se está viviendo de reforma.

21Acerca de esto, se encuentra una similitud con lo que Dimenstein (2013) plantea de Brasil, donde se da una coexistencia explícita de dos paradigmas de atención: uno centrado en el manicomio y otro de carácter psicosocial. Esto deriva en un proceso que no logra superar las fronteras sanitarias y donde prima la redistribución de recursos en conjunto con un mayor gasto presupuestal. Además plantea que es necesario estimular el contralor social por parte de las familias y usuarios de este sistema (p. 42).

22 En el diagnóstico de situación presentado en 2018, se da cuenta de que solo el 30 % de los RRHH especializados en SM se encuentran trabajado en territorio, el resto está en instituciones hospitalarias (p. 7). Sumado a esto «La organización administrativa y de la gestión, no permite identificar la asignación de recursos para funcionamiento de los dispositivos de SM en territorio» (Romano, 2018, p. 4). Esto quiere decir que, al estar los dispositivos de SM de corte territorial bajo la órbita de Unidades Ejecutoras (UE) y no en ASSE mismo, resulta complejo definir la relación, mecanismos de articulación o asignación de recursos por una política de SM que sea orientativa y clara. Para la autora lo único claro parece ser la dirección técnica (Salud Mental y Poblaciones Vulnerables) pero no se encarga de la administración o asignación de recursos (p. 2). Se agrega a esa complejidad que solamente se visualizan como dispositivos especializados en SM al hospital Vilardebó, CEREMOS y Portal Amarillo (Romano, 2018). Todas estas situaciones develan una necesidad de conocer el estado de situación real por parte de ASSE, destinar y/o re ubicar recursos de esa índole a la SM comunitaria enfocándose en el territorio y a estrategias centralizadas en el cambio de modelo.

barrio del Buceo (Cruzet, 2023, Greif 2020). Este dispositivo inaugurado en el año 2019 cuenta con una capacidad para 17 personas y, según la autora, es producto de la implementación de la ley N° 19.529, siendo que los usuarios provienen del Hospital Vilardebó y CE.RE.M.O.S (Centro de Rehabilitación Médico Ocupacional Sicococial- Ex colonias Bernardo Etchepare y Santin Carlos Rossi).

Por otra parte, se encontró en la tesis de posgrado de Mariel Palacios (2019) titulada *Dispositivos de abordaje familiar en el campo de la Salud Mental: estudio exploratorio en el Centro Psicosocial Sur Palermo* y en la web (Centro Psicosocial Sur Palermo, s.f.) la existencia del programa de viviendas asistidas del Centro Psicosocial Sur Palermo. El mismo consta de tres viviendas que son supervisadas siendo las familias que aportan una cuota mensual al centro. En estas viviendas según la autora: «busca que el funcionamiento cotidiano (...) no tienda a la institucionalización: los usuarios pueden recibir visitas, salir, no hay controles de entrada ni salida. Una vez por semana se trabaja grupalmente para tratar los problemas de convivencia» (Palacios, 2019, p. 79).

Continuando, se puede ver en la tesis de grado de Kathy Luque (2021) titulada *Las prácticas pedagógicas en un centro casa de medio camino, entre lo médico y lo judicial. El trébol, un estudio de caso* la existencia de la Residencia «El Trébol» y en la web (Presidencia, 2014, 2019) la existencia de la Residencia «El Trébol». Este dispositivo es apoyado por el Patronato del Psicópata (CHPP) e integra un programa para usuarios judiciales. La Residencia *El Trébol* forma parte de una red de dispositivos interconectados donde, por un lado se encuentra dentro del Hospital Vilardebó el Taller Sala 12, enfocado en la externación de usuarios judiciales para esa residencia. Por otra parte, se visualiza la Cooperativa Social DODICI que representa la opción de reinserción laboral para usuarios egresados del Trébol; esta cooperativa se cristaliza bajo un formato de lavadero industrial manejada enteramente por residentes y ex residentes. A su vez se encuentran los apartamentos supervisados para egresados del Trébol que manejan un grado mayor de autonomía, pasando a tener un acompañamiento semanal. Por último, se encuentra la Cooperativa de Vivienda, Reciclaje y Ayuda Mutua HAMABI[23], destinada a la construcción de quince viviendas permanentes y dignas para sus integrantes, en su mayoría usuarios en SM (Tabeira et al., 2021).

Finalizando esta parte, la profundización en periódicos, páginas web u otros medios que escapan a la producción científica arrojó la existencia dentro de Montevideo una casa y un piso asistido del programa Arrayán (Salud Mental sin Prejuicios, 2017) y dispositivos que están a

23 En el año 2023 se hizo entrega a HAMABI de las llaves del predio por parte de la Intendencia de Montevideo. Actualmente se encuentran esperando el préstamo y en la etapa pre obra (acondicionando el local) (IMM, 2023).

cargo del MIDES (Ministerio de Desarrollo Social -MIDES, s.f.)[24]. Uno de ellos actualmente pertenece al colectivo de Radio Vilardevoz, donde sus integrantes llevan adelante una casa y un centro cultural-barrial (Pérez, 2023). Por otro lado, en Maldonado existe una residencia en San Carlos a cargo de ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado, 2016; ASSE, 2017; Muñoz, 2020).

Antecedentes del Cuidado en SM

Así como se indagó en experiencias de desinstitucionalización, resulta pertinente pensar en investigaciones que guarden relación también con el cuidado en el cambio de modelo dentro de Iberoamérica. El mismo, como ya se dijo, plantea la sustitución del modelo manicomial por uno comunitario, cierre de los hospitales monovalentes y colonias psiquiátricas.

Primeramente se destaca la investigación realizada por Nunes et al. (2008) titulada *A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahía, Brasil*, la cual ha examinado las nociones del cuidado en ese campo que poseen los trabajadores dentro de un CAP, encontrando tres concepciones del cuidado: el «modelo biomédico humanizado», el «modelo psicosocial con énfasis en la institución» y el «modelo psicosocial con énfasis en el territorio».

Por otro lado tenemos a Siles (2015), que en su artículo *Historia de los cuidados en Salud Mental* nos ayuda a comprender cómo se gesta el concepto de SM y la dependencia que tiene con el conocimiento hegemónico (paradigma) de una época concreta, al cual denomina como Unidad Funcional. En base a él, se crean estructuras de tratamiento (asilos, iglesias, etc.) así como elementos encargados del mismo (enfermeros, curas, etc.). El autor plantea el desarrollo del cuidado en SM por parte de la enfermería en distintos momentos históricos (teológico, racional tecnológico, hermenéutico y sociocrítico) y afirma que la custodia y el control represivo son propios de regímenes autocráticos o de democracias con poco avance en políticas sociales y educativas; mientras que «el cuidado de los enfermos mentales se desarrolla en ambientes democráticos avanzados social y educativamente» (p. 10).

Desde otro lugar, Merhy y Franco (2011) muestran en su investigación *El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado* la implicación subjetiva del cuidado, tomando conceptos como *mapa* y *rizoma* de Deleuze y Guattari (1988, como se citó en Merhy y Franco, 2011) para

24 Según el MIDES (s.f.) existe también la cantidad de tres centros diurnos, cuatro casas de medio camino, tres viviendas con apoyo, 200 cupos para hogares protegidos que son manejados por sociedades civiles y tres centros nocturnos especializados en uso problemático de drogas (UPD) y en SM.

pensar el desarrollo de las relaciones entre las personas, su contexto y la articulación con el deseo como productor de realidad. Los autores de la investigación mencionan la existencia de un despliegue de intensidades donde el trabajador y los usuarios son afectados por el deseo y su producción, adscribiendo a diversos territorios existenciales que hacen jugar distintos grados de intensidad (p. 18). Denominan «trabajo vivo en acto» como forma de contemplar al trabajador y el sujeto de cuidado (ambos en un contexto de implicancias). El trabajo del cuidar va a ser singular para cada trabajador dentro de su territorio existencial (noción desplegada también por Deleuze y Guattari en 1988, como se citó en Merhy y Franco, 2011), al igual que su experiencia en lo cotidiano dentro del sistema de salud (p. 13). El cuidar, para estos autores, es un despliegue de intensidades de las personas en su contexto que cambian constantemente, modificando los territorios existenciales de los sujetos deseantes.

Por otro lado, en el artículo de Carmen De la Cuesta (2007) titulado «El cuidado del otro: Desafíos y posibilidades. *Investigación y Educación en Enfermería»* se puede apreciar lo planteado por Twigg (1989 citado por De la Cuesta, 2007) de la existencia de modelos del cuidado en donde el énfasis cae en la relación profesional - cuidador informal (familiares generalmente), siendo estos últimos instruidos por los primeros (sin importar la ausencia de conocimientos previos del cuidar). Este autor diferencia tres modelos: El cuidador como recurso, el cuidador como co-trabajador y el cuidador como cliente. Por otra parte, en ese mismo artículo se encuentra que Chesla (1991, como se citó en De la Cuesta Benjumea, 2007) observa las relaciones entre los cuidadores informales (padres de hijos con enfermedad mental) y la persona a cuidar, clasificándose el cuidado también en tres modalidades: implicado, conflictivo y gestionado.

De la mano con lo anterior, otros autores (De la Cuesta Benjumea, 2007; CELS, 2015; Larbán, 2010) definen al cuidado como un conjunto de prácticas con un profundo acercamiento subjetivo entre personas basado en un vínculo que escapa a estandarizaciones hegemónicas del saber. Esto implica que las prácticas derivadas del cuidado son significativamente personales, habilitando a un relacionamiento importante entre los sujetos. Por otro lado, existen autores que plantean el cuidar en los dispositivos sustitutos al manicomio como un acto de acompañamiento dentro del día a día del sujeto. Es una constante práctica personal donde el vínculo, la confianza y el convivir cercanamente en lo cotidiano con los usuarios es algo necesario en su labor (Borges y Miranda, 2018; CELS, 2015; Honorato y Pinheiro, 2008; Tapia et al., 2014; Sprioli y Silva Costa, 2011).

Siguiendo con lo anterior, resulta imprescindible traer los aportes de Estefanía Sarmiento (2018) en su tesina de grado *Dispositivos alternativos en Salud mental: el proceso de*

desmanicomialización en clave santafesina, donde menciona que parte de la labor de los cuidadores en estos dispositivos implica la re-significación o construcción identitaria de los usuarios, el reconstruir lazos que los contengan y ocupando los trabajadores un rol central en esos procesos. En cuanto a la construcción identitaria, la autora menciona que las personas que estuvieron internadas prolongadamente en una institución monovalente están sujetas a la adquisición de conductas propias de esa internación. Al momento del egreso y el tomar contacto con los dispositivos «la subjetividad de estos usuarios puede estar regida por este tipo de conductas» (Sarmiento, 2018, p. 49). Entonces, la autora entiende a la construcción identitaria o re-significación como una idea que:

> …desplaza a los usuarios hacia un estatuto diferente al del 'paciente', 'el usuario', 'el loco', y que el tránsito por ambos dispositivos tiene como fin- o en algunos casos habilita para- configurar su identidad alrededor de perfiles como ser 'vecino', 'el trabajador', 'la jubilada', 'el amigo', 'la alumna que corre a una clase (p. 49).

Entonces plantea que este proceso actúa como potenciador de «nuevas configuraciones, permitiendo la emergencia de nuevas formas de ser y estar en el mundo para los usuarios.» (Sarmiento, 2018).

Es de destacar que esta construcción de identidad va de la mano con la construcción de relaciones sociales o redes, siendo el trabajador quien tomará un rol central como acompañante y articulador social (Sarmiento, 2018).

Por otra parte, en la investigación titulada Internados en casa: Del manicomio a la «institución doméstica total Elisa Alegre-Agis (2017) indaga la relación de cuidado que existe entre personas diagnosticadas con Trastorno mental grave y sus familiares en el ámbito doméstico-familiar. En esta investigación la autora devela la existencia de (re)producción de lógicas asilares. El cuidado se trata aquí de una práctica de control y vigilancia que busca volver a normalizar al sujeto enclaustrando las conductas únicamente al diagnóstico (Alegre-Agis, 2017) y con miedo de evitar nuevas crisis. En contrapartida, dentro de los DSMA, como es el caso de la investigación propuesta por Palacios (2019), la familia genera dos tipos de reacciones «cuando está la tendencia a la sobreprotección y por otro cuando la familia se desliga ante esta solución de la vivienda» (p. 80).

Cabe resaltar que para Ribeiro Neto (2021) la cuestión del control resulta distinta. En su investigación titulada *Convivendo com residencias terapeuticas* menciona que, si bien existe en esas estructuras un componente de control, no funcionan como el hospital psiquiátrico, debido a que son hogares donde existen cuidadores que se enfocan a la reinserción social. En este

estudio, los autores establecen que el modelo de reforma brasilero aproxima la locura a la comunidad y no la encierra en el Hospital Psiquiátrico. Esto hace que el cuidado cambie de modelo, siendo uno comunitario y dejando de lado la vieja forma asilar. Es así que se estudia la interacción existente entre vecinos de un conjunto de RTs y las concepciones que tienen de las mismas. Como resultado se plantea que la reinserción social de los sujetos con largos períodos de internación trae aparejadas nuevas complejidades a la hora de pensar la integración social. Estas se despliegan en los órdenes del relacionamiento con la comunidad, representaciones sociales y procesos de constitución identitaria intergrupales.

A grosso modo, plantean que si bien se da un proceso de reconocimiento social de los moradores no es posible que accedan completamente al espacio público debido a la dicotomía «ellos-nosotros» implantada por los habitantes del barrio. Como ejemplo se muestra que, si bien los moradores van a la panadería, solo interactúan afectivamente en ese lugar. Esto puede estar relacionado con la carga negativa que un grupo identitario (vecinos) posee del otro (moradores), asociada en parte a la búsqueda de preservación de una identidad social positiva grupal y el estigma asociado a la locura. Ribeiro Neto (2021) ven la necesidad de que los moradores busquen espacios para poder interaccionar con los vecinos y que ambos grupos desarrollen lazos afectivos y sociales que permitan la integración. Como dato positivo se destaca que, si bien algunos entrevistados asocian la RT a un anexo del Hospital Psiquiátrico, la mayoría las relacionan a una casa de recuperación del adulto.

Enfocándonos directamente en la labor de los trabajadores de las RT brasileras, Honorato y Pinheiro (2008) en su artículo *O Trabalho do Profissional de Saúde Mental em um Processo de Desinstitucionalização* destacan que el trabajador de las Residencias Terapéuticas brasileras debe de estar comprometido con la reforma psiquiátrica, siendo un trabajo constante con el usuario y la comunidad. Esto implica desde negociaciones de horarios hasta pensar en conjunto situaciones de convivencia. Los autores visibilizaron que parte del trabajo con los residentes implica el uso del dinero, así como estimular y trabajar relaciones interpersonales en la convivencia de los residentes. También fomentar elementos y hábitos del proceso civilizatorio (uso de los cubiertos en la mesa, usar el baño correctamente para actividades fisiológicas, el cuidado de los hábitos higiénicos, etc.) en conjunto con hacerse responsable de esos espacios de convivencia.

Acerca de estos trabajadores se puede agregar que Borges y Miranda (2018) realizan una investigación donde se muestra el rol del cuidador de las RT así como las consecuencias de trabajar en ellas, siendo los encargados de acompañar en lo cotidiano a los moradores ante cualquier situación y vinculándose con ellos. Los autores dividen en dos categorías la

experiencia del acompañar: vivencias de placer y vivencias de sufrimiento; son el resultado de la mezcla de sentimientos que su trabajo les genera. Destacan que, en situaciones de displicencias, los trabajadores nuevos se sienten perdidos y con miedo al inicio del trabajo; esto mejora con el intercambio de los pares antiguos. Otros factores de sufrimiento son la falta de reconocimiento a su labor, poca remuneración salarial, sobrecarga de trabajo y la falta de atención a sus reclamos. También es necesario resaltar que la disposición afectiva por parte de los cuidadores es otro factor clave para establecer un lazo empático que habilite a promover la autonomía.

Por otro lado, de Argentina se trae a Víctor Moreira (2018) y su artículo *Intervenciones en Acompañamiento terapéutico con residentes de Casas de medio camino. Puntualizaciones de una investigación,* donde se destaca el rol de la figura del acompañante terapéutico en estas casas. Los autores especifican que, al tratarse de personas que transcurrieron largos años de internación, la tarea del AT se centra en recuperar habilidades de autovalimiento cotidiano, restituyendo y restaurando coordenadas de espacio y tiempo que fueron alteradas por alinearse al tiempo muerto de la institución total. Implica reordenar la subjetividad en tanto posibilidad de interacción con un otro social (familias, amigos, etc.) recuperando y formando nuevos vínculos que contribuyan a investir nuevamente el yo, apropiándose de códigos y costumbres sociales.

Finalizando, resulta imprescindible asociar bajo una intrínseca relación el cuidado y el acompañamiento dentro del ámbito psicosocial. Como se ve en los antecedentes, para una posible reinserción social de las personas institucionalizadas resulta necesario un Otro que guíe ante la reconstrucción de la vida y a familiarizarse con el nuevo contexto. Además, el Otro brinda, desde el acompañamiento, nociones para contribuir al cuidado de sí y del conocerse en cada situación cotidiana, permitiendo la reconstrucción de la vida del sujeto y su contexto a través de la tarea artesanal del cuidar en el territorio.

Es pertinente investigar sobre la práctica del cuidado dentro de los dispositivos sustitutos al modelo asilar, debido al momento crucial que se encuentra atravesando nuestro país con la reforma en la atención de SM.

Desde el plano jurídico, por ejemplo, se vislumbra una tendencia a buscar un acompasamiento normativo regional con la aprobación en el año 2017 de la ley N.° 19.529 o la última actualización del PNSM en el 2020. Por otra parte, podremos ver que el modelo comunitario se encuentra en coexistencia con el asilar y el hospitalocéntrico (Romano, 2018), lo cual hace aún más interesante el panorama actual de la reforma, revelando una complejidad creciente en el campo de la SM.

Del mismo modo, resulta necesario rescatar el saber (práctico, académico, vivencial, etc.) que los trabajadores de estos dispositivos poseen debido a la importancia de su labor y por el lugar que ocupan en el cambio de modelo. Por ello, entendemos que sus relatos permitirán comprender su función y la pertinencia de su labor con personas usuarias del sistema de SM.

Por ello es imprescindible abordar esta temática dado que, si bien existe un intento de especificar lo que son los dispositivos sustitutos por parte del Estado uruguayo y sus políticas públicas (en el PNSM y la ordenanza N.º 1488/2019 se mencionan características), no se habla del tipo de cuidado en estos proyectos o de la figura encargada de esas prácticas (ni en la Ley N.° 19.529 de SM o en la 19.353 del Sistema de Cuidados). Entonces, es de urgencia generar aportes conceptuales para la formación de los recursos humanos y que los mismos aporten al diseño de políticas públicas en el campo de la salud comunitaria.

Como ya se dijo, es necesario recopilar el saber de los trabajadores acerca de esta temática para poder dar luz a otros posibles existentes, permitiendo ampliar el panorama de conocimientos, herramienta necesaria para trabajar el campo de la SM[25]. Resulta imprescindible generar registros de las prácticas que los trabajadores llevan a cabo cotidianamente y, dándoles una voz para que resuenen en otros planos, contribuyan a la democratización del saber para enriquecer el cambio de modelo en nuestro país. Se supone que las concepciones aquí indagadas, al ser pensadas desde los trabajadores y sus diversas formaciones, contribuirán a ampliar la visión del cuidado en SM fuera de la lógica de trato asilar.

Es por ello que esta investigación busca sistematizar insumos para vislumbrar las prácticas del cuidado que constituyen a la figura del trabajador de los DSMA y poder colaborar en el diseño de un perfil acorde a la perspectiva de DDHH en el campo de la SM. A esto se le debe sumar la posibilidad de contribuir a la formación de los mismos funcionarios, aportando a futuras instancias de intercambio que les permitan conocer y comprender prácticas en conjunto con otro par.

Finalizando esta sección, cabe resaltar que esta investigación pretende ser una vía para dar visibilidad a nuevas formas de relacionamiento a través del cuidado que escapan al conocimiento hegemónico de un saber unidisciplinar.

25 Esta idea se alinea con lo que ya se mencionó (Romano, 2018) acerca de la falta de visibilidad que tienen los trabajadores que se encuentran en las Unidades Ejecutoras o en primer nivel de atención por parte de ASSE y su problemática para redistribuir los recursos o para implementar políticas públicas claras. Ante esto surgen otras preguntas que habilitan a la reflexión: ¿cuál es la situación en que se encuentran los trabajadores que están en Unidades Ejecutoras? ¿cómo se piensa entonces la SM por parte del estado si solo se reconoce al Vilardebó, CEREMOS y Portal Amarillo como parte de ASSE? ¿Cuál es la opinión de los trabajadores que están ocultos de la gestión estatal?

Capítulo 2. Referencias Teóricas

Dependiendo de las concepciones que históricamente se tienen de la locura, surgen diversas formas para darle trato. Foucault (1964/2010) habla de tres épocas distintas: la edad media, el renacimiento y la época clásica. Dentro de la Edad Media, al loco se lo considera un personaje místico que deambula por la sociedad llegando a asociarse con la mendicidad, pasando en algunas situaciones inadvertido o siendo expulsado en tanto el miedo que se le tenga. Con el advenimiento del Renacimiento se sitúa a la locura en un lugar central, en general como enunciadora de los vicios humanos o de trascendencias imaginarias. Para la Época Clásica la cuestión cambia y, al estar Europa transitando por una crisis, se liga esta característica humana a la ociosidad (siendo juzgada moralmente y rechazada como inutilidad social). Es en esta última época donde comienza a recluirse e inicia el juicio moral; a la locura se la considera como un alejamiento de la norma correcta de funcionamiento social. En este período de tiempo se comenzará a desarrollar el pensamiento médico correctivo, donde lo considerado anormal se recluye en instituciones ideadas para su contención y tratamiento (Foucault, 1964/2010).

Específicamente en Uruguay observamos que el sitio donde se comienza a ubicar a la locura desde el siglo XIX son los asilos religiosos, para luego pasar al hospital psiquiátrico. Veremos cómo estos lugares desde sus inicios excluyen lo anormal que no cuadra dentro del marco de las expectativas, encuadrándolo dentro de un lugar específico (Duffau, 2019, p. 29). Alfredo Moffat (1974) menciona que estos espacios funcionarán como un «tacho de basura psicológico» donde se proyecta las partes locas de una sociedad y se descarta a las personas[26] bajo distintos rótulos[27] (p. 7).

En nuestro país las primeras instituciones con el objetivo de contener-aislar a los locos no surgen como espacio médico, sino ligado a dos factores: la caridad, abordada por la religión a través de hermandades provenientes del viejo continente, y a la carencia de personal científico especializado en la temática[28] (pp. 28-29). A partir del proceso conjunto de secularización y modernización[29], nuestro Estado comienza a asimilar a las instituciones que son administradas

26 Cabe resaltar lo propuesto por Acosta (2014) acerca de la etimología misma de la palabra manicomio: *manía* (locura) – *komion* (lugar). Significa entonces, un lugar para los locos y no más (ni para la vida, ni para la salud) (p.3).

27 Esto aplica también para la actualidad.

28 Duffau (2019) habla de que alrededor del año 1788 comienza a funcionar en Montevideo, por iniciativa de la Cofradía de San José y la Caridad, el primer hospicio conocido como Hospital de Caridad. Hasta fines del siglo XIX fue un espacio donde interactuaban (y confrontan) la religión y medicina (p. 22). En 1880 se inaugura el manicomio nacional, siendo confiada su administración a doce hermanas de la Caridad (pp. 39-71).

por la religión y, adentrado el siglo XX, se cristalizará esa asimilación con la creación de la Asistencia Pública (Duffau, 2019).

Es así que la lógica manicomial se encuentra relacionada también a este encabalgamiento de saberes que han interactuado históricamente en las instituciones que sitúan, contienen y aíslan lo incomprendido del humano. Esta interacción se encuentra marcada entre dos campos de conocimientos particulares: el religioso y el médico (que buscaban conservar y/o establecerse como grupos de poder). Eran interpelados por un Estado que pretendía llevar el control de las finanzas y evitar la superposición administrativa con la clerical, idealizando la figura del progreso (Duffau, 2019). De esto se puede pensar un conjunto de conceptos (que se entrelazan solapadamente con cuestiones morales y religiosas) que hacen a esa lógica (estigma y dependencia) y que ofician como ojo visor de la normalidad.

¿Qué es la Lógica Manicomial?[30].

El antropólogo José Siles (2015) propone que el concepto de *enfermedad mental* y sus cuidados fueron vinculados históricamente a una construcción simbólica con representaciones sociales y valores. Es así que, tomando a Kuhn (1962), plantea la existencia de diversos modelos explicativos de la locura según el paradigma que gane la hegemonía cultural de cada momento histórico. Ahondando en lo propuesto por el autor, ponemos en juego las nociones de unidad, marco y elementos funcionales. Siendo la unidad funcional el corpus de saber regulador que prima en un momento histórico dado, atraviesa espacios estéticos, actores sociales y el imaginario social. Por marco funcional se entiende el lugar de acogida y cuidado de los sujetos; a modo de ejemplo se puede pensar que para la concepción de «enfermo mental» existen los manicomios, para los «poseídos» las iglesias y así sucesivamente. Por último, pensar al elemento funcional como el actor social encargado de administrar y aplicar el cuidado hacia los

29 Consideramos un momento importante el planteado por Duffau (2019) de este proceso cuando Lorenzo Latorre en 1878 cesó a la Sociedad de Beneficiencia Pública de Señoras, aunque haya quedado sin efecto en 1880 por su retirada (p. 57). Luego podemos encontrar un decreto que asimila hospitales y casas de beneficencia por parte del estado en el año 188 y una Ley en 1889 que obliga a la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública a rendirle cuentas al estado (pp. 57-58). Cabe resaltar que estos sucesos guardaban relación con la idea de país modelo, pretendiendo rechazar a la barbarie interna que subvertía el orden establecido de la normalidad moral de la época e impedían la idea de progreso (Duffau, 2019).

30 Si bien en el presente texto existirán partes donde se menciona al Hospital Psiquiátrico por una cuestión de sintaxis, cabe resaltar que se referirá mayoritariamente a este sitio como manicomio, con toda la carga que ello conlleva (se visualizará en la parte 4.1 «presentación de los dispositivos» y lo que entienden los entrevistados por él). Dentro de este sitio es donde se encuentra lo desarrollado como «lógica manicomial»

sujetos (curas, médicos, enfermeros y cuidadores). Ambos, marco y elemento son regulados por la mencionada unidad funcional (Siles, 2015. pp. 4-5).

Situándonos desde este autor es que podemos pensar que la lógica manicomial responde a un paradigma médico hegemónico que a su vez condiciona a uno profesional-tecnológico, donde la estructura funcional es el manicomio o las colonias psiquiátricas. El elemento funcional (psiquiatra, psicólogo, enfermero) se dedica a prescribir, administrar (o controlar) medicación y realizar el seguimiento de las personas «enfermas», ya que el concepto imperante de SM de este paradigma es la corrección de la falta o rotura. La mencionada lógica circula por esos parámetros, cuestión que permite la elaboración de concepciones.[31]

Por otra parte, Ferreira de Oliveira (2009) menciona que pensar en la lógica manicomial nos lleva a instituciones como el hospital psiquiátrico, con un saber disciplinar (psiquiatría) que brinda el nombre a la práctica, además del resultado de un conjunto de acciones y miradas que estigmatizan al sujeto. Se lo considera como peligroso e incurable, al que hay que vigilar, derivando en acciones como la exclusión, la dependencia o el tutelaje sin fin (el individuo «no se puede curar»). Estas visiones ofician de guía para el accionar del personal de salud, haciendo primar el diagnóstico por sobre el individuo, desconociéndolo como sujeto de deseo, derechos y subjetividad. De la misma forma, esta lógica hace primar la forma de cuidado hospitalar, estructurando la vida del sujeto y reduciéndolo a un conjunto de síntomas que deben de ser controlados (p. 54-55).

Cabe resaltar que esta lógica constituye una forma de trato hacia los sujetos internados que escapa de la institución en sí, contactando con el imaginario colectivo y la vida cotidiana (Viñar, 1993; Baroni y Giordano, 2018).Entonces, al individuo se lo toma como un objeto enfermo y, estando sólo él en el centro del problema, se le adjudica un «tratamiento» (medicamentoso) aislante del entorno social (Costa-Rosa, 2000; Acosta, 2014; Baroni, 2015; Baroni y Giordano, 2018; Amarante et al., s.f.); esto reafirma aún más el estigma con que se carga a la persona.

Al presentarse con estas características, es pertinente pensar que la lógica guarda relación con un Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 2009) apoyado por un paradigma médico (Galende, 2008) en un sistema de salud donde estos imperan (Correa-Urquiza y Martínez Hernández, 2017). Por lo tanto, la vinculación de estos saberes para con otros y con usuarios corresponde a un orden jerárquico[32]. Entre los técnicos se impone una visión unidisciplinar, la

31 La pregunta que nos anima a realizar este autor puede ser la de ¿cómo se desarrollarán las nociones de unidad, elemento y estructura funcional con el paradigma comunitario? Es lo que trataremos de ver en este texto.

32 Acerca de esto, Ceballos (2011) menciona que: «Las instituciones de salud son instituciones médicas» y la salud inevitablemente se relaciona con la medicina, es medicina. Esto significa que, las políticas de este campo resultarán del poder médico con todo su aparato teórico, ideológico, técnico, institucional y normativo (p.144). Esto para el autor implica: «Adiestramiento de sujetos a través de un

cual anexa y secundariza los saberes que no le son propios (como los psicosociales), impidiendo un verdadero trato interdisciplinario y horizontal (Costa-Rosa, 2000; Correa-Urquiza y Martínez Hernández, 2017).

En cuanto a la relación personal-técnico, se ve una asimetría entre profesional y el sujeto, que posee el rol de «paciente» (individuo que espera pasivamente una respuesta), imponiéndose un diagnóstico y tratamiento unilateral, sin consultarlo. Esto trae como consecuencias la reducción del individuo a una categoría reforzada por más técnicos y con una única visión que, si el sujeto no está de acuerdo, se lo rotula como «no adherente al tratamiento» (Correa-Urquiza y Martínez Hernández, 2017, p. 271). Mediante esta forma se silencia al sujeto dentro del sistema de salud, y la nosología clínica impuesta por un otro ajeno termina devorando los aspectos que escapan a la patologización. Cambiando el vínculo consigo mismo y los demás, el individuo resulta captado por un rótulo.

Quizás resulte necesario pensar en pro de un paradigma interdisciplinario que verdaderamente desjerarquice esos saberes y los contemple como distintos, pero con el mismo peso a la hora de tomar decisiones vinculadas a las personas (sin dejar de lado la opinión del sujeto).

Por otro lado, cabe rescatar aquí los aportes de Irvin Goffman (1961/2009) para pensar el asilo como institución total que impone límites a la interacción social de los sujetos (p.13). Las personas internadas en estas instituciones son forzadas a convivir y deambular en una rutina reglada por una autoridad mayor (pp.19-20). Este aislamiento dificulta la interacción del sujeto para con la sociedad y sus redes resultan cortadas por el manicomio, ofreciéndose como única alternativa esa institución que disciplina moral y médicamente (Costa Rosa, 2000; Merhy et al., 2012; Percia, 2004). Es por ello que, al existir este recorte, el sujeto vive también una

discurso de poder que `enseña´ un saber cobijado por instituciones que practican la hegemonía. Adiestrados que sustentan ese saber cotidianamente a través de registros, pases de guardia, prescripciones, carnet de carenciados, diagnósticos, programas preventivos, interconsultas o estudios especiales entre otras cosas» (Ceballos, 2011, p. 144).

Continuando con lo anterior, se trae también lo que Mónica Rossi (2016) encontró en su investigación. La autora plantea que la propuesta asistencial a usuarios diagnosticados con Esquizofrenia (dentro del manicomio) es pensada desde una visión psiquiátrica única, perdiéndose así: «los factores psico-sociales en la estrategia terapéutica a seguir y en el abordaje de estos pacientes» (Rossi, 2016, p. 237). Esta situación también se ve desde el abordaje brindado a la familia del Usuario ingresado al hospital psiquiátrico (público o privado), siendo la consulta psiquiátrica o la opinión desde sala del internado la única intervención posible. Complementando esto, Palacios (2019) menciona que se deja afuera al abordaje de corte social o psicológico imperando la univisión médico psiquiátrica.

Esto se puede ver también en lo que Moreira y Palombo (2018) hablan acerca del primado en el imaginario colectivo de las prestaciones de SM dentro del SNIS de la imagen del psiquiatra por sobre otros técnicos y teniendo complejas situaciones laborales (sobrecarga de servicios, escasez y aislamiento de técnicos y un tiempo acotado de consulta de unos 15 minutos) («algunas conclusiones», párr. 2). Acosta (2014) menciona que en esta lógica prima la ciencia por sobre el sujeto, dominándolo e impidiendo que escapen diferencias subjetivas y modos distintos de habitar la subjetividad (p .3).

subjetividad «artificial» (Galende, 2008) ya que el nosocomio ocupa todos los aspectos de su vida. Por esto se trastoca el orden social básico, impidiendo una flexibilidad yoica y generando un proceso de institucionalización (Goffman, 1961/2009, p. 27) que lo lleva a otro llamado de desculturización por el aislamiento (Aguirre y Rodríguez, 1994).

Si se toma en cuenta el cometido de este texto, que es pensar el cuidado desde esta lógica, cabe resaltar que el cuidado que se desprende de ella es uno que responde al aislamiento, control y tratamiento del sujeto, el cual es mirado y tratado según una patología. Se lo deja aislado o se le reduce a simples horarios de visita la interacción social, generando una cultura del encierro y del «estar ahí». Al dejar de lado los vínculos sociales, también se deja de lado la importancia del otro como sujeto social e histórico.

Finalizando esta instancia, resulta necesario pensar en estas instituciones como formas donde circula el cuidado con base en el aislamiento, la patologización y estigma, que no posibilita al sujeto interactuar socialmente con un otro, cayendo en una dinámica desubjetivante[33] y centrada en la higiene (cuidar de contagios y malos hábitos como no bañarse, entre otros) y la normalización del sujeto visto y tratado como anormal.

En conjunto con esto, el cuidado va a estar centralizado en la figura del hospital, el cumplimiento de rutinas y sus relaciones jerárquicas, siendo el médico psiquiatra el que tome las decisiones por sobre los demás técnicos o incluso la persona misma, sin elección sustituta para el tratamiento.

La Noción de Dispositivo[34] para pensar el Cuidado

Se toma en este apartado la noción foucoltiana de dispositivo desplegada por Heredia (2012). Un dispositivo se encuentra compuesto por elementos heterogéneos que pueden ser

33 Se toma aquí la idea de desubjetivación trabajada por Pérez Fernández (2016) para su investigación. La misma es comprendida como forma de subjetividad donde a la persona se la toma más como «pacientes enfermos» y menos como sujetos. Esto deriva en una pérdida de condición de persona, de su categoría, ocupando el lugar de enfermedad sin poder decidir. Reduciendo la complejidad humana al cerebro enfermo (en nuestro caso, la patología). Esto debido a que el modelo médico se basa en un horizonte ideal de curación el cual posee limitaciones teóricas y tecnológicas que generan pesimismo y negatividad ante la evolución de la enfermedad (pp. 266-267).

Para Behuniak (2010, citada en Pérez Fernández, 2016) es necesario que se reconozca la condición de persona al sujeto. La misma resulta comprendida como un estatus adjudicado y reconocido por otros en contexto de relacionamiento mediante vínculos sociales y de bienestar (p. 106).

34 Si bien en la ley aparece aproximadamente un total de once veces la palabra dispositivo, no existe una definición concreta del mismo, en este texto se pretende trabajar en ello. El objetivo de este apartado es dar herramientas al lector para pensar a estos lugares como unos que permitan otro tipo de producción de subjetividad distinta a lo explayado en el apartado anterior.

discursivos o no (prácticas, instituciones, reglamentos, enunciados científicos, etc.). Siendo variables y dinámicos, surgen como respuesta política a un problema histórico-práctico donde se plantean como formaciones derivadas de una «función estratégica dominante». En ellos entra en juego la invención de procedimientos y técnicas de poder que buscan generar un efecto deseado frente a la situación de necesidad (p. 87). Para el autor, el dispositivo es siempre de poder, debido a que:

> Surge con una función estratégica dentro de una institución signada por relaciones de poder, perviven como técnicas y procedimientos para producir e inducir en una multiplicidad de individuos determinadas formas de conducta y habilitan, con su eficacia, a un contagio y una re-territorialización en diversas instituciones, así como a un perpetuo proceso de reactualización funcional… su génesis se da en una relación concreta de fuerzas y, específicamente, en una relación disimétrica en la cual uno de los polos logra producir efectos sobre el otro. (Heredia, 2012, p. 89)

Esto significa que los dispositivos son instauradores y procreadores de conductas que, de acuerdo a su éxito, se reproducirán en otros espacios dando solución a una necesidad institucional (Heredia, 2012, p. 89).

Viendo esta situación, resulta pertinente pensar en Deleuze (1990) y su interpretación de *dispositivo* como uno que diseña y muestra distintos aspectos de la realidad o la verdad, definiendo así lo enunciable, lo mutable y sus derivaciones. El autor los define como «máquinas para hacer ver y hablar» (Deleuze, 1990, p. 155). A su vez, se encuentran atravesados por múltiples líneas (de verdad, enunciación, subjetividad) que se mezclan entre sí; siendo la línea de poder la que atraviesa a todas las anteriores. Al focalizar la idea de producción de subjetividad en un dispositivo, el autor establece que debe de realizarse en la medida en que este permita; expresándose como una línea de fuga. Nos dice que las líneas de subjetivación, que permiten derivar en creación, resultan de un proceso donde se escapan de las dimensiones del saber y el poder, abriéndose paso a la novedad (pp. 156-157). Por tanto, si bien la idea de dispositivo interpretada por Heredia (2012) se encuentra atravesada por una cuota de poder y dominación por parte de una hegemonía del saber, también se necesita pensar en que existe una cuota de creación a partir de las líneas de subjetivación y fuga (Deleuze, 1990). Es en estas líneas de subjetivación donde verdaderamente se da la novedad en el cuidado y el acompañamiento dentro de la ciudad, tendiendo redes comunitarias que desborden del dispositivo mismo. Esto permitirá nuevos proyectos en conjunto que generen movimientos de

deseo y subjetividad a través de líneas de fuga que le habiliten al sujeto bordearse[35]. En el sentido de Giorgio Agamben (2005), lograr profanar el dispositivo[36].

Es así que una forma de pensar los futuros proyectos que se planteen como sustitutos al modelo asilar será el deber de reposicionarse por fuera de la lógica hegemónica del saber médico, debido a la relación de poder que posee. Resulta necesario generar una vigilancia[37] de las prácticas que tengan como base los DDHH de las personas y alentar espacios de formación[38] que contemplen esos derechos y permitan que el usuario se apropie de ellos. Esto posibilitará el desborde de las líneas creativas, para no recaer en el modelo que se pretende superar.

Para finalizar esta parte, resulta necesario plantear que cerrar los manicomios, difícilmente impida que las lógicas manicomiales o asilares se repliquen en otros lugares institucionales[39]. A pesar de eso, se piensa que el cierre de las instituciones asilares y monovalentes permitirá un nuevo impulso creador de experiencias potenciadoras de nuevas formas de cuidado basadas en vínculos y derechos de los sujetos, abriéndole paso a líneas de fuga que muten al dispositivo mismo en algo novedoso. Dando esperanza para terminar con la ecuación locura-encierro y así combatir el estigma de la doble exclusión (pobre y loco) (Baroni, 2015).

Significaciones Sociales

35 Se alude aquí a la palabra «bordearse» para pensar el construir por fuera de la lógica asilar un trato distinto al que deriva del modelo asilar. Se utiliza el término bordearse pensando en los «espacios de rebosaderos» propuestos por Marcelo Percia (2004) que son espacios que permitan al sujeto (re) pensarse.

36 El autor considera, a grandes rasgos, el profanar como una forma de darle otro sentido a los dispositivos que capturan al sujeto y conducen sus conductas a través de una única forma sagrada (o normal) de proceder.

37 Moreno (2018) menciona que es necesario no reducir lo «manicomial» exclusivamente a la estructura edilicia puesto que «el hecho de que 'dentro de los muros del manicomio' se torna más evidente el acto de 'des-subjetivación', no implica que esto no se reproduzca en otros ámbitos del campo de la Salud Mental» (Moreno, 2018, p. 3). La autora enfatiza en que es necesario tener una vigilancia constante para no reproducir la misma lógica dentro de los dispositivos sustitutos.

38 Estos espacios como unos políticos-clínicos mencionados por Ceballos (2011) donde se permita circular la palabra para lograr atravesar los discursos hegemónicos de poder, el discurso totalitario científico y rompa la lógica de vigilancia, control y orden. Logrando así no racionalizar los modos de ser, posibilitando lugares que logren contemplar el deseo de los otros, eludiendo las fuerzas establecidas, habilitando la circulación de los saberes de «abajo» (Ceballos, 2011, p. 138) o profanos (Correa-Urquiza, 2015), negados, silenciados y excluidos por un discurso único de conocimiento pero poseen la capacidad de generar acontecimiento de creación.

39 De hecho, Ceballos (2011) plantea que el manicomio no existe solamente en la institución como tal, sino que la lógica manicomial se encuentra arraigada en la sociedad. Es la formadora de sujetos «peligrosos, y para ellos tiene designada instituciones, teorías, prácticas e ideologías que los excluyen y los esconden como si no fueran productos sociales» (p. 152)

Adelantándonos en esta investigación y visualizando que ninguno de los trabajadores entrevistados pertenece a un ámbito biológico o trabajó dentro del manicomio, podemos hipotetizar que el cuidado se caracterizará por uno que posee bases conceptuales derivadas del saber comunitario-social. Entonces, para poder visibilizar cómo se desarrolla el cuidado y sus prácticas dentro de los DSMA se trae el concepto de *Significaciones Sociales* manejado por Cornelius Castoriadis (1975/1989).

El autor menciona que las significaciones son formas de ver y ordenar el mundo, posibilitando la producción de sujetos que operen la realidad referenciándose con ellas. Se encuentran circulando dentro de la sociedad, captando y traduciendo lo que no es social (pp. 312-313). Entonces, se puede pensar que estas significaciones operan a través de los trabajadores que derivan de un saber disciplinar diferente al del manicomio o lo biológico con un proceso histórico social distinto. Esto quiere decir que quizás sus prácticas de cuidados se encuadren desde un paradigma distinto al de la lógica manicomial.

Volviendo al autor, las significaciones centrales le dan existencia a la sociedad participando sujetos, objetos y actos e instituyen el modo de actuar de los individuos. Las personas mediante estas significaciones se encuentran formados/formándose como parte de la sociedad, capacitándose dentro del hacer, decir y representar social con una coherencia.

Por otro lado, las significaciones sociales secundarias son pensadas en una relación de unión a las centrales dentro de una sociedad específica (Castoriadis, 1975/1989, p. 311).

Entonces, situando al cuidado como significación central, será comprendido de una forma determinada en base al contexto (económico, social y político) e historia (personal, laboral y académica) que haga al trabajador. Esto derivará en diferentes prácticas que guarden relación con esas significaciones, ya que es la forma de proceder que el sujeto tiene en el mundo, deviniendo de esto en significaciones secundarias.

Resulta necesario también mostrar dos conceptos: el l*egein y el teukhein,* que van a la par de las significaciones y que son utilizados por una lógica conjuntivo-identitaria, moldeando a los sujetos en la sociedad, generando institución social. El *legein* es el decir social, el ordenamiento a través del discurso y códigos, el poder hablar a través de una identidad. El *teukhein* es el hacer social, lo que fabrica y adapta. Ambas instancias son las que se utilizan para producir sujetos y objetos en tanto discursos y prácticas sociales en un contexto histórico (Castoriadis, 1975/1989, pp. 174-175). Entonces, en base a esto, podemos pensar en el trabajador de estos dispositivos y preguntarnos lo siguiente: siendo un trabajador con las características mencionadas, entre ellas los diversos trayectos de vida y formaciones, ¿cómo se configurará el *legein*, el decir social, su discurso y códigos con la identidad histórica-social? Y ¿cómo llevarán

a cabo el *teukhein*, su hacer social, a través de la articulación de su identidad a la tarea de cuidar?

Es así que, tomando como significación social central el cuidado, se pensará en cómo se configuran las prácticas (*teukhein),* discursos y significados (*legein)* que explayan los sujetos dentro del mencionado cambio de modelo que hacen referencia a esa significación en particular.

Específicamente hablando, es necesario poner en interrogación la significación del cuidado y sus prácticas dentro de los dispositivos sustitutos por parte de los trabajadores. Indagar en esto último implicaría cuestionarse por posibles prácticas de cuidado y acompañamiento distintas de la lógica asilar. Es para esto que se piensa como prácticas instituidas a las que guarden relación con la mencionada lógica y son correspondientes al saber manicomial. Por otro lado, se piensan a las instituyentes como aquellas que escapen a ese saber y que propongan una línea de fuga creativa que lo desborde[40] y que ayuden a generar novedad ante un paradigma imperante del saber.

Por otra parte, se puede pensar el concepto de cuidado a través de lo que Deleuze (1986/2014) entiende por *saber* y su relación con las formaciones históricas. El saber para el autor se muestra conformado por estratos, formas sedimentarias que permiten ver y hablar (hacer visible y enunciar). En el caso nuestro, prácticas y discursos del cuidado que ayudan a entrever su relación con los dispositivos (que también son resultados de este régimen de luz y de enunciación), con formaciones históricas y contextuales. Esto confecciona un discurso y permite ejercer prácticas que hacen luz.

En palabras de Deleuze:

> …combinaciones de visible y de enunciable específicas de cada estrato, de cada formación histórica. El saber es un agenciamiento práctico, un «dispositivo» de enunciados y de visibilidades … Lo que equivale a decir que el saber sólo existe en función de «umbrales» muy variados, que señalan otras tantas láminas, separaciones y orientaciones en el estrato considerado (Deleuze, 1986, pp. 78-79).

Entendamos entonces que el saber es un interjuego interno y externo de estratos y formaciones históricas que habilitan a regímenes de prácticas (lo que se puede ver) y discursos. Es así que resulta necesario, como dice el autor, utilizar la arqueología para descifrar esas

40 Esto debido a lo que el autor propone acerca del imaginario social instituido e instituyente. Lo instituido representa la fijeza y la estabilidad de las significaciones ya establecidas (podemos pensar la lógica asilar); mientras que el segundo apuesta a la creación y el corrimiento de lo instituido (líneas de fuga a ese saber) (Castoriadis, 1975/1989, p.307).

concepciones, enunciados y prácticas que hacen al cuidado como resultante de ese juego, entrelazamiento que produce «verdad». Esto debido a que: «Cada época dice todo lo que puede decir en función de sus condiciones de enunciado» (Deleuze, 1986, p. 82). De esta manera es que existe un ser-luz y un ser-lenguaje que, en tanto absoluto, son inseparables del contexto histórico; uno muestra las visibilidades y el otro los enunciados legibles (p. 84). Resulta imprescindible pensar que el cuidado no escapa a esta situación del conocimiento y su conexión con la época, saber de la misma y prácticas.

El Cuidado y sus Conceptos

Las significaciones sociales nos habilitan a realizar un análisis del cuidado dentro de los dispositivos sustitutos; es fundamental vislumbrar prácticas del cuidar situadas por fuera de la lógica asilar, escapando al modelo hospitalocéntrico. Para ello, resulta necesario revisar concepciones alternativas del cuidado, ampliando el horizonte por fuera de la mencionada lógica y modelo. Cabe resaltar el cambio mencionado por Batthyány (2015) del modelo tradicional de cuidado (el cual se sitúa en el ámbito privado y sobrecarga la mujer) para el del derecho democrático con responsabilidad social. Esto implica sacarlo del hogar para que cada integrante de la sociedad se haga cargo. De todas formas, la autora plantea que el cuidado continúa siendo una tarea esencialmente realizada por mujeres, en la familia o en servicios personales. Dentro del marco familiar, el carácter del cuidado es obligatorio y percibido como desinteresado, otorgándole una dimensión moral y emocional al mismo. Involucrará emociones que solamente se expresarán en el seno de la familia, construyendo y manteniéndolas por fuera de un marco normativo del estado (pp. 9-10). Fuera del entorno familiar, el trabajo de cuidado será una relación de servicio, atención y preocupación por los otros desplegándose en un «cara a cara» entre dos personas que «generará lazos de proximidad, en una situación de dependencia, pues una es tributaria de la otra para su bienestar y mantenimiento.» (p. 10). Continuando con Batthyány (2015), propone al cuidado desde la literatura feminista como «trabajo y relación interpersonal, pero también como responsabilidad socialmente construida que se inscribe en contextos sociales y económicos particulares.» (p. 10). Entonces, para la autora va a ser un trabajo entre individuos que se basa en las relaciones sociales, dependientes del contexto.

Acerca de esto, Rocío Enríquez (2014) propone al cuidado como una construcción dentro de un relacionamiento social, donde los sujetos están insertos en un fenómeno histórico-social

vinculante, con reciprocidades e implicancias múltiples. Las mismas hacen a las lógicas del cuidado, respondiendo además a factores a estructuras de género y patrones culturales derivados de clases sociales (Esquivel et al., 2012). Viendo esto, resulta necesario pensar al cuidado por fuera de un modelo *médico rehabilitador*, ya que se ampara históricamente bajo una concepción «hetero-concebida». Esto significa que la persona a cuidar es dependiente física, moral y emocionalmente, delegando el cuidado en la figura femenina. Se genera un conflicto del cuidado que reproduce una relación asimétrica histórica, vulnerando al sujeto cuidado y al cuidador como trabajador. Es imprescindible ver a esta práctica por fuera de ese modelo, donde se contempla que ambas personas poseen un contexto histórico social que debe de ser respetado mediante una instancia compartida de aprendizaje (tanto la persona con diversidad funcional como el asistente) (Arnau Ripollés, 2009, p. 77). Entonces, pensar en alternativas al cuidado por fuera de esta lógica implica el tomar los aportes de la teoría feminista.

La autora feminista Virginia Held (2006, como se citó en Flaquer, 2013) concibe al cuidado como un conjunto de prácticas y un complejo de valores que muestran cómo responder y por qué debemos de hacerlo ante las necesidades. Estas prácticas generan confianza, preocupación mutua y vínculos entre las personas y, lejos de ser acciones individuales, son concebidas como unas que se desarrollan bajo actitudes que les corresponden. A su vez, guiadas bajo criterios identificables, se pueden recomendar y mejorar continuamente a medida que las atenciones de cuidado adecuadas se acercan cada vez más al buen cuidado. La autora considera que estas prácticas tendrían que ser una expresión para que las personas se acerquen, tendiendo a transformarlas de una forma satisfactoriamente moral y haciendo que sean admirables (pp. 74-75). Por otra parte, Mary Daily y Jane Lewis (1998, 2000, como se citaron en Flaquer, 2013) proponen la definición de «cuidado social» donde éste es entendido como: «las actividades y relaciones implicadas en la satisfacción de los requerimientos físicos y emocionales de los adultos y niños dependientes así como los marcos normativos, económicos y sociales dentro de los cuales se asignan y llevan a cabo» (p. 76). Esto, como ya se mencionó anteriormente, quiere decir que el cuidado es un derecho, debe de socializarse y encontrarse amparado por un marco normativo. Las autoras proponen tres elementos del cuidado social: 1) son un conjunto de actividades consideradas como trabajo, por lo tanto es necesario que el estado garantice las condiciones necesarias para que se lleve a cabo correctamente; 2) el cuidado posee un marco normativo de responsabilidades y obligaciones, por lo que no es un trabajo normal ya que generalmente se lo inicia en un contexto familiar o social. Este marco pone en foco las relaciones sociales del cuidado, sus motivaciones y la necesidad de que el

Estado intervenga como regulador de la normativa referente al mismo; 3) El cuidado es una actividad que tiene costos tanto financieros como emocionales ya que trascienden el límite público/privado (pp. 76-77).

Cabe resaltar que en SM, Alegre-Agis (2018) menciona la práctica del cuidado hacia personas con diagnóstico de esquizofrenia desde una perspectiva tutelar que busca adaptar al sujeto a los cánones de normalidad de la época. Esto se basa en un fuerte discurso moral donde adquiere más valor el diagnóstico que el sujeto, controlando y vigilando sus hábitos por posibles descompensaciones. De este cuidado se desprende la idea de cronicidad, estigma y miedo al individuo diagnosticado sumándose a la reproducción de lógicas asilares. Esto deriva en una infantilización del sujeto, además de centralizar en la patología las conductas, lo que a su vez provoca la limitación de su identidad, dándose un corrimiento de roles familiares dentro de la casa (la madre o el padre pasan a ser trabajadores de psiquiátrico).

Otros enfoques dentro de la SM plantean al cuidado como un conjunto de acciones positivas articuladas con distintos actores sociales dentro de un período estimado de tiempo, permitiendo que adultos mayores o personas institucionalizadas puedan desarrollar una autonomía progresiva en comunidad con un apoyo. En esta concepción, el cuidado es comprendido como derecho pero también es una obligación, por lo que quien cuida tiene la necesidad de cuidarse y ser cuidado por un otro (CELS, 2015, p.17).

Pensando entonces al cuidado como una articulación con actores para una autonomía progresiva, es necesario traer el concepto de *redes*. Los autores Tavares de Assis et al. (2014) destacan que su articulación deriva de un conjunto de posibilidades, recursos y respuestas que deben de conectarse para coordinarse, logrando transformaciones en las múltiples realidades y territorios de los sujetos. Esto proporcionará una mutación en la experiencia del sufrimiento de las personas, superando el aislamiento de las prácticas del servicio de salud y habilitando a múltiples actores comunitarios a pensar en proyectos comunes (p. 92).

Formar redes, entonces, implica promover una acción coordinada para que un devenir común se geste, logrando así autonomía y combate al estigma. Es imprescindible que el cuidado dentro de la comunidad sea uno que busque tender lazos de forma que los sujetos ganen autonomía en la ciudad y logren desenvolverse como ciudadanos.

Cuando pensamos también en un cuidado de acompañamiento que se desarrolla con las redes resulta pertinente tomar el desarrollo de Mari Luz Esteban (2017) acerca del apoyo mutuo[41] como uno que permite reconsiderar el centro de los cuidados:

41 Según la autora este concepto fue acuñado por primera vez por el anarquista Piotr Kropotkin en su libro titulado «El apoyo mutuo: un factor en la evolución» en 1902. En este libro el anarquista elabora el concepto de apoyo mutuo mediante distintos ejemplos en la naturaleza, resaltando que, frente a la tesis defendida por el

> …el hacer y el compartir conjunto no son solo cuidados, o no en el sentido habitual de este término, sino que se comparte, como hemos visto, desde protección económica y apoyo moral e ideológico, hasta tiempo libre, actividad política, etc., incluidos los cuidados en momentos en que las participantes en la red no pueden valerse por sí mismas. (p. 43)

En base a lo dicho, cuidar dentro de una red significa trascender el momento de «desvalidez» para compartir el cuidado como un acto social que implica más cosas que un momento de crisis.

Continuando el desarrollo de la idea anterior, es imprescindible agregar que Verónica Blanco (2015), tomando a Heidegger (1995),[42] establece que el cuidado sirve para construir una forma de habitar:

> A partir del cuidado, del abrigo, también se construyen habitares, podemos agregar, y se construyen sujetos. Los espacios, materiales y simbólicos, que se construyen desde el afecto, el cuidado y el reconocimiento mutuo, construyen también a los sujetos que los habitan. Heidegger aclara que el modo que el hombre tiene de ser en la tierra es el habitar, y este habitar se materializa en la construcción de espacios para la vida, construcción que no es solo material, sino también simbólica. Habitar desde el cuidado, significa cultivar, hacer crecer y un construir diferente al de producir objetos, implica una forma de cotidianeidad en la tierra, el construir la vida cada día es habitarla. Sin embargo, este sentido generalmente es olvidado, se naturaliza y se torna invisible, el habitar parece algo dado tan solo por el hecho de estar, que simplemente se produce, pierde su sentido vital. Desde su uso cotidiano, se naturalizan formas, sentidos y prácticas. El sujeto social, que se construye a partir de la trama vincular, necesita para esta construcción del cuidado y del abrigo al que Heidegger hace referencia. En este proceso, se cultivan los sentidos que producen la subjetividad, dando lugar al sujeto, ya que sin un Otro, que brinde ese sostén y ese cuidado, que lo invista de sentido desde la

darwinismo social, la cooperación y la ayuda mutua son claves para sobrevivir y evolucionar no solo de los humanos sino también de los animales (Esteban, 2017).

42 La autora toma el concepto de Heidegger del habitar como forma de construir:

«Desde un uso compartido en el lenguaje, encuentra un sentido compartido donde el habitar se significa en el construir. Hay dos formas de construir: erguir lo que no crece y cuidar aquello que crece, ésta es su asociación con la vida. Construimos porque habitamos, construimos edificios y construimos sentidos para la vida, y ambos están en estrecha relación, forman parte del entramado relacional que construye al sujeto, desde los sentidos y las materialidades que adquiere. El construir que nos remite al cuidado, también refiere a la preservación, al resguardo, al sostén.» (Blanco, 2015, p.48)

> trama vincular, no existiría el sujeto. Habitar es clave en la producción social de la vida, recordando y explicitando su construcción cotidiana, ya que desde éste se produce y re-produce el sentido vital que nos liga indefectiblemente al mundo. (pp. 48-49)

Esto que la autora menciona habilita a pensar al cuidado por fuera de lo biologicista que atiende a la integración y relacionamiento del sujeto con el mundo en conjunto con un Otro que ayuda a la construcción de nuevos sentidos mediante el vínculo.

Es entonces imprescindible no dejar por fuera el territorio a la hora de gestar conexiones y redes, ya que en él es donde se van a desenvolver las acciones. Si bien existen otros autores que lo definen desde una perspectiva más profunda[43], los anteriores autores lo comprenden como un espacio donde se desarrollan las relaciones, experiencias y circulación del sujeto. Está construido por instancias personales e institucionales, incluyendo la casa, la escuela, la iglesia, el club, la cafetería, el cine, la plaza, la casa de colegas, la unidad de salud y todas las demás, incluyendo centralmente al sujeto mismo en la construcción del territorio. El territorio es el lugar psicosocial del sujeto (Tavares de Assis et al., 2014, p.105).

Las redes en territorio deben necesariamente superar el aislamiento producido por la lógica asilar y trascender el viejo concepto de enfermedad mental con su forma de tratamiento. Esto debido a que proviene de una concepción disciplinar donde la locura es entendida como una alteración de la normalidad, para lo cual hay que aislarla[44] (Amarante et al., s.f.). De lo contrario, se generará *Nuda Vida*[45] (Agamben, 1998/2006, pp.16-17) en tanto práctica dessubjetivante, operando como una exclusión inclusiva del hombre en la ciudad (polis).

43 Una idea interesante para también pensar aquí el territorio es lo que Giorgi et al. (1995) mencionan del espacio comprendido por la vivienda y el barrio donde el sujeto vive y desarrolla su vida cotidiana-afectiva. Este hábitat, se encuentra interaccionando con el sujeto, transformándose y moldeándose recíprocamente. Esto habilita a pensar en los espacios urbanos como unos educativos debido a que se aprende a partir de diferentes formas de relacionamiento con un otro, enfrentando dificultades y generando códigos de convivencia (p. 6).

Por otra parte, Ferrando (1995) habla de la vinculación con lo barrial, lo familiar, lo laboral y la amistad como factor constructor de condiciones de salud y enfermedad. Para el autor «las distintas esferas de la realidad (económica, política, cultural, religiosa) potencian y/ inhiben, estimulan y/o frenan, construyen y/o destruyen. Mundo externo y mundo interno, cuerpo y mente, dejan de verse como campos estáticos, para analizarse como espacios dinámicos en plena interrelación e independencia» (p. 40).

44 Acerca de esto, Ceballos (2011) nos habla de que es necesario crear políticas de enunciación que logren sustituir la tendencia hegemónica de la psiquiatría para que los grupos sometidos por este saber (como ejemplo la enfermería y los usuarios) logren: «analizar su situación y favorecer la emergencia de acontecimientos discursivos con el objetivo de revertir las tendencias disociadoras a que están subsumidas sus lenguas y sean respetados en sus diferencias y no condenados al prejuicio social de la ignorancia.» (p. 152). Esto implica, abrir un campo de lucha ideológica para que se contemplen nuevas formas de sujetos y saberes, como el popular.

45 Este concepto alude a que al sujeto se le quitan sus derechos y se lo degrada en la vida político-participativa. Simplemente se le permite vivir como un animal en vez de un animal político en términos Aristotélicos utilizados por Agamben (1988/2006).

Es imprescindible, para pensar en otras prácticas de cuidado, situarnos desde lo que Costa-Rosa (2000) nos propone a partir del modelo psicosocial en el cual se logra situar al sujeto dentro de una red de relaciones históricas contextuales y dentro de una problemática. Esto implica la multidimensionalidad de la persona, para lo cual hay una horizontalidad disciplinaria y una ética singularista en pro de dialogar con la complejidad subjetiva de ella[46].

A su vez, es necesario:

> …establecer una concepción ética orientando nuestra práctica clínica a pensar e intervenir desde la producción de subjetividad. Posibilitar la palabra a esa persona que sufre, para de esa manera reconocerlo como un semejante y, así despojarnos de poderes que someten, discursos que silencian y prácticas que disciplinan. (Ceballos, 2011. pp. 152-153)

Pensar el Cuidado con las Relaciones de Poder, Cuidado de si y el Hablar Veraz

Necesariamente el cuidado se presenta con un(os) (n)otro(s) en relación. Para pensar aún más el cuidado, resulta interesante traer aquí el aporte que realiza Foucault (Fornet-Betancourt et al., 1984) acerca de las relaciones de poder y el ejercicio de la ciudadanía. El autor las entiende como un conjunto de conductas, siempre imprescindibles, que guían o seducen a los hombres a elegir cómo actuar ante de un panorama diverso de opciones (p. 77). El poder entonces se plantea como una correlación y lucha de fuerzas dentro de varios campos en constante juego (saber, individuos, objetos, etc.) ejerciéndose (induce, incitando, corrige) para modificar futuras acciones (Deleuze, 1986, p. 54).

Entonces, pensar al poder implica prestar especial atención en las formas de institucionalización del poder y los mecanismos por los cuales el mismo se ejerce. Deleuze (1986) plantea que las sociedades disciplinarias se ven interpeladas por distintas categorías del poder que, entendiéndolas como acciones sobre acciones, tienen como objetivo imponer una tarea, producir un efecto útil, controlar la población o gestionar la vida (pp. 100-101).

Para pensar lo anterior resulta imprescindible traer el concepto de *pliegue* (Deleuze, 1986). El autor refiere a esta figura como un doblez que compone a la persona, integrando el adentro

46 Costa-Rosa (2000) menciona que, luego de superada la crisis del sujeto, se trabaja para reposicionarlo y que no sufra los efectos de la conflictiva, lo que va a permitirle comprender y reconocerse a través de sus implicancias como agente de cambio. Es necesario aclarar que el contexto debe de estar comprometido para con el sujeto y el cambio, ya que forman parte de la problemática del individuo (p. 155).

con el afuera (p. 128); el sujeto será un conjunto *ellos,* donde interiorizará aspectos del poder-saber (dándose la subjetivación). Es así que este movimiento da composición a una parte de la dimensión de la subjetividad del individuo, pero no depende solamente del saber y el poder. Entonces, dentro de la relación de cuidado, tanto el cuidador como el sujeto responden a sus distintos pliegues compositivos y singulares dentro de un campo de fuerzas de complejas relaciones de saber, el poder y sus resistencias[47] (Deleuze, 1986).

Resultan interesantes los aportes de Foucault (2008) para pensar el cuidado como un ejercicio entre *gnothi seauton* y *epimeleia heautóu.* Ambos, conocerse a sí mismo y ocuparse de sí, constituyen un conjunto de acciones de la persona que, con ayuda de un otro, posibilita la práctica y aprendizaje de la ciudadanía en la polis (ciudad) (p. 91). Permite así el poder gobernar(se) como integrante de la ciudad y contribuir al desarrollo de su yo. De ese modo, para relacionar al cuidado con estas prácticas, es imprescindible que exista un Otro social que le dé estatus al sujeto. En otras palabras:

> El sujeto no debe tender hacia un saber que sustituya su ignorancia. El individuo debe de tender hacia un estatus de sujeto que no conoció en ningún momento de su existencia. Tiene que sustituir el no-sujeto por el estatus de sujeto, definido por la plenitud de la relación de sí consigo. Tiene que constituirse como sujeto, y en ello debe de intervenir el otro. (Foucault, 2008, p.133)

El Otro, por lo tanto, funciona como un maestro político, no siendo el que transmite lo que no sabe el sujeto, sino que:

> …ni siquiera es quien, al saber que el otro no sabe, sabe mostrarle que en realidad sabe lo que no sabe. El maestro ya no va a inscribirse en ese juego. En lo sucesivo, el maestro es un operador en la reforma del individuo y su formación como sujeto. Es el mediador en la relación del individuo con su construcción del sujeto. (Foucault, 2008, p. 133)

Es así que el Otro participará en la formación del sujeto, siendo crucial en la relación con la construcción de sí. Para el cuidado, entonces, es imprescindible la figura de un Otro que logre concretar su construcción social y la toma de conocimiento de sí para operar dentro de la polis[48]. Esta práctica para el autor resulta ser una práctica netamente social, donde se da la

47 Si bien los pliegues compositivos del sujeto son derivados de la relación saber-poder, dentro de él se encuentra también la resistencia a esos códigos y poderes, generando además la novedad.

48 Acerca de esto Ceballos (2011) nos menciona que es necesario abrazar la política. Ella entendida como un hacer cotidiano que discurre todos los rincones de la vida, por resulta necesario debatir, delinear y proponer desde el día a día. Hacer política para el autor implica despojarse del «yo no me meto en política» para empezar a tomar decisiones para la acción y el cambio, generando un movimiento de desencaje de lo estanco de la queja para pensar en proyectos esperanzadores. Para esto resulta

construcción de uno mismo, de su conexión consigo a través del contacto relacional con un Otro. Resulta interesante pensar lo que propone Deleuze (1986) acerca de cómo la relación consigo mismo comienza a derivar a la relación con los otros, existiendo además una constitución de sí mismo y una automatización de esa relación pasando luego al afuera para con el sujeto y la sociedad. El conocerse a sí mismo se interioriza e independiza de esa relación con un Otro para luego pasar del sujeto a la sociedad (p. 135). Para pensar esto, sirve traer la figura griega que el autor menciona, la *Enkrateia* o el poder que se ejerce sobre sí mismo, en el poder que se ejerce sobre los otros [49] (p. 132). Esta figura sirve para pensar como la relación con uno mismo deviene luego en principio de regulación interna ante otras instancias sociales de poder (como lo es la familia, el juego, etc.).

Es así que el cuidado va a estar comprendido desde la construcción del sujeto en conjunto con un Otro que le permita no solo conocerse a sí mismo para cuidar de sí, sino que además poder desarrollarse como sujeto político. Esto también significa que, a través de las prácticas de *gnothi seauton* y la *epimeleia heautóu* con ese Otro se logra lo que Foucault (2008) planteaba como *sapientia*. Convirtiendo al sujeto en uno *sapiens* (que se ame y conozca) para operar socialmente superando otras formas que le dificulten su relacionamiento político. Un ejemplo de ellas es el sujeto *stultus* (disperso en el tiempo, sin noción de cambio vital, paso del tiempo, memoria o voluntad) (pp. 137-138). De esta forma se permitirá la realización de una *Enkrateia* que habilite a la persona operar socialmente y regularse internamente.

Es necesario resaltar aquí el aporte que realiza Deleuze (1986) ante la relación que puede surgir consigo mismo y la interacción con las relaciones de poder-saber que interioriza el sujeto a través de sus pliegues. Esto puede derivar en constituciones morales, siendo diagramado por el saber de su momento y cómo opera este en las mencionadas relaciones. Ante este panorama, se puede originar una sujeción en vez de subjetivación, una sumisión ante el otro a través de los mecanismos de poder y la vida cotidiana en conjunto con un apego a su identidad y conocimiento de sí (p. 135). Es por ello que se pretende pensar al cuidado por fuera de esta situación y basándose en una resistencia al poder y los modos de saber hacen sujeción al individuo. Para eso es necesario que la relación entre los sujetos posea una cuota de resistencia al poder, pudiendo así constituir al sujeto de otros pliegues disímiles de los compuestos por el Saber-Poder en la persona.

imprescindible escuchar a la persona que sufre, reconociéndolo como un semejante, despojándolo de poderes, discursos y prácticas sometedoras.

49 Deleuze realiza la siguiente pregunta: «¿cómo se puede pretender gobernar a los demás si uno no se gobierna a sí mismo?» (1990, p. 132).

Por otra parte, al pensar al cuidado como constituyente de un relacionamiento con un Otro resulta interesante traer el concepto de *parrhesía,* o hablar franco, que Foucault (2011) toma de los griegos. Al ser una de las formas de decir veraz, consta de decirle al sujeto una verdad para desarrollar su construcción dentro de la comunidad[50] (p. 20). Constituye para el autor una noción política que luego se deriva hacia una esfera ética-personal y formativa del sujeto moral donde el Otro[51] activamente reconoce la condición humana del sujeto. Dentro de esta práctica, el Otro oficia como un pedagogo que direcciona y aconseja políticamente a la persona[52] valiéndose de la fortaleza del lazo que los une y la verdad a decir que permita el acto de parrhesía. Aquí se pondrá en juego el vínculo entre ellos[53].

Por otro lado, si bien la Parrhesía parece uno de los modos de veridicción más certero para pensar la relación entre los sujetos que están comprendidos dentro del cuidado, también se traerá los otros tipos de veridicción planteados por el autor: el Profesor, el Sabio y el Profeta[54] así como también un tipo de arte: la retórica. En el primero de estos cuatro, el profesor posee un saber de obrar, una tekhne que debe de perpetuar para que la misma continúe viva a su alumno, por lo que hay una obligación de hablar para transmitir. En la figura del sabio, si bien su decir es veraz, este habla por sí, siendo un intermediario entre la sabiduría intemporal y el sujeto que le consulta (solo responde a partir de preguntas). Por otra parte, el profeta, si bien es un intermediario, lo es entre los dioses y los humanos, develando de forma oculta lo que estos últimos no logran ver. Como tercera instancia a mencionar se encuentra el arte de la retórica que, si bien no es considerada por el autor como un decir veraz (oponiéndose específicamente a la parrhesía), es necesario traerlo como otra forma de interacción entre los sujetos. Esta interacción tiene objetivo el producir un efecto sobre la persona, estableciendo creencias o convicciones que van a derivar en conductas del sujeto. Resulta de establecer un vínculo entre lo que se dice y a quienes se dirige, no entre quien lo dice y quienes escuchan, entre los sujetos no existe relacionamiento (p. 32).

Es interesante pensar estos tipos de veridicción planteadas por el autor para pensar en la interacción y la relación entre las personas que se ven envueltas en el cuidado. Estas formas, siendo la más llamativa la de *parrhesía,* operan también a la hora del pensar el *gnothi seauton* y

50 De hecho, Foucault la caracteriza como una práctica netamente política, desarrollada en la democracia griega (p. 26).

51 El autor denomina como parresiasta al encargado de esta práctica quien, al decir la verdad, corría riesgo de irritar y ofender al sujeto a tal punto de quebrar la relación (p. 30).

52 El autor hace referencia a una práctica donde se brinda un tratamiento para el alma que contempla desde las pasiones hasta la alimentación.

53 Para el autor, el parresiasta no revela a su interlocutor lo que es, lo ayuda a reconocer lo que él es.

54 De hecho para Foucault estos tipos de veridicción se pueden combinar entre ellos y « se los encuentre en formas de discursos, tipos institucionales, personajes sociales que mezclan entre sí los modos de veridicción» (Foucault ,2009/ 2011, p. 44)

la *epimeleia heautou* como unas que permitan al sujeto, a través de un otro, repensarse como ser social mediante su vinculación y la forma de expresión de ese otro a la hora de transmitir un saber. Pensar en una intersección de ellas deriva en la idea de que es necesario un Otro para la construcción de los sujetos dentro de la polis y que estos tipos de relacionamiento (decir veraz o la retórica) se utilizan para ello. Además, el objetivo último que persigue el hablar franco es que el sujeto logre prescindir del discurso del otro ya que fue verdadero:

> En la medida en que el otro haya dado, transmitido a aquel quien se dirige un discurso verdadero, su interlocutor podrá, al interiorizar ese discurso verdadero, subjetivar, prescindir de la relación con el otro. La verdad, que pasa de uno al otro en la *parrhesía*, sella, asegura, garantiza la autonomía del otro. (Foucault, 2008, p. 361)

Entonces, proponer una clase distinta de cuidado para esta parte del texto implicaría asociarlo a estas ideas y así lograr habilitar al sujeto a pensarse como tal, a través de un vínculo con un Otro que practique estos decires veraces o retóricos para ejercitar el conocimiento y cuidado de sí. En esta toma de conocimiento sí el sujeto podrá llegar a lo que Ferrando (1995) menciona como proceso terapéutico. El autor lo califica como un:

> …proceso de aprendizaje acerca de uno mismo, los objetos, los personajes, los vínculos, los límites, las capacidades; es un camino de búsqueda de integralidad, de relativa coherencia entre vida cotidiana y los valores, es la lucha y el placer, el compromiso y el descanso, el reconocimiento, la valoración y la construcción de una identidad que se va definiendo con los otros (p. 42).

Es necesario entonces, ya que nos encontramos hablando de vínculo, traer a Enrique Pichón Rivière (1985/2002), que se refiere este concepto como uno con un carácter social, siendo que:

> …a través de la relación con esa persona se repite una historia de vínculos determinados en un tiempo y en espacios determinados (...) las características de esa estructura de relación de objeto en ese momento adquieren cierta diferenciación en ese momento y en ese sujeto, configurando un vínculo personal que puede ser diferente con otro, o con otros y también con cosas, es decir, con objetos animados y con objetos inanimados (p. 47)

Entonces, para el autor, no existen relaciones impersonales, ya que:

> El vínculo de a dos se establece siempre en función de otros históricamente condicionados en el sujeto y que, acumulados en él, constituyen lo que llamamos inconsciente. El inconsciente está pues constituido por una serie de

> pautas de conducta acumuladas en relaciones con vínculos y roles que el sujeto desempeña frente a determinados sujetos. (Pichon Rivière, 1985/2002, p. 49)

Es así que, en teorizaciones posteriores, se refiere al mismo como: «una estructura compleja que incluye un sujeto, un objeto, su interacción y procesos de comunicación y aprendizaje» (Pichon Rivière, 1995, p. 24). En esta estructura, tanto emisor y receptor se encuentran en constante aprendizaje y modificaciones: «Entre sujeto y objeto se establece un diálogo de símbolos y respuestas, una modificación permanente del uno y del otro» (p. 25). El autor también habla de que el vínculo es siempre bicorporal (entre dos sujetos) y tripersonal, donde existe un tercero: «En la relación de dos personas aparece un tercero, que puede ser una persona, un objeto, puede ser una función orgánica que no funciona, o una representación simbólica de una persona. Es decir, los terceros pueden ser múltiples como identidad» (Rivière, 1995, p. 26). Este tercero cobra vida en el interjuego de las interacciones de los sujetos haciendo que modifiquen su vida psíquica, desarrollando códigos para ello. Entonces, se puede pensar en el aporte que realiza el Otro en el cuidado para modificar, vínculo mediante, la relación interna del sujeto para con esa figura de tercero.

Resulta necesario plantear que al trabajar con el vínculo inevitablemente se trabaja con los afectos; entonces, un concepto que puede servir es el de *cercanía óptima* acuñado por Mercedes Nieto (2017). La autora define la misma como:

> …una construcción que implica cuidar el suficiente grado de afección que uno tiene con las situaciones y los sujetos involucrados, para poder intervenir (...) La suficiente cercanía para afectar y dejarse afectar, pero también para no confundirnos, fusionarnos y sobre-identificarnos con la situación y los sujetos. La conciencia de esta cercanía funciona en forma de advertencia en una relación necesariamente asimétrica de roles pero que implica una presencia auténtica, genuina y afectiva. Y se consigue acompañado necesariamente del trabajo en equipo y de la capacidad de trabajarse a uno mismo, gestando y cuidando espacios de reflexión sobre la práctica. (Nieto, 2017, p. 1)

Siendo este concepto diferente al de distancia óptima[55], podemos pensar que para trabajar desde el vínculo, el acompañamiento y los límites resulta imprescindible mantener esa cercanía

55 Nieto (2017) propone la utilización de este concepto en vez del de Distancia Óptima/Operativa debido a que para realizar intervenciones es preciso acercamiento y perspectiva. Para continuar pensando, Vacarezza (2008) plantea que: «no creo que exista «una» distancia sino muchas; tantas como personas y situaciones se presenten al actuar; cada una de las cuales se va construyendo en la interacción de las subjetividades y de las condiciones objetivas que se juegan en cada situación particular (párr. 32).

para poder operar y realizar un trabajo con el sujeto en situaciones cotidianas. Es una construcción que se da con un Otro trabajador, intercambiando miradas acerca de la práctica debido a que:

> …sabemos que cuando trabajamos con personas se implican los mundos internos, sus experiencias, deseos, historias, representaciones y su relación con el mundo externo. En ese encuentro, quien coordina, quién educa, quien forma parte del equipo, tiene una intención de estar allí, tiene un por qué, que implica un rol diferenciado, asimétrico (no distante) y por ello tiene una responsabilidad. Quien coordina, quién educa, quien forma parte del equipo, también es persona con afectos, los cuales se pondrán (y es preciso poner) en juego a la hora de vincularse. (Nieto, 2017, p. 1)

Entonces, resulta inevitable que ambas partes pongan en juego el afecto para poder trabajar. Esto permitirá, según la autora:

> Generar vínculos con límites y presencia activa, que recepcionen, que contengan, que configuren espacios de cuidado, centrados en la tarea y atravesados por la realidad pero con variables estables que permitan potenciar elementos que en situaciones cotidianas no son posibles. (Nieto, 2017, p.2)

Capítulo 3

Problema

Desde mediados de los 80, a nivel mundial, se plantea la necesidad de realizar reformas en SM centradas en el pasaje de un modelo asilar a uno de integración social donde se garanticen los derechos del sujeto. Esto implica, entre muchas cosas, el no vivir aislado de la sociedad y desarrollar un modelo de atención comunitario (OPS/OMS 1990, 2005).

En agosto del 2017 se aprueba en Uruguay la Ley de salud mental N.º 19.529 que apunta al cambio de modelo mencionado, estableciendo el cierre de las instituciones monovalentes y asilares para el 2025. Existen, a partir del PNSM y sus diferentes actualizaciones (1986/1995/2005/2020), cuatro modelos de vivienda que se desarrollan desde ASSE para usuarios de SM que apuntan a resolver la problemática tanto de desinstitucionalización como de vivienda transitoria. Estos dispositivos[56] se diferencian en relación a los grados de autonomía de las personas (García y López, 2017; MSP, 2019; Uruguay, 2019); las personas encargadas de «cuidar» realizan diversas tareas y los planteles técnicos están compuestos por psiquiatras, enfermeros, educadores, psicólogos, asistentes sociales, etc.

En nuestro país, hasta el momento, no existe legislación que regule el funcionamiento de las casas; tampoco reglamentaciones que especifiquen lo que es un cuidador o sus prácticas dentro de ellas. De la misma forma, el cambio de modelo planteado queda en cuestión cuando en nuestro país solo existe un 30 % de recursos humanos de SM en ASSE destinados a trabajar dentro del territorio (Romano, 2018).

Por otra parte, se observa el uso de diversas nominaciones para algunos cargos de los trabajadores de estas casas; por ejemplo, operador terapéutico, referente de convivencia, monitor, acompañante terapéutico, etc. No hay una definición específica de lo que es ni tampoco de la formación que se necesita para desempeñarse como trabajador. Esto último genera un vacío dentro del cual pueden surgir muchas «micro» figuras para las mismas prácticas, contratándose trabajadores (Psicólogos, Educadores, Auxiliares de Servicio, Auxiliares de enfermería, o simplemente con formación de ciclo básico completa) para esos

56 Las CMC son definidas como residencias «pre-alta» para personas que egresan de una internación o se encuentran en un período «post-crisis» y que necesiten un apoyo especializado (Del Castillo et al., 2011; PNSM, 2019; Uruguay, 2019). Las VA son definidas como casas que prestan apoyo especializado a personas con discapacidad intelectual. En estos dispositivos los funcionarios se encuentran acompañando 24 horas. Las VS cuentan con asistencia de menos carga horaria por parte del trabajador y están enfocadas en usuarios que no cursaron una internación manicomial.

cargos que guardan relación con el cuidar y el acompañar. Esto hace pensar en múltiples miradas vinculadas con estas prácticas.

Dado el actual contexto de cambio de modelo en SM y ante la diversidad de roles, cargos, y tareas dentro de las casas es que surgen las siguientes interrogantes en torno a la pregunta de cómo significan el cuidado los trabajadores de estos dispositivos y qué características tienen: cuidado como recurso, cuidado como co-trabajo o cuidador como cliente; cuidado implicado, cuidado gestionado y cuidado conflictivo (Twigg y Chesla como se citaron en De la Cuesta Benjumea, 2007). Dichas interrogantes se agrupan en tres:

En relación a lo que es el cambio de modelo: ¿Qué significa cuidar a otro en los tres dispositivos mencionados? ¿Qué características poseen las significaciones de las prácticas del cuidado en este cambio de modelo? Cuando el cuidador no sabe cuidar, ¿qué se hace? ¿Las prácticas del cuidado refieren exclusivamente a un modelo biologicista? ¿Existe una concepción distinta al modelo manicomial que contemple el contexto del sujeto y su historia además de la interacción de este último con la comunidad? En cuanto a la relación cuidado-prácticas de poder, ¿responderá el cuidado a un dispositivo integrado con estrategias y relaciones cuyo objetivo sea el de conducir las conductas de las personas que se encuentran por fuera de un parámetro de normalidad en la sociedad?

En cuanto a la formación del cuidador: ¿Qué formación posee y cómo influye en la práctica del cuidado?, ¿existe alguna figura que cuide al cuidador?, ¿qué ocurre cuando los que cuidan a los cuidadores no los cuidan ni los capacitan? Con esta pluralidad de profesionales que trabajan los dispositivos, ¿qué lugar posee la formación en la labor diaria del cuidar? ¿Se requieren características personales para llevar a cabo la tarea del cuidado?

En referencia al vínculo que se gesta en la labor cotidiana del trabajador/residente: ¿qué lugar ocupa el afecto en el cuidado?, ¿cómo se generan prácticas de cuidado que fomenten la autonomía y la libertad?, ¿de qué manera se negocia el cuidado cuando el otro no se sabe cuidar?, ¿qué importancia posee el vínculo del trabajador/residente a la hora de pensar la práctica del cuidado?, ¿de qué forma visualiza el trabajador este vínculo en lo cotidiano con el residente?

Objetivos

Objetivo General:

-Indagar sobre las significaciones de las prácticas del cuidar que tienen los trabajadores dentro de los dispositivos sustitutos al modelo asilar en Uruguay.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar las significaciones de las prácticas del cuidar dentro de este cambio de modelo en la SM del Uruguay.
- Indagar a qué lógica del cuidar refieren estas significaciones.
- Sistematizar las prácticas del cuidar para lograr un mejor entendimiento de estos dispositivos en el marco del proceso de cambio de modelo.

Diseño Metodológico

Para investigar sobre las significaciones del cuidado que tienen los trabajadores de DSMA se planteó un diseño de corte cualitativo, dado que dicha metodología permite la articulación de conceptos teóricos y la comprensión que los sujetos poseen del mundo (Hernández et al., 2006), facilitando una indagación del sentido y el significado a sus acciones sociales (Perelló, 2010). Es así que dicho enfoque permite percibir la realidad de los sujetos sin dejar de lado la teoría (Hernández et al., 2006). Esto admite un acercamiento íntimo con la persona, escapando al cuestionario impersonal de la metodología cuantitativa y así lograr visualizar en el discurso lo que el sujeto entiende por cuidado. Sumándose a ello, contribuye a que se reflexione acerca de su práctica cotidiana (o por lo menos a darse cuenta de que necesita reflexionar), lo que permite una búsqueda de sentido para la misma (si es que aún no la tiene).

Puntualmente se eligió la técnica de la entrevista en profundidad, puesto que le brinda libertad a la persona para contestar-reflexionando (Taylor y Bodgan 1987); constituyendo así una vía válida para acceder a sus historias y experiencias (Maffezzolli y Boehs, 2016). Además, se la considera una vía regia para indagar las representaciones sociales de cada persona

(Delgado y Gutiérrez, 1999 citado en Batthyány y Cabrera, 2011). Se utilizó el criterio de saturación teórica (Hernández et al., 1991/2006) siendo que, a medida que no surge información nueva dentro de las entrevistas, se comprende que no es necesario seguir recabando información. Asimismo, se realizó una búsqueda bibliográfica que permitió el armado de los antecedentes y la visibilización de las pocas producciones académicas en torno al cuidado y la SM dentro de los DSMA. La investigación para Uruguay se centró preferentemente en sitios web, noticias relacionadas para estos dispositivos y Trabajos de Grado y Posgrado que hicieran referencia a la temática.

Si bien al principio de este proyecto se planteó la realización de entrevistas a trabajadores de CMC para Usuarios en SM y a referentes en la temática, debido a diversas cuestiones que surgieron en el desarrollo de la investigación[57] el universo de la muestra se amplió a trabajadores de DSMA de corte VA y VS. De todas formas se consideró a la situación una oportunidad beneficiosa para el proyecto, ya que el contacto con otros dispositivos contribuyó a enriquecer la investigación.

Los contactos de las personas a entrevistar surgieron a partir de la presentación del proyecto en un centro de rehabilitación privado y se utilizó la técnica «bola de nieve» para acceder a trabajadores que estuvieron interesados en contribuir en la investigación. Por otro lado, y si bien se profundiza en la implicación del investigador, el ser trabajador de una CMC permitió al investigador poder realizar contactos con personas interesadas que accedieron e incluso ayudaron a conectar con más trabajadores.

En todas las entrevistas se le explicó a los sujetos los fines de la pesquisa y la importancia de su participación. Finalizada la instancia, se animó a la persona a que le comunique a otros sujetos este proyecto y, si lo deseaba, brindara los datos para generar el contacto para una entrevista. Cabe resaltar que la mayoría de las entrevistas se realizaron mediante los programas Zoom y WhatsApp, siendo grabadas bajo consentimiento de los entrevistados. Esto también se dio por dos motivos: la distancia con algunos de los participantes y el cambio en el relacionamiento que vivimos todos los seres humanos a raíz de la pandemia por el virus COVID-19. Casi todas las entrevistas tuvieron una duración aproximada de una hora y media, salvo una que duró 45 minutos aproximadamente, debido a que se consideró que los entrevistados se explayaron lo suficiente como para evitar otra instancia de indagación.

57 Una de ellas fue la poca accesibilidad por parte de ASSE para contactar trabajadores de esa clase de dispositivos. En concreto, se enviaron correos electrónicos que no fueron contestados, no existe información por parte del ente para contactar estos dispositivos. Seguido de contactos con algunos trabajadores que nunca concretaron entrevistas.

Es de destacar que para preservar la identidad de los trabajadores se prosiguió a nomenclar cada entrevista con una letra del abecedario; esto también se pensó para las personas nombradas por los entrevistados. Para lugares referenciados por ellos y que tienen una relevancia importante en el análisis, se prosiguió a sustituirlos por una sigla con el fin de preservar la identidad del entrevistado. Como ejemplo, una institución donde trabajan algunos de los entrevistados se puso «[institución]», otro ejemplo es un dispositivo donde trabajó uno de los entrevistados que se usó «CMC2».

Pretendiendo que los entrevistados dieran cuenta de la problemática, se eligió la mayor heterogeneidad posible de trabajadores mayores de 18 años y que tengan una experiencia de trabajo entre dos y ocho años. Por otra parte, cabe resaltar que los informantes calificados han participado dentro del proceso de formación e implementación de políticas públicas abocadas a la temática en cuestión (nacional e internacional), así como también generaron insumos académicos relacionados y poseen una experiencia de más años. Es necesario aclarar que de los referentes en el tema uno continúa trabajado en el manicomio. En cuanto a los trabajadores de los DSMA, ninguno ha trabajado dentro del Hospital Psiquiátrico. Se entrevistó a un total de once personas:

- Tres funcionarios correspondientes a un dispositivo de corte CMC en SM de institución paraestatal con convenio con ASSE
- Dos correspondientes a residencia con apoyo relacionado a un ex programa estatal
- Cuatro de apartamentos supervisados- Institución privada
- Dos personas consideradas referentes en la temática

En la siguiente tabla presentamos el perfil del total de los entrevistados/as:

Tabla 1

Perfil de los entrevistados

Cód. Entrevis-ta	Géne-ro	Edad	Profesión	Cargo	Dispositivo	Expe-riencia	Observaciones
A	F	51	Psicóloga	Operador Terapéutico	Casa de medio camino	5 años	Experiencias cercanas familiares y pérdidas. año: 2020
B	M	34	Psicólogo	Psicólogo	Vivienda Asistida	7 años	Multiempleo. El cuidado como algo informal «familia y amigos». Labor de militancia en SM. Trabajo en dos casas de medio camino en distintos cargos fecha: 2021
C	M	26	Psicólogo	Operador Terapéutico	Casa de medio camino	3 años	Multiempleo. Realiza-ción de posgrado. Entrevista Académica, psicoanálisis fecha:2021
D	F	36	Casi Educadora	Operadora (se define así a pesar que en su recibo dice tallerista)	Vivienda Supervi-sada	4 años	Multiempleo. Certera en definiciones. Poco académica y más Práctica. Interés por la labor social. Primera experiencia en SM. Experiencia en hogar INAU fecha:2021
E	F	46	Educadora Preescolar Curso de acompañan	Operadora	Vivienda Supervi-sada	6 años	Multiempleo. No teórica, si práctica. Experiencia con

			te terapéutico brindado por la inst en que trabaja				niños de 2 años y hogares de adolescentes fecha:2021 Multiempleo. Posgrado. Trabajo en dos programas distintos de SM. Posible desgaste.
F	M	31	Psicólogo	Operador	Vivienda Supervi-sada	4 años	Consistencia teórica y cita de autores. Ex bombero (profesión) Experiencia cuasi Psicótica con marihuana. fecha: 2021
G	M	37	Psicólogo	Operador	Vivienda Asistida	2 años	Multiempleo. Posgrado. Inmigrante. Experiencia en Marketing. Músico. Trabaja ahí por necesidad. Discurso histriónico-paternalista-protector. fecha: 2021
H	M	58	Enfermero	Enfermero	Manicomio	38 años	Referente en el tema. Panorama militancia Desmanicomiali zante En provincia Argentina fecha: 2022
I	M	65	Psicólogo	Psicólogo	Fundación que solventa distintos dispositivos	33 años	Referente en el tema. Asesoró a ASSE y MSP con el cambio de modelo Español

							fecha: 2021
J	M	47	Psicólogo	Coordina-dor	Casa asistida	8 años	No posgrado. Si grado. Única experiencia en el centro e hizo carrera ahí. Titiritero fecha: 2021
K	F	30	Psicóloga	Operadora Terapéutica	Casa de medio camino	6 años	No formación académica en psicosis (si práctica). No se imaginó, pero decantó y le gustó. Multiempleo y posgrado. fecha: 2021

Nota: Elaboración propia.

Cabe mencionar que dentro de la población de trabajadores entrevistados existen algunos que fueron empleados en distintos DSMA y un solo referente en el tema trabaja en el manicomio. Esto denota una complejidad sumamente interesante del desarrollo laboral de los funcionarios que nutrirá la investigación, ya que la experiencia no se encuentra ligada únicamente a un determinado estilo de dispositivo (manicomio, CMC, residencia asistida o apartamentos supervisados). Esta complejidad se complementa y permite, a la hora de realizar la entrevista, visualizar comparaciones entre dispositivos, estructuras y formas de funcionamiento. Por otra parte, también se entrevistó a personas cuya formación en SM se generó en instancias dentro del mismo dispositivo donde se trabajaba. Otras de las características que se pudo visibilizar fue que la mayoría de estos trabajadores cursaron formación de grado en área social (psicología o educación social) o hicieron cursos que guardan relación con la temática. El área de psicología prima en todos los dispositivos, siendo que en su mayoría poseen estudios o se encuentran estudiando posgrados. Casi todos los entrevistados recurren al multiempleo.

A la hora de diseñar las pautas de entrevista a realizar se jerarquizaron las siguientes áreas para indagar y colaborar luego en el análisis:

a) Presentación de la persona y la descripción del dispositivo donde trabaja.

b) Área de cosmovisión del sujeto (nociones de cuidado, vínculo y afección) y cómo se entrelazan. Se realizaron preguntas disparadoras como: ¿qué es para vos el cuidado?, ¿qué significa el vínculo en tu trabajo?, ¿cómo pensás el afecto en él?

c) Situaciones personales que hayan influido dentro de su trayecto de vida en la elección laboral.

d) Palabras y frases disparadoras como:

- Diagnóstico.
- Lo denominado por el investigador como «las tres R» (Rehabilitar, Reinsertar y Recuperar).
- La dicotomía Enfermedad Mental/Salud Mental.
- Gestionar la vida desde un lugar de poder.

e) Palabras que el entrevistado haya dicho a lo largo de la entrevista y sirvieran luego como otro disparador de discusión.

A partir de estas áreas y de la información obtenida, se confeccionaron para el análisis las siguientes categorías que permitirán triangular lo recabado:

-Presentación de los dispositivos: similitudes y diferencias: aquí se buscó clasificar dentro de las entrevistas todo lo que guarde relación a los dispositivos que hagan mención los sujetos, comparándose luego. También se colocó, en el caso de que los sujetos lo mencionen, parte del organigrama institucional donde se encuentra inserto el dispositivo, jerarquías internas o externas, forma de funcionamiento, carencias, etc.

-El cuidado y los otros sociales: En esta categoría se intentó colocar fragmentos de las entrevistas en donde los sujetos mencionaron cómo es la relación de los otros y el cuidado, cómo es la característica del vínculo que se desarrolla, afecciones, el lugar social que se le da a la población con quien trabajan, etc.

- Conceptualización del cuidado: Esta categoría busca cotejar lo que los sujetos de las entrevistas entienden por cuidado.

- Prácticas del cuidado: En esta dimensión se colocó el conjunto de acciones, prácticas o verbalizaciones por parte de entrevistados que hagan o nutran al cuidado de la población con la cual trabajan.

- Imagen de sí mismo: Bajo esta categoría se ubicaron los enunciados que guarden relación a la percepción que el entrevistado tenga de sí, su tarea o la forma en que lo hace, formación, etc.

- Estrategias de autocuidado: Esta categoría remite al conjunto de acciones, tanto prácticas como teóricas que el entrevistado desarrollará para salvaguardar su salud ante el

complejo desarrollo de su tarea y con la población que trabaja. También se resalta si existe este cuidado o si existe de una forma solapada.

- Cuidado y contra cuidado: En esta dimensión se encontrarán los fragmentos de entrevistas que contemplen un cuidado o prácticas del cuidado que surjan desde la población con la cual los sujetos trabajan. Estas prácticas o conceptos nacen del relato del trabajador donde menciona situaciones en las que se sintieron cuidados por ellos.

- Lo no dicho: Dentro de este eje se buscó ubicar todo lo relacionado a la historia personal del sujeto y su empleo actual como cuidador. Un ejemplo de esto son: el desarrollo tareas de cuidado informal (familiar, por ejemplo), simplemente por necesidad, vocación social, experiencias cercanas con crisis en SM, etc.

Consideraciones de mi Implicación dentro de esta Investigación

Comenzando este breve apartado dentro de la metodología, es necesario destacar el concepto de *implicación* que, acuñado por Lourau (1978), sirve para pensar el proceso que vivió el investigador- trabajador de dispositivo, cristalizándose en la investigación y posterior escritura de tesis.

Acerca de la implicación, María José Acevedo (2002), retomando a Lourau, aclara lo siguiente:

> La implicación viene con nosotros en tanto sujetos sociohistóricos y políticos, y es activada por el encuentro con el objeto: el otro, los grupos, las instituciones, en fin, todo aquello que involucre un pronunciamiento o una acción de nuestra parte. Lo deseemos o no estamos involucrados intelectual y afectivamente, sujetos a una particular manera de percibir, pensar y sentir en razón de nuestra pertenencia a una determinada familia, a una cierta clase social, como miembros de una comunidad religiosa, como partidarios de una corriente política, como profesionales de tal o cual disciplina, y esas implicaciones condicionarán nuestros juicios y nuestras decisiones. (p. 9)

Pensando al investigador a partir de este párrafo, es necesario resaltar que el proceso de la investigación fue variando según el momento que transitaba la persona que investigaba, su historia personal y su contexto. Como ya se dijo, quien realizó esta investigación también es trabajador en una CMC, lo que posibilitó los contactos con los trabajadores de uno de los dispositivos (oficiando de portero institucional). Por otra parte, al comienzo de este proceso se generaron resistencias de parte del investigador debido a que iba a entrevistar compañeros de

trabajo con quienes tiene vinculación diaria. Esto provocó una constante tensión interna para con el investigador relacionada a la responsabilidad de la privacidad de los entrevistados y como esta investigación los afectaría a futuro.

En conjunto con lo anterior, hubo dificultad en visibilizar y teorizar la tarea cotidiana como una de cuidado. Esto quiere decir la necesidad de situarse uno mismo desde la teoría (aunque por momentos resonaba de forma solapada) que no se presentaba conscientemente. A medida que se realizaba las entrevistas, fueron surgiendo ideas que ayudaron a repensar la práctica cotidiana, contribuyendo por momentos a «endurecer» o «ablandar» las resistencias dentro del proceso de investigación. Esto puede ser también debido a las entrecruzadas éticas donde se encontraban «el ser, el deber ser y la práctica» en el investigador mismo.

Además de lo anterior, quien escribe posee una trayectoria de militancia social y está convencido de que la SM va más allá del modelo asilar, y piensa tanto que la creación de DSMA, así como la necesidad de generar redes, colaboran en que trasciendan ese modelo. Entonces, resulta más accesible pensar esta idea para con el modelo asilar y el manicomio que estar a la vigilia de conductas fuera de él, debido a que la práctica es algo que interpela todos los días. Por otro lado, se generó también la difuminación de límites ante la tarea de la producción académica, la militancia y el trabajo. Siendo que el compromiso del militante también tiene un relacionamiento con el trabajo, se toma las preguntas de Javier Pereyra (2018): ¿Es tan clara la terceridad llamada trabajo? ¿Se trata, acaso, de cumplir horas de trabajo? ¿Es una militancia el trabajo de externación de los neuropsiquiátricos? (p. 175). En el caso en particular del investigador, no solo se trata de cumplir horas, se trata de militancia. En parte, significa que el técnico o profesional comprometido con un cambio social debe de servir como potenciador de procesos que funcionaban anteriormente a él y, por otro lado, se trata de hacer todo lo que se pueda y hablar lo justo[58]. Esta doble base, el ser militante y trabajador de lo que se milita, significa además el estar constantemente con la responsabilidad de tener claro que nos encontramos trabajando con seres humanos que transitaron por condiciones desfavorables; una de nuestras tareas es mostrar que otros mundos son posibles si se construyen junto a un Otro. Agregando, siendo egresados de nuestra universidad pública nos debemos a las personas y a nuestra «polis», conservando la sensibilidad y humanidad hasta en los lugares más oscuros, de esos que nadie quiere ni ver, ni oír, ni sentir. Por otra parte, si bien con la tutora se han compartido otros espacios dentro de la militancia desde el inicio de la carrera de grado, el relacionado con el proceso de Maestría sirvió para re-pensar juntos

58 En términos criollos «hablar menos y hacer más», «prometer y cumplir, no bicicletearla»

aspectos ocultos de la militancia, el trabajo y de cómo la historia personal no escapa a la investigación[59].

Continuando, la experiencia cercana al Hospital Psiquiátrico y a la locura desde niño provocó una inesperada familiaridad que actualmente sirve para operar dentro de la mencionada institución, ubicándola desde un lugar de cercanía y de no ajenidad.

Finalizando este apartado, cabe resaltar que en el transcurso de esta investigación quien escribe vivió circunstancias personales que interpelaron (y continúan haciéndolo) su saber referente al cuidado. Una de ellas es el hecho de convertirse en padre, lo cual permitió visibilizar aspectos personales en torno a esa temática y la dependencia, que hasta ese momento eran impensados. Por otra parte, la enfermedad y el acompañamiento de un familiar muy cercano permitieron reflexionar acerca del cuidado informal, el esfuerzo artesanal que realizan familiares puntuales y la soledad a la que quedan atados. Ambas situaciones, resumidas en la vida y la muerte (¿y por qué no decirlo también?: la locura[60]), es a lo que remite la tarea del cuidador: acompañar, asistir, contemplar, contener, dar límites y estructurar y/o dar cauce. Oficiar de humanizador en procesos tan humanos que son deshumanizados muchas veces por los saberes técnicos o el resto de la familia.

Capítulo 4. Análisis y Resultados

Presentación de los Dispositivos por parte de los Entrevistados

En esta sección los entrevistados narran los dispositivos sustitutos al modelo asilar en los que trabajan, siendo estos Casa de Medio Camino (CMC), Vivienda Asistida (VA) y Vivienda

59 La historia los enlaza, los cruza, los une mediante una especie de «tejido». ¿Seremos las personas parte de la técnica del Crochet y la de Hilorama?

60 Esto nos retrotrae a Horacio Quiroga y el título de uno de sus libros «cuentos de amor, locura y muerte» para pensar en estas dimensiones como las más humanas y por la que toda persona transita, al menos una vez en su vida.

Supervisada (VS). Se pudo apreciar que algunos de los entrevistados contaban con experiencia anterior en dispositivos de SM. Tomando como ejemplo a uno de los entrevistados, previo a desempeñarse en la VS actual trabajó en una casa de medio camino (CMC2). Otra situación es la de un funcionario que además de trabajar en una VA, también lo hacía en un Refugio. Estas circunstancias permitirán ampliar el panorama de conocimiento acerca del universo laboral de los trabajadores.

Primeramente se contempla que estos dispositivos se encuentran insertos dentro de un marco institucional: una Institución estatal, una institución privada y un ente para-estatal. Cabe resaltar que ninguno de los trabajadores entrevistados trabajó en el manicomio.

Adentrándonos en la descripción de las entrevistas se rescata que los dispositivos de corte CMC o VA son soluciones habitacionales transitorias que pretenden funcionar lo más cercano posible a un «hogar» para residentes que transitaron una larga estadía en manicomio y situaciones de extrema vulnerabilidad. Los entrevistados mencionan que se trabaja para volver a vivir dentro de la rutina de una casa, conviviendo con otras personas dentro de la comunidad. A su vez, estos dispositivos tienen características particulares enfocadas al tipo de población a la cual va dirigida. Como ejemplo se puede mencionar el estar acompañado por funcionarios las veinticuatro horas del día, tomar medicación, etc. Los trabajadores son los encargados de acompañar a los sujetos en una psicoeducación para retomar hábitos de higiene, convivencia y cuidado (de sí, el otro y el espacio) presentando, como ya se mencionó, la idea de hogar como referencia. El trabajador B hace mención a que estos dispositivos tenderán a suplir las falencias en las necesidades básicas (cama, ropa, tratamiento médico, etc.) y desde ese punto comenzar a trabajar para una mayor autonomía. Se plantean como instancias que habiliten a oportunidades de trabajo, de educación, etc.:

> *«Más allá de todo ese conjunto de cosas que entendemos como necesidades básicas, ¿no?, aparte de las necesidades básicas satisfechas, hay que pretender a algo más y estos dispositivos claramente tienen que apuntar a eso, ese algo más, posibilidades educativas, posibilidades de formación laboral, oportunidades laborales.»* (Entrevistado B, 2021)

Estos dispositivos se encuentran encarando un panorama complejo, debido a que:

> *«Es un cruce entre discapacidad y pobreza, y muchas veces generaciones de pobreza. Es que bueno, que esas cosas básicas no están, a veces nunca estuvieron, entonces claro, a la persona juega… estoy acá, las comidas siempre están, la cama, mi cuarto, hasta una tele, para la pensión me puedo comprar un celular, ya está…no tengo que gastar… no está… este… la*

> *cuestión digamos es como tendiente a justamente, a otro montonazo de cosas que tengan que ver con… ya te digo con un posible habitar digamos, como persona que vive en su casa, porque esto en el hogar se hace mucho hincapié también, esta es tu casa, y vos podes transitar por toda esta casa, salvo el espacio de la oficina, ese espacio es como una cancillería dentro de la casa pero… bueno, que habite su casa, pero que pueda habitar también un barrio, pueda habitar una ciudad, que tenga redes y amigos, que tenga familia cuando la hay y muchas veces está bueno que la haya y muchas veces es mejor que no la haya* (inaudible). *Pero creo que hay que tender a eso, ¿no?»* (Entrevistado B, 2021)

Estos elementos que menciona el sujeto son estructuras que posibilitan el habitar teniendo las necesidades básicas satisfechas y dando posibilidades que algunos no vivieron. Brindarle al residente nuevas posibilidades.

Se puede visualizar lo específico que son los perfiles de los residentes (inclusive entre CMCs). Según las entrevistas es posible diferenciar:

En el caso de la VA el enfoque poblacional se caracteriza por poseer «discapacidad psíquica o intelectual» o «diversidad funcional».

La CMC1 se especializa en usuarios judiciales con un largo período de institucionalización que, autorizados por el juez, pueden pasar a residir ahí.

La CMC2 mencionada por uno de los entrevistados se enfoca en usuarios que fueron parcial o totalmente compensados de una crisis.

Las VSs de la institución privada se caracterizan por atender una población de sujetos que no se encuentran en crisis, ni pasaron por instancias judiciales y tienen otro tipo de contención por fuera de las VSs.

En todos los dispositivos podemos ver por parte de los entrevistados que se piensan como estructuras que habilitan la integración social dentro de la comunidad. Específicamente hablando, en el caso de la CMC1 y la VA, luego de años de vulneración de derechos y aislamiento social, la persona convive en una casa junto a otros sujetos que también se encuentran atravesando un proceso de reinserción dentro de un barrio. Si bien cada dispositivo posee sus diferencias en cuanto al funcionamiento, el trabajo se enfoca en ejercitar la autonomía de la persona, manejar situaciones que surjan en la cotidianeidad y desarrollar habilidades sociales, siempre apoyados por los trabajadores.

En el caso de los funcionarios entrevistados de la VA, se puede apreciar que existe un desfasaje entre los tiempos institucionales y los tiempos del dispositivo, influyendo esto en su

funcionamiento. Ni equipo, ni funcionarios o residentes tienen participación en la toma de decisión sobre ingresos y egresos a la VA, viniendo directamente de la institución privada la «orden».

En la CMC1 la situación resulta distinta a la de la VA. Algunos de los residentes y trabajadores concurren a otro dispositivo dentro del Hospital Vilardebó, siendo esta instancia una de convivencia con el sujeto que posiblemente egrese del manicomio. La coordinadora y la psicóloga consultan a los integrantes de la CMC1 y funcionarios acerca de la persona antes de egresar; luego al psiquiatra de sala y posteriormente al juez (debido a la inimputabilidad).

Continuando con la VA, por parte de un entrevistado se ve la idea de ausencia de visibilidad y reconocimiento a la tarea que realizan los trabajadores por parte de la institución. También se vislumbra un desconocimiento por parte de los funcionarios de la ubicación del dispositivo dentro del organigrama institucional; podría deberse a la noticia que circulaba al momento de efectuar la entrevista con referencia a cambios dentro de la institución estatal[61].

Por otra parte, los trabajadores de la VA mencionan la falta de otros dispositivos que contribuyan a desarrollar aún más la autonomía de los residentes, influyendo en el tiempo de estadía de la persona dentro del hogar, debido a que no posee otro lugar para habitar. Esto difiere en las CMC, donde la CMC 1 integra una red de dispositivos que contempla otras áreas de la SM como lo son la de trabajo y vivienda; y la CMC2 posee una continuidad de dispositivos de corte VS.

En cuanto a los planteles técnicos, tanto en la VA como en las CMC los funcionarios acompañan 24 horas a los residentes. Generalmente se componen por cargos de técnicos «sociales». En la VA existe el cargo de coordinador/a, asistente social y psicólogo, mientras que en la CMC1 solo existe coordinadora (auxiliar de enfermería) y psicología. De la VS no existe dato concreto sobre estos cargos, si de coordinador y psicóloga.

Por otra parte, existen en todos los dispositivos indagados lo que se denominará como cargos de trabajadores «primera línea» que conviven con los residentes por 6 u 8 horas diarias —en el caso de las CMC o VA— y de 2 a 4 horas en las VSs. Se los denomina de esta forma debido a la percepción de dos entrevistados de VS; son «la línea de fuego». Estos cargos de «primera línea» también están compuestos en su mayoría por profesionales titulados de ciencias sociales o estudiantes que incurren al multiempleo (en el caso de las VS, el trabajador concurre a varias). En un entrevistado de la VA se visualiza la palabra *precarización laboral* por parte de la institución estatal a la cual pertenece; no aparece en otros.

61 La noticia guardaba relación con la fusión del Sistema Nacional de Cuidados y el Programa Nacional de Discapacidad (Alianza de Organizaciones por los derechos de las personas con discapacidad en Uruguay, 2020).

En el caso de la VA, la pluralidad de profesionales del ámbito social en los «primera línea» permite una permeabilidad en la presentación de propuestas e intervenciones sobre la población. Esto también puede deberse al desconocimiento de la institución central acerca de cómo funciona el dispositivo o de una falta de directiva principal que encare un rumbo.

Todos los trabajadores de los dispositivos investigados coinciden en un mismo punto: evitar la masificación con un número reducido de residentes en cada dispositivo (la CMC1 posee 7, la VA 8, la VS 4 y la CMC2 12). Un trabajador puntual menciona que es importante que se dé gradualmente el ingreso de nuevos residentes, cuestión que permita al dispositivo la adaptación al mismo. Esto contribuye a brindar una mejor atención y seguimiento.

En la CMC1 los funcionarios de primera línea son cinco, trabajan 36 horas semanales, librando 1 día rotativo. A su vez, hay dos técnicas: la coordinadora con 36 horas semanales y la psicóloga con 12 horas; igualmente están presentes ante cualquier situación por fuera de esa carga horaria. En este dispositivo y en la CMC2 el trabajador transcurre la mayoría del turno individualmente, salvo el horario superpuesto del relevo (generalmente una hora), donde llega otro compañero. En la VA son dos horas de superposición.

En la VA se encuentran ocho funcionarios de primera línea que trabajan 40 horas semanales, librando dos jornales. Los técnicos son tres: coordinadora, asistente social, y psicólogo (con menor carga horaria que los funcionarios primera línea). En la CMC1 el funcionario se mantiene fijo en su horario salvo cambios de turno puntuales, a diferencia de la VA en que son en distintos horarios (no se distingue en las entrevistas si son arreglos previos entre trabajadores). Coinciden la mayoría de los trabajadores en que el horario nocturno es el que menos interacción posee con los residentes debido a su descanso y que los demás turnos tienen su dinamismo (mañana y tarde).

En cuanto a instancias de coordinación, se puede ver en los distintos dispositivos que funcionan de forma diferente. En la CMC1 se presentan comunicaciones mediante grupos de WhatsApp, siendo esta aplicación otra herramienta para el registro de sucesos en el dispositivo y coordinación de horarios. Si bien se menciona que existen reuniones presenciales, en ese momento no se concretaban debido a motivos inherentes a tiempos de cada funcionario, del dispositivo o de la pandemia. Es necesario resaltar también que, en este dispositivo, tanto la coordinadora como la psicóloga concurren en diferentes turnos a la casa con los Operadores y usuarios, lo cual contribuye a la integración y dinamismo. El intercambio entre pares se da mediante reuniones informales entre grupos de funcionarios pares y/o junto a la coordinación o en cambios de turno. También se da la herramienta del WhatsApp como contacto directo con la coordinadora o psicóloga. Además de esto, un fragmento de entrevista hace pensar en las

reuniones como una forma de interpelar a otro trabajador acerca de sus prácticas para con los usuarios: *«A ver, son formas de comunicarnos, son silencios, pero si, obviamente, esta persona es muy especial. En definitiva es una persona con la cual no quiero (inaudible) porque es totalmente opuesta»* (Entrevistada A, 2020).

Por otra parte, en la VA no se da un espacio presencial de equipo, sí de registros diarios y reuniones vía Zoom. Se destaca la necesidad de la presencialidad y de cuidado de equipo, pero los dos trabajadores entrevistados mencionan que no existen partidas institucionales destinadas al cuidado de equipo. Por otra parte, al igual que la CMC1 el encuentro entre trabajadores se visibiliza cuando los turnos se superponen (no se mencionan aplicaciones como WhatsApp).

En todos los trabajadores de los dispositivos entrevistados se destaca la importancia tanto de esos espacios pequeños de intercambio como de las reuniones generales. Estas se presentan como forma de resolver situaciones y re-pensar prácticas; se menciona la necesidad de que todos participen.

En la CMC2 no hay información acerca de las reuniones de equipo y cuidado aunque, según uno de los entrevistados, en ella existen jerarquías que permiten tener una forma de organización más estable para recibir a la población en crisis. Dentro de la entrevista también se visualiza una marcada distancia por parte del dispositivo incentivada por el mismo equipo:

> *«E: ¿y en la casa de medio camino? S:* (risas) *ni a palo tenían el celular mío, me… creo, me hubiera comido tremenda meada del equipo eh… pero si he llegado a establecer un vínculo… yo particularmente lo establecía un vínculo cercano otros compañeros no tanto.»* (Entrevistado F, 2021)

Específicamente en esta situación se puede ver también que esa «meada» significa una necesidad de marcar distancia por parte del equipo para imponer un orden jerárquico. Acerca de esto, en entrevistado referente en el tema nos menciona que también es necesario «ir al rescate» de la condición humana:

> *«Son personas antes que pacientes, y también que nosotros somos personas antes que profesionales, o que por lo menos esa dimensión humana no nos forzáramos para esconderla, dejáramos fluir porque siempre la gente se siente muy insegura o muy vulnerable si da información personal, si da su teléfono, si muestra lo que pueden parecer debilidades o miedos, surgen fantasías, una ansiedad que realmente te lleva a posiciones muy dogmáticas o autoritarias en el trabajo como defensa.»* (Entrevistado I, 2021)

Por otra parte, surge en la entrevista al trabajador F la figura de las «monitoras», que se vivencia como una imagen de control al trabajador en su tarea. Se puede hacer con el nombre

de la figura una asociación con el panóptico que desarrolla Foucault, donde cumple la función de vigilancia:

> *«Ahí no teníamos tanta vigilancia de las monitoras entonces, yo me permitía este… como nada, otros chistes, otra cercanía, otras charlas, este…»* (Movimiento de cabeza despreocupado) (Entrevistado F, 2021)

A pesar de lo mencionado, el trabajador rescata que ese es uno de los modelos que (modificándose algunos aspectos) se puede implementar ante el cierre del manicomio:

> *«También creo que me llevó a pensar en lo mismo. Ok, el dispositivo se tendría que poder pensar y adaptarse también a las circunstancias y a los usuarios. O sea, si vos querés casas de medio camino y querés cerrar los hospitales… y bueno, vas a tener equipos de medio camino fuertes… E: ¿y cómo los definirías fuertes? S: y bueno, fuerte en el sentido de que con… con presencia como en CMC2, tipo 24 horas, de que pueda en algún turno haber más de una persona, de que tengan una jerarquía y una coordinación y espacios de intercambio y de pensar a cada usuario»* (Entrevistado F, 2021)

Por otra parte, los entrevistados de la VS pertenecen a una institución privada que ofrece el servicio en conjunto con el alquiler de la casa y sus gastos. Si bien la población atendida por este dispositivo es usuaria de SM, no provienen de instituciones manicomiales sino de otros proyectos u hogares familiares que puedan solventar el servicio. A través de las entrevistas se hipotetiza que la institución brinda el servicio con más de una VS y, al poseer poca carga horaria semanal para cada dispositivo, la institución puede contratar un funcionario para más de una.

Respondiendo a otra forma de organización, los trabajadores ven una determinada carga horaria semanal a usuarios, supervisándolos o acompañándolos en problemáticas cotidianas. Generalmente van de lunes a viernes dos horas en la mañana y una en la tarde (esto puede variar según el acuerdo institución-familia). También se pueden encontrar duplas de trabajadoras (explicitado por una entrevistada) o un de un trabajador solo que interactúa con otros compañeros únicamente en instancias de coordinación. Además, varía el funcionamiento de cada una en cuanto a reuniones (entre funcionarios, familiares, usuarios o coordinación). El cuidado de equipo en estos dispositivos se presenta de igual forma que en los anteriores, mediante interacciones informales de grupos de pares/coordinación con carácter autogestionado y sin un lugar institucional.

Al igual que los anteriores dispositivos, existen normas que se deben de respetar; por ejemplo, la toma de la medicación, no fumar dentro de la casa o realizar las tareas. En cuanto a

la medicación es controlada por el trabajador, guardándose bajo llave y, en cada encuentro, se administra junto con el residente para la semana. En cambio, en CMC1 si bien el usuario toma la medicación junto al trabajador, ambos recuentan la misma y se planifica el siguiente retiro de medicación.

Para la realización de las tareas, el funcionamiento es similar a los anteriores dispositivos, coordinándose con el trabajador y negociándose para toda la semana. Existe una diferencia con la CMC1 en la cual, por ejemplo, a quienes les toca cocinar eligen qué hacer, salvo que se acuerde entre los usuarios y los Operadores. En la CMC1 se internalizó el funcionamiento del organigrama, siendo rotativas las tareas semanalmente. Los trabajadores, en conjunto con los residentes, apuntalan ese hábito de realizar la tarea cuando el sujeto es nuevo; se puede hacer las tareas durante el día (pautando con su compañero de tareas). La VS, en cambio, difiere de la CMC2; en este último dispositivo las tareas son más marcadas y explícitas. En tanto en la VS, el funcionario pauta las tareas para que el usuario realice hasta la siguiente supervisión.

En la VS se observó que a través de un cambio en la coordinación fue que se comenzaron a realizar (de una forma poco rigurosa) reuniones de coordinación presencial con equipo, familia o trabajadores del dispositivo. No se realizaban reuniones de convivencia por tiempos de los residentes. Resulta necesario concebir aquí que, igual que en la VA, no existen soluciones que permitan continuar creciendo en autonomía económica, por lo que queda atado a vivir en ese dispositivo por años. La idea expresada por otro entrevistado es que cuando se comenzó el proyecto de VS se fuera reduciendo la necesidad del servicio por parte de la institución en pro del ejercicio de la autonomía del usuario. No se ha logrado debido a las características de la población usuaria con la que trabajan (la dependencia) y también debido al surgimiento de un campo inesperado: la reducción de horas implicaría menos tiempo de paga para los funcionarios, lo que llevaría a la conflictiva entre la autonomía del usuario y el trabajo del funcionario.

> *«Entonces este… la autonomía es muy… es difícil, y también en esto, creo que también el tema como de las horas de los Operadores también pesa, digamos ¿no? Eh… es… si ellos… si se achicaran la cantidad de horas. ¿no? También achicarían la cantidad de horas los Operadores y eso también sería un conflicto a nivel como laboral. Esa tensión también está presente y no hay que desconocerla digamos, ¿no?»* (Entrevistado J, 2021)

Asimismo, se pudo visibilizar otra tensión existente en las VS mediante una anécdota que remite a la prestación del servicio con el foco puesto en lo económico, llegando a provocar inclusive el cierre del dispositivo. Entonces, por un lado se tiene al trabajador que busca

sostener eso, la institución que media y ofrece el servicio, y la familia y lo que puede pagar. Esta tensión recae en la relación trabajador-usuario debido al vínculo que nace entre ambos, sobreexigiendo al trabajador y llevándolo a su desgaste:

> *«La primera vivienda que dejo de [Institución] la dejo porque yo entendí que el dispositivo estaba… no estaba funcionando. Entonces nos estaba exigiendo muchísimo y que el dispositivo y los usuarios estaban precisando más ayuda de la que tenían y nosotros estábamos como muy sobrecargados sin poder ir con eso tampoco porque las familias dicen «ok, nosotros pagamos estas horas y no más» entonces tenés como que hacer de tripas corazón. Y de ahí me fui por una cuestión personal pero sin embargo fue una vivienda que tuvo varias descompensaciones y que terminó cerrándose por enredos económicos digamos, ¿no? Porque no daban los números, porque de alguna forma no hubo… el dispositivo no se pudo sostener y mis compañeras quedaron sin esas horas de laburo. O sea se rompieron el lomo en un dispositivo, haciendo fuerza para que funcionara un dispositivo que yo consideré mal armado, como que no estaba bien pensado para que después se terminará cerrando una vivienda porque en algún punto se estiró tanto la situación hasta que no se pudo sostener más (...) particularmente la vivienda que dejé fue porque es una, un usuario de [Institución] que vivió unos años en una vivienda asistida de [Institución], pasados esos años su familia contaba con un apartamento, entonces lograron articular con mucho esfuerzo y muchas discusiones entre la familia e [Institución], que él se mudara solo a ese apartamento y tuviera un seguimiento con Operadores de [Institución]. Y a mí me tocó incluso hacer la mudanza con él, o sea ta, que un poco lo hacía de onda y otro poco por aprecio a él y otro poco porque de alguna forma solicitaban esa ayuda. Entonces, cinché con él en la mudanza, éramos los dos solos para eso, la familia mucho no estaba; y cuando se mudó solo era el único operador que iba, durante mucho tiempo fuí el único operador que iba a la casa y si bien la familia estaba… pero también uno de los motivos que me llevó a dejarla también fue, entre la remuneración, la soledad laboral, laburando con él, porque me sentía bastante solo y el desgaste por lo frustrante también porque era una persona difícil. Entonces en esta persona, solamente la familia, o sea cuando se articula (...) cuando se articula entre que la familia solicita, pide ayuda para que se pueda mudar solo y [Institución] accede, a lo que llegan es*

a pagar solamente dos horas por semana un operador. Yo iba una, (...) S: Claro, yo iba una hora los martes y una hora los viernes o sábados. Y era muy frustrante porque no podés trabajar, no podés hacer mucha cosa. O sea no, claramente es una persona que precisa más apoyo, más horas; pero la familia ni está dispuesta a pagarlo ni [Institución] se lo cuestionó mucho y eso me hizo también terminar dejando la vivienda…» (Entrevistado F, 2021).

Junto a esta situación se puede apreciar un sentimiento de soledad de parte del trabajador para con la institución, ya que manifiesta que nunca tuvo reuniones de coordinación de esa VS o alguna instancia de intercambio con otros funcionarios:

«Después de que hubo varias descompensaciones en una vivienda, [Institución] como que rearmó el rol de coordinador de viviendas y la coordinadora que está ahora, que me preguntaba la vivienda que acabo de dejar ella me preguntaba 'che, ¿y con quien te reunías a hablar de fulano?'… yo no me reunía con nadie. Ella me decía 'cómo que no te reunías con nadie?' No, hace más de un año que a mí nadie me pregunta por fulano, ni la familia… bueno, la familia cuando él andaba mal y [Institución] nunca nadie me decía 'che, ¿cómo va esa vivienda? Ni como va fulano' entonces…» (Entrevistado F, 2021)

Esto además hace caer al trabajador dentro de un dilema ético de no abandonar al usuario ante la soledad que ambos se encontraban viviendo. Pone en palabras este sentimiento cuando menciona que fue una «una lavada de manos»:

«A ver, por ahí en algún momento terminé preso de cuestiones más éticas que creo que van por otro carril que no es la implicancia porque el hecho de que haya una institución han accedido a que solamente dos horas por semana tuviera apoyo, ahí yo hoy por hoy lo pensé, fue lo que me llevó a dejar la vivienda… creo que ahí fue un error mío permitir que sucediera así. Pero tampoco hubo alguien que de alguna forma quisiera pensar distinto el dispositivo; entonces, yo creo que a veces los dispositivos se arman como muy sobre… tirado de los pelos y eso recae siempre sobre el usuario y sobre el que va a ahí digamos, ¿no? Porque con S, este muchacho se llama S, decíamos… decía 'el único que va a mi casa es A' decía él, ¿no? Ni [Institución] ni mi familia está tanto en mi casa como está el, cómo iba yo digamos; entonces, en algún punto se da bastante la lavada de manos y como esa cuestión de…» (Entrevistado F, 2021)

Cabe resaltar la diferencia entre las distintas posturas de los funcionarios en los dispositivos debido a su organización, población y forma de acompañamiento. En las CMC y la VA el funcionario se encuentra en interacción cuasi constante con el usuario, mientras que en las VS el trabajador va «de visita» en la mañana o en la tarde. Por otra parte, ante la organización de salidas o eventos es necesario resaltar las diferencias existentes entre cada dispositivo. En la VS se organizaron idas a distintos lugares con un dinero destinado para ello además de la hora cubierta por el operador; lo mismo sucede en la CMC1, donde los residentes pueden realizar salidas entre ellos y/o cuidadores. En la VA son acompañados por el trabajador. Según uno de los entrevistados, en la CMC2 no se daba ese estilo de funcionamiento, destacando la importancia de realizarlo. Estas diferencias también se aprecian en referencia al manejo del dinero. De acuerdo a los entrevistados que remiten a la VA, existe un control debido a las características de la población. Por la parte de la VS es debido a ser una entidad privada que brinda sus servicios a particulares, en tanto en la CMC2, según el entrevistado, no existía un control, ya que es apoyada por una entidad paraestatal que cubre las necesidades de los usuarios.

Como se mencionó al principio de este apartado, todos los trabajadores y referentes en el tema tienen la visión del hospital psiquiátrico como un lugar de abandono y encierro de las personas, donde rige un saber únicamente médico, impera como única forma de tratamiento el farmacológico. También se menciona una carencia de trabajo pre egreso que permita sostener a la persona que salga de allí. Esto anima a hipotetizar que los dispositivos mencionados se sitúan contrariamente a la figura del manicomio, reforzando por ende la labor relacionada a la reinserción. Cabe resaltar, que ninguno de los trabajadores entrevistados estuvo integrando el plantel de funcionarios de algún hospital (en especial del manicomio), lo que posibilita la hipótesis de que eso contribuye a desarrollar modelo de reinserción comunitario. Esta suposición se ve apuntalada al denotar la cantidad de profesionales del «área social». Para el entrevistado I, por ejemplo, la contratación de acompañantes terapéuticos (no trabajadores de hospitales) en una casa en particular ayudó a fomentar una lógica emancipatoria del rol paciente del residente. No pasó así en otro ejemplo donde encontró más dificultad, porque eran trabajadores de hospital previo a su ingreso a la residencia que abrió:

> *«Diré que fue tremendamente fácil el trabajo y que solo en algunos casos muy puntuales del personal que me encontré puedo decir que costó esfuerzo cambiar un poco la mente, de unos cuidados más asistenciales en el peor sentido de la palabra, a esa lógica más de acompañamiento, más de dejar hacer y de empoderar al otro y tratar que se emancipe de ese rol de paciente*

(...) En cambio, en la casa de Mercedes, entiendo que van a tener una dificultad añadida los profesionales de la casa, porque inicialmente donde yo les dejé, eran profesionales de la planta del Hospital» (Entrevistado I, 2021)

A continuación se desarrolla una tabla para resumir la información presentada. Fue realizada en función de las entrevistas a los trabajadores y en algunos casos se complementó con documentación web:

Tabla 2

Información recogida de los entrevistados acerca de los dispositivos

Tipo de dispositivo	VA	VS	CMC1	CMC2
Población	Discapacidad psíquica o intelectual	Usuarios en SM sin internación previa en manicomio y que cuentan con una red de contención. Apoyo familiar para solventar el servicio	Usuarios en SM judiciales Con internaciones Manicomiales y órbita Judicial.	Usuarios en SM transitando una crisis
Funcionarios	Diversas titulaciones para cargo «Primera Línea». Coordinadora, Asistente social y Psicólogo	Diversas titulaciones Para cargo «Primera Línea». Coordinador, Psicóloga.	Titulación cargos «primera línea»: psicología. Otros cargos: Aux. De Enf (Coordinación) y Psicóloga	Coordinación, monitores y Operadores. Sin dato en entrevistas acerca de las Titulaciones, se supone que igual que las demás
Intercambios entre funcionarios	Sin espacio presencial de equipo (pandemia y horarios). Intercambio entre los trabajadores en horarios superpuestos. Registros virtuales y reuniones esporádicas virtuales (ZOOM). No se destina presupuesto al cuidado de equipo por parte	Dependiendo de la VS. Reuniones de coordinación presenciales de equipo, familia o trabajadores poco rigurosas En otra VS no hay reuniones de convivencia por tiempos de los usuarios. En otra una vez por semana. No hay datos en cuanto a remuneración del cuidado de equipo por parte de la	Registros y comunicaciones por grupos de whatsapp y videollamadas. Reuniones presenciales (dificultad en horarios y pandemia). Coordinadora y psicóloga concurren en diferentes turnos. El intercambio pasa por reuniones informales entre grupos de funcionarios «primera línea» y/o junto a la coordinación o en	Sin dato en entrevistas

	del marco institucional.	Institución.	cambios de turno. No hay remuneración del cuidado de equipo por parte de la Institución.	
Acompaña miento	24 horas los 365 días de la semana	Dos horas mañana Una en la tarde (depende de la necesidad de la población y el acuerdo institución-familia)	24 horas los 365 días de la semana	24 horas los 365 días de la semana
Cuidado de la casa y rutina	Se coordinan con el operador y coordinación. Poco dato en entrevista	Se arman con la Coordinación Luego los Operadores mantienen y apuntalan. Lo mismo para las comidas	En su inicio se armaron en conjunto, coordinación, residentes y trabajadores. Operadores mantienen y apuntalan. Funcionarios participan en las tareas u obras de mantenimiento. Se Internaliza su funcionamiento.	Rutinas marcadas y elaboradas antes de salidas
Salidas	Se coordinan con la con la coordinación y trabajador.	Se coordinan en algunos casos con el Coordinador. Salen en la tarde	Se arregla con la coordinación y trabajadores, salen solos o acompañados dependiendo de su situación ante la justicia.	Se coordinan directamente con la coordinación Salen solos. Poco dato En entrevista
Continuidad de dispositivos para mayor autonomía	NO	No. Se manejó posibilidad de Aminorar carga horaria de visitas. Tensión menor remuneración al trabajador-mayor autonomía	SI	SI

Nota: Elaboración propia.

Por otra parte, para cambiar el sistema establecido de salud resulta necesario generar dispositivos «informales» que sean ajenos al mismo sistema y que contemplen áreas culturales,

de trabajo y de vivienda. «Engendros» que sean diferentes a las estructuras contempladas por el sistema de salud (hospitales, manicomios o centros de salud).

En concordancia con lo mencionado, el referente en el tema menciona que, a pesar de que se instalen redes comunitarias, resulta imprescindible continuar el trabajo para desinstitucionalizar, esto debido a que se puede recaer en el viejo modelo si no se educa para no repetirlo (trabajar el estigma, por ejemplo) .Existe la necesidad de seguir avanzando en soluciones que partan desde la comunidad en pro de la emancipación de las estructuras monovalentes, generar una red de dispositivos que contemplen la diversidad de los sujetos. Esto lo mencionan dos de los entrevistados. El entrevistado J (2021) de una VS plantea que el entorno debe de ser orientado también para que la población a la cual se destinan estos dispositivos pueda vivir de una forma más amena. Mientras tanto, el entrevistado B (2021) de una VA habla de que la diferencia de ese dispositivo con el manicomio es que fue pensado para que el sujeto interactúe con la sociedad:

> *«Y en ese sentido, la lógica con el manicomio es… la diferencia es radical o sea… la institución no puede ser puertas adentro ¿sí? Y ahí la diferencia también entre nosotros hogar, distinto de un residencial, una casa de salud o las cosas que hay en la vuela, ¿no? O sea, esto va puertas afuera y eso es una de las luchas con las personas que viven acá en el hogar, digo, si vos estás todo el día acá adentro, obviamente tenés cara de aburrido y estás aburrido, lo va a matar el ocio. Esto fue pensado y craneado para que la gente pueda estar afuera, pueda transitar, con nuestra ayuda, con nuestro apoyo pero que la vida esté afuera, eso es como… es esencial.»* (Entrevistado B, 2021)

El cuidado y los Otros Sociales

En esta segunda parte se presenta el análisis de los entrevistados en relación con su significación sobre el Otro y de cómo esto influye en la construcción del sujeto.

Es de destacar que los entrevistados denominan al vínculo como algo singular que va atado a la dinámica del dispositivo y con quienes residan en él, siendo una herramienta importante para el cuidado. Existe un interjuego entre el cuidador y el que es cuidado donde generan una novedad que separados no podría existir; se trabaja en la interacción cotidiana con el sujeto y su intimidad:

> *«Yo no concibo al vínculo sin empatía porque creo que ponerse en la piel de esa persona con todo, con lo bueno, con lo malo, lo regular… es como primordial, principalmente en esta actividad que yo estoy llevando adelante que es la vivienda…»* (Entrevistada D, 2021)

Algunos entrevistados mencionan que el vínculo existe cuando hay confianza entre dos personas, logrando mostrar cada uno parte de su historia y contexto. Esto permite superar momentos de tensión ante algún conflicto en la convivencia como lo manifiesta G, trabajador de VA. Por otra parte, en el caso puntual de la CMC1, al poseer los residentes la característica de encontrarse bajo un proceso judicial es un acto de confianza para la reinserción y que busca hacerlos responsables ante la sociedad y el juez:

> *«Lo primero es la confianza, yo confío, primero que nada eso. Segundo, bueno, hay una responsabilidad en juego, dada bueno, las características de los usuarios, ¿no? De esta residencia, que son pacientes judiciales. Primero toda esa cuestión, la responsabilidad, pero la confianza. Y la apuesta también de que ellos puedan utilizar la confianza como una responsabilidad y también como una forma de integrarse a la sociedad. El salir, el ir… bueno a buscar lo que falta para la casa, para hacer determinadas cosas, tiene que ver con esto de que se sientan útiles. Menos, salir a hacer los mandados, bueno, implica eso»* (Entrevistado C, 2021)

El vínculo para un entrevistado de la VA es considerado como algo particular entre las personas y, si bien existe un otro que se presenta, también existe una persona que lo percibe de una forma determinada. El trabajador deja claro que, dentro del dispositivo donde trabaja, resulta imprescindible desarrollar estrategias para acercarse al sujeto y no invalidarlo. Vemos aquí la concordancia con los aportes que realiza Pichón Rivière (1995) acerca del vínculo y su bicorporalidad. Se rescata aquí esa característica del vínculo cuando la entrevistada menciona la «bidireccionalidad» de la relación con los residentes, donde ambas partes aportan y se «complementan»:

> *«S: y bueno, creo que puede complementar al… bueno, para mí la relación es bidireccional, o sea, para un lado y para el otro. O sea, yo puedo aportarle algo a ellos y ellos algo a mí, sin duda, en cualquier ámbito.»* (Entrevistada D, 2021)

El entrevistado B menciona al vínculo como algo que es necesario dentro del trabajo, ya que en el mismo se juegan afectos e implicancias que permiten al trabajador intervenir. Es clave el registro del otro para que exista y habilitarle el mundo al trabajador:

> *«El vínculo es el motor, no solamente* (inaudible) *sin entablar un vínculo el trabajo nuestro es nulo, no solamente yo desde mi rol, en este caso, en este momento (estoy como psicólogo en este lugar) pero… sea de los acompañantes, llámense acompañantes, sea de educadores, Operadores o bueno, trabajadora social o la coordinación. Sin entablar un vínculo, no es posible que el trabajo funcione… y ahí se juega el afecto, se juega la implicancia y ahí se juegan los errores y las malas intervenciones también que bueno, son parte de la rosca, es imposible no errarle… pero bueno, sí, sí… el afecto querer a la persona y que te quieran o sea, que te registren digamos… que te dejen entrar en su mundo… o que no te bajen la barrera o que no te tiren… que no… a veces en lo que es el bajo nivel o las psicosis más llanas no tornarte más que un objeto persecutorio, es un poco la clave… como el afecto … el afecto pero respetando los tiempos de las personas, ¿no? y el afecto con determinados límites»* (Entrevistado B, 2021)

El entrevistado F deja entrever al vínculo como una especie de campo que habilita a ambos sujetos a desplegar sus intereses, la demanda y negociación de límites que permite estructurarse. En este caso, surge la figura de un Otro negociador que media entre la realidad, lo que se puede realizar y los intereses:

> *«Eh… este del Uber por ejemplo es un tipo en el cual yo uso el humor, hablo mucho con él… lo… ya te digo es uno de los que invité a mi cumpleaños el año pasado, pero es un tipo que ante su ansiedades se despierta a las tres de la mañana, a las cuatro, a las cinco y a las siete te está escribiendo para que hora vas a ir. Entonces en realidad manejo mucha cercanía en el encuentro pero no le respondo los mensajes o sea o trato de mantener cierta… cierto organización* (señas de comillas) *de cuando estoy a disposición y cuando no.»* (Entrevistado F, 2021)

Aquí podemos encontrar que el Otro oficia como formador y constructor del sujeto (Foucault, 2008), a través de acciones como la planteada proponen una estructuración del mismo. Para el entrevistado B del dispositivo de corte VA, la demanda a través del vínculo puede derivar en conflictos primitivos, donde se instala una competencia de corte infantil a través de acciones para atraer la atención hacia su demanda. Lo importante a trabajar en esa parte es la fraternidad y autonomía entre los sujetos. Se muestra aquí una concepción del sujeto en conflicto consigo mismo desde sus partes no resueltas y por eso demanda:

> *«Hay veces que poner música al palo es una señal de demanda también porque capaz que el equipo justo le está dando a fulana que le pasa esto y justo no le están dando bolilla a él o a ella. Entonces también es una forma de demandar al otro, como una demanda muy pueril, muy primaria y bueno, y en eso en realidad también hay veces que en sus lógicas, lejos de buscar un poco la cuestión más fraterna entre ellos muchas veces lo que se hace es la competencia»* (Entrevistado B, 2021)

Pensando en el vínculo, este va a ser de suma importancia en la construcción de una nueva posición que habilite al residente pensarse desde una realidad distinta a la que se encontraba inmerso. Esto permitió, en el caso particular de una funcionaria de la CMC1, animar a un sujeto a salir de la «carta de presentación» institucional de internación manicomial y comenzar a dirigirse desde otro lugar en la comunidad. El trabajador oficia como un puente para que el residente se piense distinto, y que en su proceso de subjetivación el vínculo es la herramienta de cambio:

> *«Me estaba acordando... es como una anécdota nomás. O sea, tiene que ver y no tiene que ver. Me estaba acordando una vez que estaba acompañando a uno de los usuarios a anotarse a un gimnasio y... y él lo primero que le dice es, eh al entrenador, le dice que salió hace una semana de Vilardebó. Y ta y salimos, no sé qué, de eh ese lugar que yo lo estaba acompañando como a... que fuera a conocer los precios y que... qué máquinas habían y qué rutina y si le gustaba el lugar, etc... Y ta y... me quedé así como con eso que le tenía que transmitir de que... de que si, si... él se había sentido cómodo* (gesticula con la mano)*, o si sentía que eso era una... o si sentía que eso era una necesidad, si tenía esa necesidad de hacerlo o pensaba que... porque, después dije, capaz que es como la colonización de la institución... de ay tengo que transmitirle a todo el mundo, avisarle que fui internado, y no. (...) S: Claro, '¿me pueden aceptar acá?'* (Sonríe) *E: Claro. Buscando que lo incluyan con esa carta de presentación. S: Era así, '¿me pueden aceptar acá?', tipo... 'les les voy a decir todo de mi'* (gesticula con la cabeza), *'sepan esto, les estoy diciendo todo de mi'* (mismo gesto).» (Entrevistada K, 2021)

Esto se condice con lo planteado por Sarmiento (2018) en su trabajo de grado acerca del rol central que posee el funcionario como acompañante y articulador social, fomentando una construcción de identidad nueva (o re-significación) a la que el sujeto posee. Aquí se puede volver a traer lo que Foucault (2008) menciona acerca del Otro como maestro que posibilita una

construcción política del sujeto. En conjunto con esto, cabe resaltar lo que Ferrando (1995) menciona del proceso terapéutico como uno de aprendizaje con el entorno que habilita a la construcción de una identidad que se define con Otros.

En otro entrevistado de la VA se puede ver cómo a través del vínculo el sujeto internaliza una figura o roles calificados como ajenos por parte del trabajador G. Esto se puede pensar como una identificación para con el Otro y su tarea:

> *«Y de hecho hay un momento en el que quieren mimetizarse y ser parte de nosotros y ser parte de la oficina y quizás ser parte del decir 'te toca hacer esa cosa o te toca hacer…' y no son roles que ellos deben de hacer ni que deben de existir dentro de ellos como población»* (Entrevistado G, 2021)

En cuanto al afecto dentro del campo vincular, sin lugar a dudas tanto el cuidador como el sujeto de cuidados terminan por integrar la vida de cada uno, generando una afectación mediante el trabajo. Esto puede, en algunos casos, desdibujar los límites para el entrevistado debido a la cercanía de ambos sujetos o, por otra parte, puede favorecer a la integración de la persona, debido a que conoce otros aspectos de la vida del cuidador:

> *«Eso está presente, también es un límite difícil porque también, no sé, ha sucedido que algunos Operadores han como transgredido eso, se han vinculado demasiado con su vida cotidiana, invitado a su cumpleaños, cosas así, y eso capaz que terminó en algún momento generando alguna dificultad, también es un límite difícil de establecer, ¿no? Creo que cuando, no sé, cuando yo empecé como operador tenía como otras… otro… otras cosas, otra forma de verlo digamos y hoy lo veo como distinto. En ese sentido como la proximidad o de la… de cuánto uno se implica en sus vidas y ellos en la vida de uno, ¿no?»* (Entrevistado J, 2021)

Por otra parte, dentro de las entrevistas surgen reflexiones en torno al acompañamiento. El acompañar, para dos de los entrevistados, implica el «estar ahí» y en disposición para los residentes, ser una referencia presente y poder, desde ese lugar, intervenir. Si bien admiten que la del trabajador posee un carácter de control para que determinadas pautas de la casa se cumplan (como ejemplo, la limpieza) también considera que es un dinamizador para que la rutina diaria «fluya», interviniendo ante algún conflicto. Siguiendo con esto, el funcionario que acompañe debe de brindar «garantías» al sujeto de que no va a estar solo ante alguna situación compleja que lo llegue a desestabilizar, corriendo el riesgo de ser interpretado como un «vigilante». Aquí se puede pensar al trabajador como alguien que oficia de mediador, dinamizador y catalizador de procesos cotidianos mediante el acompañamiento y el vínculo:

> *«Creo que ahí está el trabajo, ¿no?, de saber ubicarte y que la persona te ubica en determinado lugar. O sea… la persona… pero que el operador o el acompañante tiene que ser como una garantía para la persona, de tipo bueno 'yo estoy acá', ¿no? O sea, 'en esto que vos querés hacer yo estoy acá' y 'en esto que vos capaz querés hacer y no se puede hacer por el motivo que sea, yo estoy acá'. Ahora, si justamente es visto por la persona como el vigilante o el controlador bueno, ahí como que ya… lo está ubicando en otra posición, ¿no? Lo cual, en muchísimos casos puede suceder pero bueno… no debería ir tanto por el control y la vigilancia, que la persona sepa, justamente que pueda confiar en esa persona hasta donde sea necesario»* (Entrevistado B, 2021)

Pensando así el acompañamiento, resulta necesario brindar al sujeto otra forma para poder comprender lo que le sucede en ese momento, mostrándole apoyo o una devolución distinta a lo que piensa de sí o la situación que enfrenta. El acompañar se ve como una práctica del cuidado y como una herramienta fundamental para trabajar y generar un buen vínculo. Permite generar cambios a nivel cotidiano que afectan tanto al cuidador como a quien cuida, desplegando parte del mundo interno de ambos sujetos (historia, deseos, afectos, técnicas, recursos, figuras, etc.)

Por otra parte, dentro de ese acompañamiento se da un espacio que permite la negociación de determinados aspectos de la cotidianeidad donde se encuentra el residente:

> *«Por ejemplo, tú estás dentro de tu habitación, es una zona privada, es un espacio privado y yo no voy a ver si tienes el teléfono o no tienes el teléfono encendido a media noche. ¿sí? De repente 'estoy mirando la comedia', porque tenemos usuarios que hacen esas cosas de noche por ejemplo. O que se paran a las 3 de la mañana y se preparan un mate, entonces tienes que buscar la forma de convencerlos de que todavía es muy temprano para levantarse; que eso también puede llegar a pasar. O sea a veces esa persuasión es muy fácil, a veces es muy complicada. Porque hay veces que… E: va en la creatividad de cada operador S: y entonces ahí viene el rol de la creatividad si* (Entrevistado G, 2021)

Esto habilita a pensar las relaciones de poder mencionadas por Foucault (Fornet-Betancourt et al., 1984) en el «conducir conductas» no obligando al residente, sí convenciéndolo, ya que el trabajador también es un referente ante las situaciones complejas, lejos de la figura vigilar y

asistir las demandas. Esto implica que el funcionario acompañe ante situaciones positivas o negativas y su presencia debe ser construida como un «estar ahí, disponible» para el sujeto.

Resulta necesario aclarar aquí que el espacio cotidiano donde el trabajador va a desempeñar su labor es una casa, que: *«no es mía y lo que eso conlleva también, bueno, se manejan lógicas diferentes de lo que es una casa propia, de uno, ¿no?»* (Entrevistado C, 2021).

Por otra parte, construir un vínculo permite a los residentes recobrar contacto consigo mismos convirtiéndolos en lo que Foucault (2008) menciona como *sujeto sapiens* para dejar la *stultutia*. En el ejemplo de la trabajadora K se puede ver claramente, con su intervención en miras de que el residente supere la «carta de presentación» manicomial. En el siguiente apartado de un funcionario de VA se aprecia lo mismo:

> *«Y creo que allí va mucho ese tema de la autoestima que para ellos es… hasta un tabú mismo, porque ellos no tienen a veces ese criterio de entenderse y de darse un lugar desde sí mismos, ¿sí? Porque quizás la vida los maltrató tanto que llegaron a un punto que no existe esa conexión con el yo, esa conexión con el respeto a mí mismo, esa conexión con «yo estar bien» y tú estás allí de alguna forma y tratas de alimentar y de nutrir eso.»* (Entrevistado G, 2021)

Por otra parte, es necesario mencionar que en una entrevista a un funcionario de VS se observó dos clases de vínculos relacionados a la postura que toma el trabajador del dispositivo[62]: a) El jerárquico rígido o asimétrico y b) El simétrico.

a) Jerárquico rígido o asimétrico: Remite a que, siendo el trabajador una figura de poder, da órdenes para que el sujeto las cumpla sin permitirle opinión alguna. Esto puede derivar en un aumento de la dependencia por parte del residente ya que no se le brinda herramientas que le permitan resolver los problemas.
b) El temporalmente simétrico: Si bien el trabajador es consciente del lugar que posee, se posiciona desde una postura de negociación, permitiendo que se expresen las partes y buscando el generar acuerdos que recojan el interés de todas las partes:

> *«En ese sentido creo que el vínculo tiene que ser desde como… desde el respeto por el otro, ¿no? En esto como de la diversidad de comprendernos a todos como personas diferentes con… y no como alguien este… tiene como la autoridad que viene a imponer cómo se hacen las cosas y otro que viene como a… es el que recibe las órdenes y tiene que cumplir con eso, ¿no? Pero, reitero, muy… eso es una de las dificultades… con el vínculo ¿no? Que*

62 Este tipo de vinculación y postura del trabajador es el que más adelante se tomará en la tabla 3 «Tipo de cuidados encontrados»

> *en un punto es un vínculo asimétrico, porque yo… los Operadores y yo coordinador somos figuras como de cierto poder, ¿no? Este… entonces eh… nada, yo siento que tengo que llevar las cosas a un terreno como de simetría y yo pueda plantear como… lo que piensan, lo que… tratar de acordar las cosas no… no imponer nada, tratar de acordar lo que se pueda… todo lo que se pueda acordar acordarlo, ¿no?»* (Entrevistado J, 2021)

Del mismo modo, es de rescatar que esta última posición de simetría se puede pensar como una horizontalidad. Esta postura para uno de los entrevistados resulta la más óptima, ya que le brinda a los sujetos mejores herramientas, ejercitando la autogestión de la demanda:

> *«No porque seamos buenos, sino porque nos parece que es lo que funciona mejor para que ellos sean más independientes, y cuanto más independientes son mejor funciona la vivienda, ¿no? Porque si no también la demanda es cada vez mayor y cada vez el trabajo es mayor.»* (Entrevistado J, 2021)

Esto también se condice con lo que I (2021) menciona en tanto que, si bien estos lugares son asimétricos, el trabajador elige cómo situarse. Esto quiere decir que:

> *«Nosotros tenemos un saber y un lugar que nos da un poder, donde lo que le ofrecía a la gente es poner nuestro saber y nuestro poder a disposición del otro para que pueda su saber ser reconocido y que puedan tener un poco más de poder y eso se iguale. Que ese cierto equilibrio de poderes en el fondo es lo que genera salud para ellos, vivir en una casa donde se pueden sentir cómodos y relajados, y saben que los profesionales están para colaborar con ellos, pero no para controlarlos»* (Entrevistado I, 2021)

Por otra parte, dentro de las entrevistas se indagó la concepción que los trabajadores poseían de las palabras *rehabilitación* y *reinserción.* Comenzando con la rehabilitación, un entrevistado menciona que esa palabra la asocia a lo carcelario, a lo penal, punitivo (Entrevistado B, 2021). En cambio, dio otra alternativa de palabra que es la de *habilitar*[63]. Esto implica que, a través del trabajo cotidiano, se le pueda dar al sujeto oportunidades que nunca tuvo en su vida, dar condiciones que les fueron negadas.

Prosiguiendo con la palabra *reinserción* resulta interesante que la entrevistada K, si bien aclaró que no la representa el término, manifestó dos formas en que la entendía. Por un lado, la reinserción implica el resultado de haber realizado un corte simbólico entre la sociedad y el sujeto. Este último fue separado de la sociedad mediante una internación psiquiátrica:

63 Es importante destacar que este es un debate que se instaló en el marco del cambio de modelo hacia una matriz de derechos. Que el/la trabajador/a se pueda cuestionar esto habla de un proceso de formación y/o de participación en el proceso de desinstitucionalización.

> *«No me representa el pensar que alguien se tiene que reinsertar porque... nunca... nunca estuvo... no insertado en algo* (ríe). *Siempre estuvo, estamos todos dentro de... no es que salimos de la sociedad, no es que esas personas salieron... salieron del grupo social y ahora los vamos a reinsertar. Siempre estuvieron. Estuvieron en el peor lugar, eso es cierto. Pero en el... un lugar de mierda... el los pusimos, o los ubicamos, o bueno... o dejamos que pasara pero... pero siempre estuvimos. Que no quisiéramos mirar o, yo qué sé, que alguien no quisiera mirar o lo desconociera, el trato o el lugar simbólico...* (hace como una especie de gesto con la mano) *en el que están ciertas personas no quiere decir que... que no estaban. E: Claro. Bueno y con... con la – ¿eh?–, ¿que qué? S: Reinsertarse también es una cosa súper jodida que... sigue siendo –o sea–, lo seguís poniendo al otro en un lugar de... en donde tienen que acomodarse a lo que uno espera que sea. E: Claro que ahí se ve, como –a ver– a mí lo que me suena de eso que vos decís como que, que en realidad tu deseo interpela al otro sin darle opción a otra cosa. S: Si, claro. Entonces tiene que ser como vos... pensás que debería... como vos pensás que debería de funcionar el mundo, la sociedad o el concepto de población ciudadana, no sé* (sonríe).*»* (Entrevistada K, 2021)

Por otra parte, esta palabra para la entrevistada también guarda relación con el invadir al sujeto con la propia expectativa del trabajador, «como debería de ser».

Otra entrevistada asocia la palabra *reinserción* con la necesidad de, ante la ausencia del trabajo, realizar otras actividades para poder ocupar el tiempo (Entrevistada D, 2021). Otra persona también la relaciona con el mercado laboral y las pocas posibilidades que tienen los residentes y trabajadores para (re)insertarse mediante una lógica dualista «afuera o adentro». Esta lógica no contempla las distintas capacidades o tiempos internos de los sujetos con padecimientos mentales.

El entrevistado J, perteneciente a la VS, menciona el término *recuperación*[64], pero comenta que para que esta se dé, es preciso un cambio social que le permita al sujeto formar parte de la sociedad (se hipotetiza que el combate del estigma es una):

> *«Yo creo que eso es así para la salud mental, también ¿no? Que los límites, los problemas están más en el entorno que en las personas con esta… con este trastorno, ¿no? Si estuviera más organizado para que estas personas*

64 Seguramente refiera a la concepción del modelo de recuperación diseñado por los españoles.

fueran parte sería mucho menos dificultoso para ellas transitar por la vida» (Entrevistado J, 2021)

Resulta entonces pertinente continuar pensando en la interacción con la sociedad. En el caso de un trabajador de VA, menciona el carácter mínimo y de poco interés que posee la comunidad, sumando al desinterés que puede tener una persona por su propio padecimiento sumado a tener que rearmar un proyecto de vida fuera del manicomio. De esta forma, el trabajador mencionado percibe al barrio como poco inclusivo y estigmatizante mediante acciones que han realizado como el cruzar la calle, inclusión sin incluir o comentarios:

> *«Yo siento que no existe esa empatía, yo siento que los ven como los 'mongui', como los «pobrecitos», los que están ahí en ese sitio o 'pobres* (gestos de desprecio con la mano) *seres humanos* (inaudible)*' . Porque esa es la concepción ¿sí? Es la concepción general, entonces vamos quizás a un taller a candombe y tenemos a la persona disgregada, la tenemos aislada y… el siente o esa persona siente que es parte del grupo pero el sentimiento que tu estas observando en la periferia es lo contrario. Pero por suerte uno lo logra ver ¿no? Desde ese punto de vista. Pero a veces es frustrante, ¿no? A veces es frustrante porque tú dices 'bueno pero ¿qué culpa tiene una persona quizás de tener un déficit cognitivo?'¿sí? Y por qué no podemos nosotros ser más empáticos con ellos. Entonces son muchas variantes las que están… con respecto a la comunidad son muchas variantes. Yo tampoco te puedo decir que nosotros vamos con una pancarta 'somos personas con discapacidad' No. Porque no tenemos esa impronta dentro del hogar, más bien que hemos manejado siempre un bajo perfil dentro del barrio porque no nos hemos hecho sentir de alguna forma como un colectivo de discapacidad eh… pero, en si las personas que saben y están en el entorno lo ven de esa manera. Lo ven desde que 'ahí están los loquitos' que sé yo…»* (Entrevistado G, 2021)

Esto hace que el discurso del entrevistado se torne proteccionista para con esta población.

De hecho, el entrevistado G maneja el concepto de «Violencia Sublime», que nace del estigma asociado al residente y como se lo concibe por parte de la comunidad, ejerciendo una violencia de corte silenciosa, sutil:

> *«Lo que pasa es que eso es parte de la violencia 'sublime', vamos a ponerle un nombre. Es una violencia sublime porque es una violencia que no se presenta cuando tú estás viendo. Porque yo paso y te saludo: 'hola, ¿cómo estás? ¿Cómo te va? ¡ay! Qué bueno que está… y más adelante 'los mongui'.*

> *¿sí? Entonces es esa violencia que tú no puedes observar directamente porque para los vecinos todo está bien, pero todo está bien porque es la fachada que uno quiere dar ante la persona que está allí, ¿sí? Por suerte ellos no lo ven, ¿no?, pero detrás de todo esto existe ese observar, ese mirar de reojo, ese que he visto yo que es cambiar de acera para no pasar por allí de los propios vecinos… entonces ahí te das cuenta que el propio vecino que te sonrió el día anterior y te dijo 'hola vecino, ¿cómo estás?' Y vio que estábamos todos reunidos y se volteó para la otra acera para no pasar por allí, por algo fue, ¿no? No estábamos hablando de época de coronavirus, estamos hablando de que siempre fue así…»* (Entrevistado G, 2021)

Recordemos que Ribeiro Neto (2021) plantean que existe un reconocimiento social de los moradores, pero debido a la dicotomía planteada «ellos-nosotros», lo cual complejiza el acceso a espacios. Como los autores plantean, esto puede relacionarse con la carga negativa que un grupo identitario (vecinos) posee del otro (moradores) junto al estigma asociado a la locura.

Esto, dicho por el mismo entrevistado, es algo que imposibilita lo que él entiende por *rehabilitación*, debido a que es una tarea que conlleva una reeducación de conceptos para la población:

> *«Desde la conceptualización, desde la lingüística le estamos dando una potencialidad patológica a lo que la persona está viviendo. Y lo estamos excluyendo de un todo. Entonces, tu, si no cambias todo este conjunto de conceptos y no reeducas a la población… eso de reincorporar, está difícil, está complejo.»* (Entrevistado G, 2021)

Otro punto a tener en cuenta esto es que tanto el Entrevistado G de VA como la Entrevistada E de VS resaltan las falencias de instituciones (de corte entes administrativos-estatales, hospitales, etc.) que vivieron al momento de estar acompañando a la población con la que ellos trabajan. Estos trabajadores resolvieron las situaciones basándose en su sentido común, con empatía y buscando proteger al usuario con el cual trabajan, y en ambos casos siendo el intermediario entre el residente y la institución.

El Entrevistado J de VS menciona que la interacción social depende del contexto barrial, mejorando o empeorando el relacionamiento del sujeto para con la comunidad. Como ejemplo menciona que antes los residentes de la VS se encontraban viviendo en una zona donde el contacto entre vecinos resultaba más cercano, en tanto luego de la mudanza y al ser una zona de mayor movimiento (hospitales, centro comercial, etc.), resulta más impersonal el trato:

> *«En ese sentido, tener toda una paranoia con respecto al otro, entonces como… también como venimos de un año muy particular en ese sentido. Pero siempre nosotros tratamos de trabajar en generar comunidad. Ellos en un momento vivían en otra casa, en otro barrio, que era mucho más barrio en el sentido de que había mucho más vínculo con los vecinos, y realmente ahí tenían una vida comunitaria mucho más activa que ahora, ¿no? E: ¿Y cómo era ahí? S: ¿Me decías? E: ¿Cómo era ahí? S: Y ahí era en el Buceo, atrás del Zoológico en realidad, y nada, conocían a todos los vecinos, conocían a cinco o seis vecinos que tenían vínculo casi diario, el de la panadería los saludaba y les decía «hola, ¿cómo andan?». Ahora se mudaron a un barrio que es ahí cerca de Tres Cruces que es mucho más impersonal todo, ¿no? Porque la gente es gente que está de paso, es un lugar de muchos hospitales y entonces es mucho más… no tienen casi vecinos de referencia, en ese sentido cambió y empeoró bastante»* (Entrevistado J, 2021)

Entonces, para hablar de *rehabilitación* y *reinserción* se debe aludir a la interacción social. Esta es traída por parte de los trabajadores con algunos determinantes de la historia personal del sujeto, las condiciones de existencia o el lugar que la sociedad misma le brinda a los residentes. Es así que vemos que para los entrevistados no existe un acogimiento social a los sujetos, siendo un aspecto a trabajar y tener en cuenta a la hora de acompañar a las personas.

Otro concepto es *discapacidad*. La Entrevistada K sugiere que ese término remite a una forma totalizadora que ubica a la persona bajo un paradigma hegemónico que niega al sujeto y lo limita. La trabajadora nombra las palabras *capacidades distintas* para pensar una heterogeneidad o diferentes habilidades que han ido creando-desarrollando los sujetos a través de su historia y contexto:

> *«Me parece una palabra horrible... Me parece una palabra horrible y me parece una palabra que... que lo que hace es... es negar... y limitar... E: ¿Y? S: Porque... niega, por ejemplo, las capacidades que todos tenemos –o sea– las diferentes capacidades que tenemos... y niega que todos tenemos... discapacidades* (ríe). *E: Ta bien. Claro. S: Y limita me parece al otro... E: Que todos somos distintos y que... Y, bueno, capacidades di... ¿eh? S: No, y que y que limita al otro y lo y... lo pone en el lugar de una persona que necesita... que necesita que… que le resuelvan esa discapacidad que le... tipo... como que... no puede con ciertas cosas, entonces, ta, te vamos a ayudar en esto... Nosotros que somos capacitados, para todo esto. (...) S:* (Pausa de 6

segundos) *Mmm... No sé, creo que es lo que nos pasa a todos, que tenemos todos capacidades distintas* (sonríe), *por suerte. Que tiene que ver con... con... las diferencias, yo qué sé, o habilidades que hemos... creado o... copiado de otros. Que hemos aprendido de otros o que nos han enseñado o que bueno, ta, que hemos desarrollado. Eso. Algunos tuvimos como la suerte de... de capaz que alguien que... nos preste más atención, que nos preste más... más tiempo, que nos preste más de su saber, y otros capaz que no. Pero... no quiere decir... bueno, o si, capaz que a veces es malo, capaz que alguno no ha podido como adquirir alguna herramienta que quizá podría ser clave, ponele. En determinadas situaciones. Pero a la vez seguro que... que ta que en el encuentro con el otro te das cuenta que... que el otro tiene formas de de resolverlo o que que ha tenido otras formas de resolverla capaz que como más acorde o más saludables, o no. Pero tiene. E: También según su contexto, ¿no? S: ¿Eh? E: También según el contexto. De repente si el contexto... S: Claro. E: ...Se dio en determinadas... eh... bueno, carencias de contexto, bueno, que, de repente, esas capacidades distintas pasan a ser un recurso muy valioso también, ¿no? Porque es supervivencia. S: Claro, exacto. Lo que iba a decir. O capaz que a lo que a mí me puede parecer un arrebato de impulsividad es la forma en que la persona... ha podido resolver ciertos, ciertas situaciones para... para no jorobarse tanto, para no... para no hundirse, capaz que es lo que lo ha... lo que ha logrado hacer para... para salir adelante.»* (Entrevistada K, 2021)

Por otra parte, el Entrevistado G de VA plantea que ese concepto englobando a la diversidad de personas e incluso, como es el caso de la población que atiende ese dispositivo, no logra incluirlos socialmente. Esto hace que la población interiorice el estigma con el que los cargan. Para el entrevistado la noción de discapacidad popularmente se asocia a algo que se puede percibir de lo físico (motriz, por ejemplo), dejando de lado otros tipos de problemáticas a las cuales resulta imprescindible acompañar, como ser la discapacidad intelectual. Igualmente, dentro del barrio donde se encuentra la VA tampoco existen adaptaciones para personas con dificultad motriz. En el caso de la población con diversidad funcional, el entrevistado establece que donde más ha sentido una inclusión es en el ámbito médico, esto quizás se debe a lo que Arnau Ripollés (2018) plantea como *modelo médico rehabilitador*, donde la persona cuidada es dependiente física, moral y emocionalmente, entonces, el médico se sitúa desde un lugar de

poder hetero-paternal. Por otra parte, el Entrevistado G también hace énfasis que dentro del área de la psiquiatría se mira a todos los residentes por igual («como ovejas»).

El entrevistado G hace énfasis en la inexistencia de un lugar social para los sujetos con los cuales trabaja, existiendo instancias institucionales donde se los agrupa a todos por igual. Esto hace resaltar las diferencias poblacionales existentes en un primer momento, siendo los residentes de la VA los reproductores de cierto estigma que visibilizan a simple vista:

> *«O sea, a veces, quizás, alguno de ellos ni siquiera tiene algún tipo de déficit a nivel cognitivo, ¿sí? Entonces cuando tú colocas a un usuario que no está en silla de ruedas, que camina perfectamente, que habla perfectamente, que puede conversar contigo perfectamente y lo llevas a un sitio porque necesita del apoyo que ahí le pueden dar; cuando se sienta en la silla y ve a los lados, se da cuenta que el no pertenece ahí. Porque no quiere pertenecer, porque el siente que no es una persona que esté en una silla de ruedas y que está bajo una condición diferente, que no puede mover las manos, que no puede pararse o que no puede caminar. ¿sí? Esto a la persona lo limita. Entonces, llevarlo a otro dispositivo… por ejemplo se lleva a otro dispositivo donde hay personas de 21 (con síndrome de down) y… también pasa lo mismo. Entonces… te lo dicen 'los mongólicos' o sea, te lo llegan a textualizar 'yo voy a ir a donde los mongólicos esos' ¿sí? 'Pero ese detalle es que esa persona puede llegar a tener el mismo nivel cognitivo que tú', pero ellos no lo pueden observar porque ellos están solamente observando que quizás tenga las características fenotípicas de un T21 o que quizás esté postrado en una silla de ruedas por una…algo que ni siquiera fue culpa de ellos, pudo ser congénito, que se yo. ¿sí? Y ellos no tienen esa capacidad de resolución. Pero entonces, si tú los llevas a la UTU, tampoco tienen la capacidad de resolución de los problemas que puedan llegar a tener ahí ¿sí? Y quizás llegar a tener una formación particular para ellos. O sea, es una población interesantísima porque no está ni ahí ni acá* (abre los brazos). *O sea, ¿dónde los incluyes?, ¿dónde los colocas?»* (Entrevistado G, 2021)

Lo que nos menciona este párrafo es que, ante la ausencia de lugares institucionales para este tipo de población, se los agrupa de forma uniforme con otros sujetos diferentes a ellos.

Por otra parte, uno de los entrevistados de la VS asocia la discapacidad con el trastorno mental específicamente, siendo la población con la que trabaja poseedora de características que no son contempladas por parte de la sociedad (como bajo umbral de tolerancia al estrés).

El entrevistado plantea, como se mencionó anteriormente, que es necesario amoldar la sociedad para que sean vislumbrados dándose una verdadera integración:

> *«Yo creo que, si bien eso es muy romántico, creo que sí hay cierta, cierta dificul… cierto problema que no tiene que ver con ellos sino con la exigencia como de la vida, de la vida cotidiana, de lo que se pretende de, lo que la sociedad pretende de cada persona, la productividad, trabajar, hacer cosas, ¿no? Y si las personas con discapacidad pueden fueran comprendidas, en este caso discapacidad mental, ¿no? Fueran comprendidas como tales e integradas, yo creo que podríamos funcionar relativamente bien. Creo que, nada, la discapacidad es un, como un, tiene que ver más con… con la sociedad de las que son parte que con ellos mismos, ¿no?»* (Entrevistado J, 2021).

En cuanto a la noción de «enfermedad mental» surge:

> *«Y no sé si hay una enfermedad mental. No sé si eso exista… E: ¿y qué es para vos entonces? S: para mí es un título que se ha colocado para clasificarnos como funcional y no funcional. Ese puede ser mi concepto más grande de enfermedad mental. Ya de hecho que la mente es un constructo totalmente inmedible, o sea, ¿cómo mides la mente? No existe. ¿Entonces ya hay enfermedad mental? No, porque todos tenemos potencialidades así tengamos algún tipo de patologización o algún tipo de condición, todos tenemos potencialidades. Entonces, enfermedad mental no lo considero como un concepto que yo maneje.»* (Entrevistado G, 2021)

Finalizando, la Entrevistada K manifiesta que el diagnóstico es una especie de nomenclatura que brinda tranquilidad a familiares, amigos, allegados e inclusive a los mismos trabajadores. El Entrevistado B lo califica al diagnóstico como «un estado de situación» referente a la forma de funcionamiento del sujeto en un preciso momento de su vida que solo sirve para trabajar, cambiando en algún instante de su vida. Un entrevistado en particular menciona al diagnóstico como una concepción que permite tener una idea de cómo la persona opera dentro del mundo y ayuda a intervenir de una forma específica y no de otra (Entrevistado C). La Entrevistada D en particular, comenta que cuando a una persona la diagnostican, pasa con ese diagnóstico toda su vida, no hay posibilidades de cambio.

Conceptualización del Cuidado y sus Prácticas

En este apartado se procurará visualizar nociones de cuidado que surjan dentro de las entrevistas a los trabajadores de los distintos dispositivos. Se buscará además agrupar en distintas categorías y modelos. Cabe mencionar que aquí también se introduce la dimensión de la práctica del cuidado.

Si bien, dentro del marco teórico, De la Cuesta (2007) menciona que el cuidado se encuentra transitando hacia uno familiar, autoras como Battyhány (2015) mencionan lo contrario. Esto quiere decir que se pasa de uno familiar-privado, a uno como derecho y con responsabilidad social. Dentro de las entrevistas se menciona al cuidado y sus cambios históricos, definiéndolo como un acto necesario y humano que se encuentra atado a la producción de vida, permitiéndonos el desarrollo como sujetos sociales a través de una interdependencia. El entrevistado I, si bien entiende que el cuidado sale del ámbito familiar, piensa esta situación como una que comienza a surgir a partir de la revolución industrial y la extremización del modelo capitalista. Esto generó una reorganización de la vida que llevó a su profesionalización, naciendo así nuevas especialidades del cuidar que ocupan el lugar que antes era familiar-comunitario. Ejemplificando, si se posee un familiar que necesita ser cuidado y, por tanto, no es funcional al sistema capitalista, existen opciones para que el resto de la familia no dedique horas de producción a su cuidado. Una de ellas es el cuidador, que pasa a ocupar el lugar de la familia contribuyendo además a la producción:

> *«Por ejemplo a mi suegra que está enferma y necesita cuidados permanentes, no podemos cuidarla más allá de los fines de semana, entonces tenemos que contratar un cuidador, que es una persona que ella lo dice muy bien, es de mi familia, claro es lo que debería estar haciendo la familia (...) A mi madre no pudimos cuidarla nosotros sus hijos, y acabó su vida en una residencia, hemos profesionalizado cosas, cuidados que son profundamente humanos.»* (Entrevistado I, 2021)

Esto se puede asociar a lo que la Entrevistada E, trabajadora de VS, menciona acerca de que el cuidador existe debido a la existencia de población que requiere cuidados:

> *«El cuidado siempre está porque nosotros estamos trabajando siempre con personas que necesitan ciertos cuidados que si fueran… que no estuvieran con cierta patología como la que ellos están ahora, como las que tienen, no precisarían de que nosotros estuviéramos acompañándolos. Necesitan ciertos*

cuidados que lo que hacen es que nosotros podamos este… o sea, trabajar con ellos.» (Entrevistada E, 2021)

Por otra parte, el entrevistado referente I deja entrever también que de las profesiones del cuidado surgen las especializaciones, modelos y lógicas que contribuyen a distintos tratos hacia los sujetos:

> *«Yo no dudo que hay cuidadores maravillosos que se han ido especializando, y para mí es mucho mejor un cuidador que trabaja con esta lógica en la que yo creo que hemos estado conversando [aludiendo a descripciones de la entrevista], que un cuidador autoritario que te dice qué tienes que cenar o un cuidador que no es capaz de estar una hora contigo intentando que pongas tú el agua a hervir. Para mí eso es un buen cuidado, sé que hay formas buenas y malas de cuidar.»*

Esto quiere decir que hay distintos tipos de cuidadores y formas de encare en el cuidado. Entonces, se puede pensar en lo mencionado por H acerca de una característica del cuidado: es a lógico. Se compone de dos campos:

a) <u>El campo de la técnica</u>: lo teórico y procedimental, lo que la institución da más visibilidad y se encuentra relacionado con una estructura verticalista y normalizadora disciplinaria. Se asimila a la figura de la profesión.
b) <u>El campo del oficio del cuidado</u>: lo que no se dice, no se menciona y circula del cuidado que sobrepasa el punto anteriormente mencionado. Este se encuentra asociado a la figura del trabajador:

> *«Porque el cuidado precisamente tiene que ver con eso que se produce ahí, más allá de la técnica. Es más, nosotros siempre decimos que un cuidado puede tener una técnica o no. Pero la técnica no define el cuidado, es al contrario. El cuidado envuelve a la técnica»* (Entrevistado H, 2022)

El campo del oficio del cuidado representa uno de creación artesanal y de luchas cotidianas que se dan en conjunto con otro par. Esto es invisibilizado por un sistema que toma más en cuenta el profesional (la técnica) que el trabajador (el oficio): *«Obviamente el sistema qué quiere? Quiere al profesional, digamos, asalariado, totalmente dominado que tenga tres laburos, y vos sos profesional independiente… las pelotas.»* (Entrevistado H, 2022)

Esto se condice con autores que se explayan en el marco teórico que plantean al cuidado como prácticas vinculares que escapan a estandarizaciones hegemónicas del saber (De la Cuesta, 2007; CELS, 2015; Larbán, 2010). Entonces, si bien se va a intervenir desde la técnica, existe la otra mirada desde el Oficio que permite nuevas posibilidades creativas del cuidado:

> *«Obviamente usamos lo técnico (...) pero también está esta otra mirada, insisto, desde el oficio, desde el trabajador, desde el cuidado, que es una mirada mucho más amplia. Que mientras más posibilidades tengamos (...) más posibilidades vamos a tener de producir un cuidado. No nos vamos a quedar solamente con la técnica. Vamos a tener la técnica y vamos a tener todas las creaciones que podamos hacer. Eso es infinito. Y eso al modelo no le conviene, porque significaría una gestión más horizontal y no vertical, la discusión clínica, las interdisciplinas, valorizar el cuidado y no los procedimientos. Todas estas cosas atentan contra el modelo, y eso es letal.»* (Entrevistado H, 2022)

Pensando lo mencionado y articulando con las entrevistas, es posible visualizar que el cuidado se va a encontrar circulando por lo institucional, el sujeto a cuidar, el cuidador y, en caso de que exista, la familia.

a) Lo <u>institucional</u> se ve en las características que el dispositivo posee: las metas, la población que atiende, el reglamento, cómo se organiza, etc. En la siguiente anécdota se ve la necesidad de que el marco institucional y el dispositivo contemplen la población con la que se trabaja:

> *«Todos los días designábamos quien cocina el almuerzo y quien cocina la cena y a veces íbamos y no había ni almorzado ni cenado los cuatro porque el que tenía que cocinar simplemente no quiso hacerlo. Entonces ya ves que el dispositivo que la Institución pretendía no se estaba pudiendo hacer, precisaban otro tipo de acompañamiento; pasa que nosotros estábamos dos horas y en esas dos horas no daba para hacer todo eso que ellos necesitaban y se terminó desmoronando esa vivienda. (....) O sea, de una vivienda de cuatro, dos terminaron descompensados en el correr de un año. Y ahí te das cuenta que ok, estás intentando forzar un dispositivo que no va por ahí, o sea, precisan otro tipo de dispositivo»* (Entrevistado F, 2021)

b) <u>El sujeto a cuidar</u> o etapas en que el residente se encuentre transitando en cuanto a su proceso de autonomía y/o adaptación al dispositivo. Como ejemplo, si recién sale de una internación, si posee un tiempo ya de la misma, si posee una red de contención por fuera del dispositivo, etc.

> *«Y no podes aplicarle el cuidado que vos querés a cualquier usuario. Hay usuarios que por ahí precisan un cuidado 'x' y otros otro. Cuando hablo de cuidados pueden ser… algunos pueden precisar mayor rigidez y un cuadro*

más claro y con más presencia de… de cuidadores y otros usuarios, capaz que el cuidado para otro usuario es 'bo, dejalo que elija, dejalo que estén los platos mal lavados, pero que los lave él' o 'dejalo'…» (Entrevistado F, 2021)

c) La familia del residente. Se puede visibilizar a partir de dos párrafos en las entrevistas dos tipos que interactúan con el dispositivo, sus trabajadores y el residente:

i) Primeramente se puede ver el modelo familiar «invasor». El mismo consiste en que un familiar interactúa continuamente con el residente a tal punto de vigilar y controlar las situaciones relacionadas con él o acaparando actividades pensadas para todos los residentes. Este familiar puede llegar a realizar tareas del Operador:

«Con la familia a veces bueno, a mí me ha pasado de tener que decir a una mamá que estaba todo el tiempo, o sea, a veces era… Un día le dije 'yo soy la operadora, voy a trabajar, después de que yo trabaje'… E: venís vos madre… S: claro. Porque hacía mi trabajo ella, sabía a qué hora se levantaba fulano, mengano, le tocaba cocinar esto, lo que lavaba el otro… porque teníamos un cronograma de actividades E: si, tuviste que marcar ahí tu rol porque si no se desfiguraba todo… S: entonces le digo 'no…' , entonces ahí con ella le tuve que decir, aparte siempre cuidando ¿no?, lo tomó bien porque se lo dije bien y después se lo pasó a la coordinadora que en ese momento estaba para que lo hablara.» (Entrevistada E, 2021).

Cabe resaltar que es la única anécdota que hace referencia a este tipo de familiar en las entrevistas, lo cual permite suponer que es el que menos se encuentra.

ii) Luego se visibiliza a los familiares ausentes que, paradójicamente, son los más frecuentes en las entrevistas. Esta ausencia no solo se visibiliza en la no vinculación con el residente, sino que además se puede ver en reuniones con la institución. El trabajador en este punto se ve sobrecargado debido a la carencia de apoyo o contención ante situaciones desbordantes para el residente, siendo él quien ocupa ese lugar:

«Sentís que a veces, como que todas las responsabilidades es de nosotros, yo que sé. nos pasó hace poco, una persona se lastima en pleno verano y no había familia, estaban veraneando. Y bueno, tuvimos que hacernos cargo de bueno, 'tenés que ir a un médico' 'tenés que llamar acá a la casa porque estamos en plena pandemia» (Entrevistada D, 2021).

Resumiendo, se puede ver estos tipos de familiares en lo que menciona la entrevistada D*: «y después caso de la familia pero… ta, como tenés familias que a veces bomba de humo y hay*

familias que están hasta por demás, que van y les hacen los mandados, les compran todo» (Entrevistada D, 2021)

Esto se relaciona con lo que Palacios (2019) menciona de las reacciones de los familiares ante los DSMA referenciada en antecedentes: s*obreprotección o desligue*.

d) El cuidador. Este punto se encuentra relacionado con la capacidad que el trabajador po sea para aggiornar las áreas anteriores a su perspectiva (histórica-teórica-vivencial) en lo cotidiano. Puede también pensarse como las estrategias que el funcionario desarrolle para consolidar su práctica cotidiana ante situaciones vividas con los residentes, con las familias, etc. Inclusive como se ve afectado por los puntos anteriores, derivando en un posible desgaste:

> *«Por ejemplo, la vivienda que dejé ayer, yo iba martes de noche y viernes de noche. Pero si el viernes de noche él tenía una actividad afuera, social, entre nosotros mismos recoordinábamos para que él no se quedará sin esa actividad social. Entonces, yo creo que era lo que el necesitaba también, poder ir a un coro, ta genial, me avisaba y si yo podía cambiábamos el día. En otros usuarios capaz que eso no es conveniente, entonces el cuidado capaz que tiene que ser 'ok, no fulano, quedamos para los viernes, nos vemos los viernes'»* (Entrevistado F, 2021)

Este último nivel también se ve interpelado por la dimensión del cuidado para el trabajador y cuán afectado se encuentre debido a su trabajo. En palabras del trabajador J (2021): *«que tienen que ver con la cantidad de horas que trabajan, cuánto corre para poder trabajar, en qué medida, de qué manera llega el operador a la vivienda, ¿no?».*

Esto se piensa también como las distintas instancias que le genere al trabajador un desgaste que afecte su forma cotidiana de operar. Como ejemplo podemos traer a la trabajadora D (2021):

> *«Hay situaciones que digo bueno ta, cumplo porque estoy cansada, porque sabemos que la Salud Mental agota al que trabaja, al profesional o a la familia incluso, ¿no? Y después otro día te tomás más tiempo, otro día venís con otras propuestas, con ta… diferentes formas.»* (Entrevistada D, 2021)

Como se mencionó anteriormente, la familia surgió como un elemento desgastante al trabajador en las entrevistas. Si bien ambos tipos generan esa reacción, el tipo ausente es el más notorio, ya que el trabajador se ve ocupando lugares que no son los suyos. La entrevistada E lo ejemplifica en el siguiente párrafo:

> *«Pero digo, a veces el operador, que es el que está día a día queda solo y llega un punto que abar… y llega un punto que se involucra tanto que abarca*

una cantidad de cosas de la persona. Por ejemplo, el control… hablar con el psicólogo o hablar con el psiquiatra, la familia, porque a veces la familia, como ve que la persona está bien se descansa, entonces, yo que se… el operador está como más atrás 'bueno hay que no se…' la ropa, la higiene personal, las cosas que le faltan… no sabe… no maneja bien el dinero , entonces el operador tiene que ayudarlo a… que a veces ahí es como un hilo muy fino que hay que… una línea muy delgada como... que ahí tenemos que saber hasta dónde podemos ir. Que a veces nos damos cuenta y decimos 'ta, bueno ahora ya es como demasiado vamos a hablar con…' empezar a delegar (...) E: ¿y ustedes se han sentido solos…. S: sí sí» (Entrevistada E, 2021)

Entonces, debido a la ausencia de la familia, el funcionario debe de contener al residente ante determinadas situaciones. Se puede visibilizar que ese rol del trabajador implica estar atento al sujeto, ocupando algunas veces el lugar de una figura de observación y control.

Finalizando este apartado, debido a esta y otras aristas del cuidado que recaen en el trabajador, se visibilizó que los cuidadores generarán lo que denominaré como «estrategias de autocuidado». Puntualizado en otro sitio de este texto, estas estrategias serán instancias donde los trabajadores puedan compartir experiencias, educarse y autoformarse informalmente.

Tipos de Cuidados Encontrados

Dentro de las entrevistas se pudo vislumbrar un cuidado enfocado al ejercicio de la autonomía mediante el acompañamiento del residente. A este cuidado se le llamará <u>cuidado apoyado en acompañamiento</u> ya que, siendo su fuerte el acompañar, se enfoca en contribuir a que la persona desarrolle habilidades que le permitan guiarse en la comunidad. Esto se puede ver en el siguiente planteamiento:

«Cuánto dejar que el otro pueda como hacer por sí mismo aunque se equivoque, aunque le erre, aunque no nos guste como queda, ¿no? Aunque… no sé, haga las hamburguesas y nosotros nos parece que no están buenas pero (…) es muy difícil poder acompañar tratando de siempre apuntar como a la autogestión, a la independencia, a la… a ser más libre, dueño de su propia vida digamos ¿no? (...) El resultado es acompañar en las dificultades y poder este… ayudar a poder ser cada vez más independiente. (...)Y para mí, acompañar es eso (...) Estar ahí, para… para, si se presenta una dificultad pero no… no… este… no hacer por el otro digamos, no? Simplemente eso, estar como a una distancia óptima donde… donde el otro sienta que puede

contar contigo pero que lo tiene que hacer él, básicamente.» (Entrevistado J, 2021)

Este tipo de cuidado resulta de una elección por parte del trabajador ante la situación de disparidad derivada de la posición de poder institucional que ocupa. Elige no optar por administrar la vida del sujeto e incurrir en un modelo asistencialista. La idea de cuidado que se desprende del siguiente párrafo es una que permite al sujeto ejercitar la autonomía estando acompañado por el trabajador.

«Es muy fácil de repente a veces como… pararse desde un lugar bueno, más como de gestionar la vida de la gente, de hacerla fácil. Son personas que han estado en muchas situaciones de vulnerabilidad, que han sufrido abusos de todo tipo entonces bueno, uno está obviamente en cierto lugar de poder que bueno… que esta… tiene como todas las credenciales para hacer como una gestión ahí… de la vida de las personas, de mucha responsabilidad. (...) lo traía como lo que no hay que hacer (risas). El ejemplo del hogar, bueno, esta tan… está tan implicado en el asunto que uno perfectamente tiene la… todas las condiciones para poder realizar eso… ¿sí? Lo planteo como cosa distinta, una cosa es proponer otro trabajo, un proyecto tendiente a fortalecer la capacidad de la persona, tendiente a la autonomía de la persona y que se desarrolle como una persona con derechos, ¿no?» (Entrevistado B, 2021)

Resulta interesante visibilizar lo que implica brindar apoyo para que la persona logre realizar las actividades en las que esté interesada o, simplemente, generar algún movimiento que le permita al sujeto desarrollar algún tipo de interés:

«En esta cuestión más del trabajo de todos los días y eso… con la gente que trabajo, es más como eso de dar un apoyo desde un lugar distinto al que pueda ser la familia, los amigos o una pareja, si hablar de pararse… es como todo el tiempo tratar de construir un lugar con el cual vos intervenís o intentas intervenir creo que se trata todo el tiempo de intentar, también, a veces las cosas funcionan otras veces no. Brindar un apoyo, un sostén, para que la persona pueda… digamos… tratar de llegar a donde se proponga y si no sabe a dónde quiere llegar o al parecer no hay una voluntad, no hay un deseo, tratar de poder trabajar con eso para poder llegar a algo, ¿verdad? O sea a mover algo que pueda resultar algo estimulante, algo que se pueda como mover esa energía y ese cuerpo, para tratar de dar un paso hacia alguna

dirección. En mi caso estoy como bastante atravesado por eso y por esa concepción que tiene que ver con el apoyo.» (Entrevistado B, 2021)

Entonces, este tipo de cuidado implica también un apoyo para el sujeto y que el trabajador pueda acompañarlo, teniendo en cuenta su forma de operar en el mundo. Le permitirá al residente visualizarse desde otros posibles que lo corran de una posición estática para ejercitar otros intereses que lo activen. Esto también se puede ver en la que menciona la trabajadora E de VS:

«La familia los ha tenido como muy… o sea han estado mucho tiempo también este… ¿cómo se dice? Cuando están internados, siempre están como muy encerrados, bajo un determinado régimen… entonces la persona queda como ahí, no sabe resolver nada de su vida. No sabe yo que se… por dar un decir bueno 'yo hoy quiero hacer tal cosa, quiero o voy', entonces lo que nosotros tratamos que la persona logre pensar y ver qué es lo que quiere hacer… que es lo que le podemos, dentro de los límites, ¿no? Que puede tener la vivienda. Pero que ellos puedan decidir, yo que sé 'hoy…' si, nosotros los acompañamos, bueno, tienen todo un… que puedan decidir un menú» (Entrevistada E, 2021)

Esto también se contempla en el fragmento de la entrevista a D donde, si bien la trabajadora comienza a relatar la salud desde una asociación con un compuesto de aparatos que remiten a un nivel «macro», se puede ver que luego deriva en otra concepción del cuidado más relacionada a su labor con los residentes y a lo que ella cataloga como «micro» (la cotidianeidad):

«No me puedo desprender de la idea de salud. Cuidado… controles médicos… no sé, me pasa por ahí la idea… así a simple… los cuidados médicos, el tratamiento, los diagnósticos correctos, las… las… el espacio terapéuticos. Me parece que el cuidado pasa por ahí. Y después, en lo cotidiano, volvemos a todo lo mismo que hacemos… a tener objetivos, a tener expectativas, a tener sueños, a tener no sé… libertades (que muchas veces no tienen, como que tienen que hacer lo que todo el mundo le dice). Me parece que el mayor cuidado que deberíamos tener es escucharlos y después bueno, de acuerdo a lo que se puede, trabajar sobre eso… más desde lo macro a lo micro vamos a decir.» (Entrevistada D, 2021)

Esta idea de cuidado implica una tarea de escucha, de diagramar los intereses y el deseo de la otra persona, permitiéndole también la palabra y una capacidad de elección dentro de la

libertad que posee. El cuidador se encuentra acompañando eso. Esto se condice con lo planteado por Honorato y Pinheiro (2008), quienes aportan que parte del trabajo de los funcionarios implica desde negociaciones de horarios hasta pensar en conjunto situaciones de convivencia. Entonces, se puede pensar el cuidado apoyado en el acompañamiento como una parte crucial del cuidado donde, en el caso de la población residente, se da con esas características. Esto quiere decir que el cuidado debe de tender al ejercicio de la autonomía. Este se irá realizando acompañado por el trabajador que brindará herramientas para el encare cotidiano:

> *«Puede ser una capacidad de apoyarse en nosotros, obviamente, querernos y obviamente quererlos a él, porque si no, no hay forma, no hay trabajo posible, pero buscando que sea capaz de decidir por el mismo… que pueda, digamos, salir adelante en ese sentido, que pueda abrir un poco el panorama de su vida»* (Entrevistado B, 2021)

Si bien el entrevistado menciona aspectos que él entiende como personales y que refieren a su círculo interno, deja entrever que parte del cuidado es poder moverse por lugares cotidianos con una capacidad de elección que tenga en cuenta al otro:

> *«Si hablamos de lo que pueda ser el cuidado en general… ya ahí capaz estoy hablando del cuidado mío…del cuidado que se yo… mi familia, mi novia, mis amigos… y bueno… y creo que es algo que se da como más espontáneamente en la comunidad porque uno justamente tiene la capacidad justamente de poder decidir y poder discernir, ¿no? O sea, vivimos en realidad en una comunidad que tiene un montón de carencias y de* (inaudible)… *eso comunidad como en sentido amplio, ¿no? (...) como sociedad o como uno ve en su barrio, en la sociedad o cuando se toma un ómnibus. Ahí lo que es el cuidado creo que a veces tiene que ver un poco con el respeto hacia el prójimo o el amor al prójimo, o si no hay mucho amor por lo menos el respeto al prójimo* (risas)*.»* (Entrevistado B, 2021)

Por lo tanto, el cuidado apoyado en el acompañamiento debe de ser capaz de posibilitar al sujeto a circular por distintos espacios sociales y que pueda diferenciar qué instancia les permite crecer y cuál lo perjudica, discerniendo entre cada una. Esto va de la mano con el concepto de *libertad* manejada por otro trabajador:

> *«Es un tipo de organización, la libertad es, en relación con el otro (...) S: ¿un ejemplo en la casa? Primero, todo esto que tiene que ver con… con la autogestión, me parece que ahí hay un ejercicio de la libertad y organización,*

> *¿no?, con participación activa, pero es con el otro y es organizado. Y que libertad tampoco se puede confundir con independencia del otro, como que 'soy un individuo aislado y me dicto mis…' bueno el mito de la autonomía, el mito del liberal, me dicto mis propias normas…»* (Entrevistado C, 2021)

En el caso de este cuidador, quizás este tipo de cuidado implica pensarse en conjunto con un Otro y no en soledad, contemplar al otro y hacerlo parte de su forma de organizar. El cuidado centrado en él también implica la intervención por parte del trabajador ante hábitos manicomiales que el residente adquirió debido al largo período de internación psiquiátrica. Como ejemplo se menciona:

> *«El hecho de haber estado institucionalizado mucho tiempo, les ha quitado hábitos… les ha quitado cosas de la vida cotidiana… como el salir a hacer los mandados… salir a hacer las compras… me acuerdo de uno de los mayores, los primeros días que llego que comía sentado en la cama, claro, bien de institución… y le decía 'no, no, usted tiene que comer en la mesa, sentado'* (inaudible)*»* (Trabajadora A, 2020)

En este punto, la intervención explayada por A se encuentra dirigida en primer lugar a que integre la casa y segundo a combatir el hábito manicomial. Víctor Moreira (2018) plantea que la tarea de la figura que acompaña dentro de las casas se trata en recuperar habilidades de autovalimiento cotidiano y de restituir coordenadas de espacio-tiempo que se vieron alteradas por la alienación en la institución total manicomio. Implica reordenar la subjetividad. La tarea del trabajador remite a brindar elementos y hábitos del proceso civilizatorio, así como la de fortalecer la apropiación del espacio de la casa (Honorato y Pinheiro, 2008).

En este caso, otro entrevistado menciona que el cuidar en este tipo de población también tiene que ver con el habilitar al sujeto a generar nuevas conexiones simbólicas que le permitan compartir comunidad por fuera de la lógica manicomial:

> *«Dejarse enlazar… también es compartir, también es compartir una comunidad simbólica. Que ese es justamente es el punto en el cual pasa con los usuarios de Salud Mental que están institucionalizados en una lógica manicomial, la comunidad simbólica que está en juego es solamente dentro del hospital. Y en ese caso también esto permite a que se pueda generar una comunidad simbólica por fuera de… de… eso…»* (Trabajador C, 2021)

El dejarse enlazar representaría el permitir por parte del residente que se comparta comunidad. Esto, como plantea Moreira (2018) implica la recuperación y formación de nuevos

vínculos que contribuyan a investir nuevamente el yo, apropiándose de códigos y costumbres sociales.

Para el entrevistado, el cuidado implicaría también el que el sujeto realice un quiebre y que pueda conocerse desde otro lugar, ayudado por el trabajador:

> *«El cuidado tiene que ver también con el cuidado de las palabras sobre todo, cómo intervenir (...) En ese punto me tocaba la función de que bueno, este paciente pueda escucharse desde otro lado, fue todo un proceso, el ahora ya egresó, estuvo un año y medio, dos prácticamente ahí y el trabajo bueno… un punto ha sido eso… dar un espacio de escucha y poder leer en lo que dice algo más de lo que está diciendo. Y lo más importante no es leer, es devolvérselo. Porque eso es lo que vale más, que él pueda escucharse desde otro lado y que eso implique un cambio subjetivo. Qué bueno, la pregunta es moverse de una posición, en este caso, le permitió salir, no fue solo por mis intervenciones… digo… pero ta… hay un montón de cosas más en juego… hay todo un equipo también…»* (Trabajador C, 2021)

Para continuar pensando este modelo de cuidado se puede ver el ejercicio de posicionarse junto a otro para, de esta forma, permitir que el cuidado circule desde la interacción de los sujetos:

> *«No sé si, no, no afectividad de amor sino como de afectación así de que... de bueno, saber que... que no estás cuidando al otro si... si eso le afecta al otro, no sé si... O sea, de poder transmitir eso también, tanto nosotros como entre ellos de poder cuidarse, poder... de saber que si el otro se levanta temprano no puedo estar escuchando música o con la luz prendida porque... porque ta, como que es una desconsideración. E: Claro. S: ¿No? Después, o sea hay como... varios niveles dentro o niveles o situaciones o dinámicas dentro del cuidado, ¿no? E: Como... ¿Cómo qué? S: O planos, digamos. O sea, hay cuidados que tienen que ver más con esto más material que te digo... y hay otros tipos de cuidado donde (...)bueno, comunicarse es una forma de cuidar también al otro... Porque si no fluye la comunicación... Siempre se van a generar malos entendidos o... o bueno, o incomodidades en el hogar.»* (Trabajadora K, 2021)

Honorato y Pinheiro (2008) plantean que la tarea del trabajador remite a la estimulación y el trabajo de las relaciones interpersonales y de convivencia por parte del trabajador para los residentes (esto implica cuidar al otro y el espacio). Existen, entonces, varios niveles del cuidar

donde se debe de contemplar a la otra persona y la comunicación como forma de transmisión. La entrevistada K menciona un plano material (manejo de herramientas, como ejemplo) y también se puede pensar en el plano de hábitos de convivencia (no sobrecargar a un compañero con la tarea, por ejemplo).

Por otra parte, el cuidado implica también el oficiar de «principio de realidad» ante situaciones donde el residente no logra pensar a futuro como, por ejemplo, guardar dinero para gastos queriendo gastar todo al momento. Esto es señalar un límite para que pueda regirse en lo cotidiano y en la comunidad.

> *«Bueno, sabemos que las patologías psiquiátricas a veces, una de las características puede ser esto, como… no sé si está bien dicho pero, una realidad paralela o algo así. O sobredimensionar o no sé cómo se dice lo contrario a sobredimensionar pero* (risas) *… como… dejar pasar todo, entonces… pero ese principio de realidad, sin obviamente una… creerse superior ni nada por el estilo sino que pensar, reflexionar sobre eso que está sucediendo pero… pasa en muchos ámbitos, desde la higiene hasta no sé, las compras, todo.»* (Trabajadora D, 2021)

La trabajadora aquí da por entendido que los sujetos con los que trabaja minimizan determinadas situaciones para las que son necesarias instancias de reflexión que hacen a la vida social:

> *«Y bueno… la educación para el cuidado (...) pero creo que uno de los puntos de educar el cuidado propio y de los demás es eso, el reflexionar sobre los actos, revisar constantemente lo que hacemos, revisarnos, que ta, capaz es mucho pero… poder de autocrítica… con los usuarios digo, ¿no? Generar esas instancias de comunión, de que… de esos momentos creo que hace a eso… ser más reflexivos, dentro de las diferentes capacidades, bueno, generar eso, cosas nuevas, cosas… yo, voy ta por ese lado.»* (Trabajadora D, 2021)

Por otra parte, la entrevistada D se refiere a este cuidado como uno que respeta al otro en su diferencia, hacerlo partícipe y conteniéndolo ante cambios:

> *«Bueno… una de las cosas que no hemos nombrado es como la estabilidad también, mantenerse en la estabilidad, ya sea de… los cambios a veces algunas personas las perturban más que otras. Entonces el cuidar esos… como lo que venimos trabajando, que las modificaciones sean mínimas o muy consensuadas. Eso es parte también del cuidado, tener en cuenta las*

> *características de cada uno, ¿no?, eso es importante. No a todos nos afectan, o nos gustan o nos mueven las mismas cosas obviamente… que más puede ser… bueno a veces a alguno le gusta mucho más hablar que a otro…eso, respetar los tiempos de cada uno, o sea, los modos de cada uno… eso es lo que hace también al cuidado.»* (Entrevistada D, 2021)

Esto va de la mano con lo mencionado por la trabajadora E acerca de que el cuidado debe de estar por fuera del diagnóstico:

> *«Y he visto y yo digo que ta… que en algún punto esto tiene que cambiar, que tienen que ver a la persona desde otro lugar. En eso relaciono los cuidados hacia la persona que no es una enfermedad, o sea, no la podemos llamar como… no sé, porque esquizofrenia y catalogar a la persona por eso o por trastorno bipolar o por lo que sea, depresión.»* (Trabajadora E, 2021).

Esto se puede relacionar con el planteamiento que toman Amarante et al. (s. f.) de Basaglia (2008) y situar a la «enfermedad mental» desde un paréntesis para permitir al sujeto pensar en nuevas posibilidades de expresión y desarrollo de autonomía.

El cuidado emocional como cuidado para prevenir posibles crisis:

> *«Yo creo que todas las enfermedades parten de lo emocional además, para mí. ¿no? Eso es algo que pienso yo, no sé… las emociones como que son importantes y a veces desencadenan… se puede ir desencadenando algunas enfermedades»* (Trabajadora E, 2021)

También para la entrevistada E, el cuidado pasa por evitar que los sujetos se encuentren todo el día aislados en su casa:

> *«Bueno, uno de los cuidados que creo que… es esto que te decía, poder comunicarse, que a veces es el único operador que va a la casa y es el único contacto que la persona tiene como quien dice, con el mundo externo. Porque a lo que están ahí, no quieren salir, están mirando el techo, entonces nosotros vamos… 'bueno vamos a jugar a… ¿tienen ganas de hacer un juego y jugamos a no se' 'vamos a jugar a la pelota' en un momento iban al parque a jugar a la pelota, jugábamos a juegos de mesa, jugábamos a … o mirábamos una película.»* (Trabajadora E, 2021)

Esto significa que, siendo el trabajador el único lazo con el mundo, parte del cuidado es que ese lazo trate de sacarlos del aislamiento y permite al sujeto salir del estado de *Stultutia* (Foucault, 2008).

Por otro lado, se puede apreciar en una de las entrevistas que otra parte del cuidado se encuentra relacionado con la forma de vincularse con los mismos residentes. Llama la atención que el trabajador se refiere ellos como un equipo, a tal punto que quien entrevista pregunta a cual se refiere:

> *«Y creo que lo más importante es el control. Si tú no tienes el control del equipo, no tienes el control del grupo con el que estas, pasan muchas cosas feas en el día. Hay mucho grito, hay mucha descompensación, hay mucha falta de voluntad por hacer las cosas, ¿sí? Y a veces llamarlos, a exhortarlos a hacer las cosas en equipo funciona muy bien y…. primero cantamos y bailamos y después lavamos toda la casa y la baldeamos… o sea… esa conexión, es una conexión.. E: ahí estás hablando de equipo con los usuarios… S: claro, obvio, el equipo con el equipo no tiene nada que ver con esto, ¿no?»* (Trabajador G, 2021)

Por otra parte, el entrevistado G menciona que el cuidado pasa también por generar instancias que apuntalen determinados hábitos relacionados con la estética, la presentación y la organización del entorno. Esto es diferente en cada sujeto:

> *«El cuidado empieza por entender que necesitamos conservar una apariencia prolija, que necesitamos vernos al espejo y entender que somos personas lindas ¿sí? Y entender que podemos trabajar esa autoestima que quizás en algún día se les pudo haber anulado por cualquier situación, cualquier vulneración de su realidad… El trabajo empieza por allí de hecho nosotr… yo particularmente tengo un espacio con ellos de siempre, con las chicas, yo les limo las uñas, se las pinto, las afeito, les corto el cabello (lleva su mano a la nuca), le quito los pelos de la cara con cera… entonces hay un espacio de belleza que a mí me encanta, ¡porque me encanta! Y es un promover el cuidado. O sea… es el cuidado de ellos ¿sí? No sé si nosotros somos cuidados, ojo, como Operadores, pero ellos, como usuarios del dispositivo, siento que sí se les ha promovido la autoestima y el cuidado. Y esa imagen personal que parte de su cuidado, y ese tender la cama todos los días, y ese tener su ropa limpia, y ese estar lo más prolijo y presentable posible… 'Aunque estemos deprimidos tenemos que bañarnos'. Y eso ha sido un seguimiento constante que ha sido difícil sostener para algunos, para otros ha sido muy fácil, otro simplemente ya estaba incorporado.»* (Trabajador G, 2021).

Esto también se condice con lo que Honorato y Pinheiro (2008) mencionan acerca de los elementos y hábitos del proceso civilizatorio; el ejemplo es el cuidado de los hábitos higiénicos. Eso también va relacionado a la clase de vínculo que los residentes poseen con el operador y como lo posicionan frente a la instancia específica:

> *«Tengo una compañera que ella los motiva muchísimo a hacer cocina ¿sí? Entonces hacen tortas y esto… a mí me encanta cocinar pero eso es un espacio de ella, a mí me parece que es respetable que ella disfrute su espacio con ellos de cocina ¿sí? Y hacen tortas y hacen… y entonces ellos se sienten divinos. Entonces tú quizás les digas algún día 'quiero hacer una torta- ¿y te ayudo?- no no no, me ayuda fulana'… claro, porque son espacios propios y ellos se empoderan de ese espacio y ese es el vínculo importante que hay que mantener, porque es en el vínculo que hace que nosotros tengamos un poco de control grupal ¿sí? Que en cada cosa tengamos una impronta 'mira, yo hago esto, tú haces aquello, yo lo acompaño en esto, tú haces aquello'* (señalando para todos lados)» (Trabajador G, 2021).

Estos espacios poseen la característica de ser unos donde el trabajador se encuentra acompañando y organizando mediante la vinculación con los residentes. Quizás esto tenga que ver con lo planteado por Blanco (2015), donde el habitar desde el cuidado nace a partir de la vinculación entre personas, brindando abrigo y reconocimiento mutuo en el espacio cotidiano. Esto permite la gestación de espacios de construcción de vida.

En particular el entrevistado asocia la noción de *cuidado* al trabajar con los sujetos la autoestima y el reconocimiento de las emociones. Cuando el sujeto internaliza los hábitos (que se dan en las instancias de «belleza», por ejemplo) se habla del ejercicio de esa autoestima («lo estamos enseñando a cuidarse a sí mismo») y que pueda diferenciar el autocuidado. Se autonomizan. Por otra parte, y contrario a lo que se mencionó antes por el Entrevistado B, el trabajador G asocia cuidado y acompañamiento con dependencia:

> *«No sé si sea muy conveniente esas dos palabras. Cuidado y Autonomía… al contrario, el cuidado genera dependencia E: mira… ¿en qué sentido? S: y en todos, porque el paternalismo que quizás podamos llegar a tener por la protección, por el acompañamiento, por el andar, por estar conmigo, por la conv… esto… en vez de generar una autonomía estas generando lo contrario. ¿no? Y por eso es que tenemos que tener bien claros cuales son los objetivos que tenemos que lograr. Cuidado y autonomía… y lo hemos discutido de siempre, no van de la mano. Y nosotros hacemos hasta donde podemos*

también ¿no? Lo ideal sería que ellos de a poco fueran soltando estas redes de cuidados que nosotros les proponemos y que vayan generando sus propios recursos y puedan el día de mañana tener una vida digna bajo sus propios criterios y esquemas y bajo sus propios conceptos. Quizás algunos no lo logren, quizás algunos tengan que tener siempre y estar en una red de cuidados porque no van a tener una autonomía pero apostamos a que por lo menos la mayoría lo haga. E: entonces el cuidado sería más de la mano con el acompañamiento en este caso decís vos. S: Si. (...) S: con autonomía si tiene. Si trabajamos autoestima y trabajamos lo que es la parte emocional de la persona desde el reconocerse como una persona que se quiere, que tiene ese sentimiento de quererse a sí mismo, lo estamos cuidando. Lo estamos enseñando a cuidarse a sí mismo, ahí sí puedo decir que se está cuidando. Y eso sí está generando una autonomía. Ahora, si hablamos de cuidado-acompañamiento, no. ahí al contrario, tenemos que hacer una desvinculación constante para que la persona en algún momento pueda llegar a hacer las cosas solo y no necesite de nosotros.» (Entrevistado G, 2021)

Esto difiere en parte con lo que el trabajador J (2021) de VS menciona acerca de la autonomía y la población de residentes:

> *«La autonomía es como relativa, ¿no? Digamos, ellos no son totalmente autónomos sino vivirían por sí mismos en algún tipo de situación en la que no dependieran de nadie, que fueran a su casa a acompañarlos, ¿no? Claramente la autonomía es relativa, ¿no? Y el trabajo es hacia eso, ¿no? Hacia la independencia, hacia la autonomía, hacia la libertad.»* (Entrevistado J, 2021)

La diferencia radica en que si bien esa población es dependiente (por eso existen los Operadores que los acompañan), el trabajo que se realiza es uno progresivo a una autonomía que le permita circular con independencia por la ciudad. A esto se puede agregar lo que G menciona del trabajo cotidiano con los residentes de la VA:

> *«Tenemos que buscar la manera de estimularlos para que el día de mañana ellos sean independientes y logren hacerlo por sí mismos, ¿sí? Entonces, no es nuestro rol estar, por ejemplo, en el comedor con ellos constantemente, ir arriba de ellos, viendo lo que están haciendo o involucrarnos… no. Ellos tienen que tener su espacio, tienen que tener su mundo de convivencia porque el día de mañana uno de ellos quizás pueda egresar de ese proyecto y*

pueda quizás ir a una casa asistida en donde no exista un rol de educador o de un operador» (Entrevistado G, 2021)

Por otra parte, podemos encontrar otro tipo de cuidado denominado como cuidado autoritario- omnipotente. Este cuidado se impone al sujeto, pretendiendo que las cosas se hagan sin dejarle la opción al residente a que se equivoque en compañía del trabajador. Por las características de este cuidado, es uno que quizás evite al funcionario la necesidad de tolerar la frustración de que la tarea no se haga o se haga de una forma distinta, priorizando su funcionalidad antes que la forma en como es desarrollada por el residente. Este tipo de cuidado se puede relacionar con el asistencialismo, donde como menciona el referente entrevistado I (2021): *«no lo sabes hacer bien, lo hago yo, prefiero hacerlo yo para hacerlo bien».*

Ejemplificando en palabras de otro entrevistado:

«Tengo compañeras que prefieren hacer más ellas para que se cumpla antes que dar la opción de que la persona tome la decisión o que la persona lo practique o lo lleve a la práctica. Estas son cosas que yo veo pero tampoco las comparto porque no tengo el rol de coordinador.» (Entrevistado F, 2021)

Continuando la anécdota:

«Pero bueno yo, me pasa eso, incluso me pasa con la vivienda que yo acabo de dejar, el comentario de la madre más de una vez era que la operadora que iba antes que yo hacía buenas tareas de ama de casa y a mí no me veían como buen amo de casa pero porque yo… claro. Pero claramente no… primero que nunca estuvieron cuando yo iba a laburar. Yo nunca las vi, nunca compartí una hora de (inaudible) *(...) S: y el rol era otro claramente, claramente. Pero para la familia era mejor aquella otra operadora que hacía las cosas por fulano. Pero el tema es que fulano no sabe usar una esponja con jabón para lavar los platos o no sabe colgar la ropa en un tendedero pero tampoco él lo termina haciendo nunca.»* (Entrevistado F, 2021)

Entonces, el cuidado autoritario tampoco sirve como forma de aprendizaje de autonomía. Podemos asociar esto con lo que el trabajador J menciona:

«Hacer por el otro no está bueno. Que el operador llegara, les tendiera las camas, lo peinaran, lo… les prepararan la medicación y les hicieran la comida no estaría bueno, porque no… no trabajaría para que ellos puedan hacer las cosas por sí mismos. Y eso cómo los va… los va achicando, minimizando, achicando sus posibilidades. Creo que el límite es ese, el límite es no hacer por el otro, ¿no? No decidir por el otro» (Entrevistado J, 2021).

Este tipo de cuidado también se presenta como uno que recorta, deshabilita al sujeto, donde también se puede presentar, según otro entrevistado, como una forma de infantilizar al residente:

> *«La infantilización del psicótico, la infantilización del que tiene una discapacidad… o sea… que él no puede valerse por sí mismo o pensar por sí mismo y yo tengo, como adulto dictarle, que tiene que hacer, como tiene que pensar y que debe ser. Entonces eso es algo que en lo personal, a mí me … no lo comparto… y si apelar por el otro lado, por la potencia, por la creatividad, como que el otro… no es que al otro le falta, ¿no?… tipo… porque tenga una discapacidad o por que tenga una determinada problemática psiquiátrica, le falta, no puede. Sino apostar por bueno, por buscar formas de afectación que permitan aumentar la potencia de acción en el mundo, eso.»* (Entrevistado C, 2021)

Lo que se puede hipotetizar a partir de este fragmento es que este tipo de cuidado, el autoritario-omnipotente, también puede contemplar al sujeto mediante su infantilización, negando los aspectos que pueden ayudarlo a crecer en autonomía.

Se puede pensar también en otro tipo de cuidado que es el «Let it be»; este deviene de uno en donde el cuidador espera que las cosas surjan por los mismos residentes, sin intervención alguna:

> *«En la relación con las tareas por ejemplo y en la organización de la casa. Yo por ejemplo no me presento en la casa como alguien que sabe cómo se debe de manejar una casa y les voy a decir cómo deben hacerlo, sino que, uno deja estas cuestiones a criterios de los usuarios que estén adentro que lo (que se) puedan apropiar de un espacio, al cual… en el cual están viviendo.»* (Entrevistado C, 2021)

Si bien el trabajador confía a los residentes la apropiación del espacio, ese modelo no podría pensarse para el caso de sujetos que transcurrieron largos períodos de internación ya que podrían continuar reproduciendo hábitos manicomiales. Por otra parte, en el caso de las VS se puede interpretar el «dejar onda hostel» como la ausencia de intervención que trae sus consecuencias:

> *«Entonces, creo que es un lugar muy fino el del operador en estas circunstancias porque no es un residencial como te decía, tampoco es una cárcel y tampoco es una cosa, un hostel. Porque si lo dejas en onda hostel,*

también en ese sentido en unos días se te puede ir todo a la mierda.» (Entrevistado F, 2021)

Por otra parte, el trabajador F ejemplifica la delgada línea entre lo que puede llegar a ser estos tipos de cuidados y cómo también es necesario encontrarse atento a realizar una posible intervención ante determinada situación.

En la siguiente tabla se visibilizan los cuidados anteriormente mencionados:

Tabla 3

Tipos de cuidados encontrados

Posición de poder Jerárquica-asimétrica del trabajador desde lo institucional y forma de vinculación con el residente				
Postura del Trabajador Jerárquica-Rígida		Postura del Trabajador Horizontal-Asimétrica		Postura del Trabajador «let it be»: Sin postura
Cuidado autoritario-omnipotente: -Evita la frustración del trabajador y «la herida narcisista» de que prescindan de él -Deshabilita al sujeto -Es funcional a intereses de erceros y no la búsqueda de autonomía. -Aumenta la demanda, no se da herramientas para desarrollar autonomía. - Mirada de control - Infantiliza-ción del sujeto	Límite difuso: vigilia de la práctica	**Cuidado apoyado en Acompañamiento:** -Tolerar la frustración de que «a veces las cosas no salen como uno quiere». - El final es que el residente prescinda del trabajador. - El trabajador brinda otro punto de vista y trata de visibilizar situaciones que minimicen los residentes (llegar a fin de mes). -Demanda disminuye en tanto existen herramientas para enfrentar situaciones cotidianas. -Comenzar a readquirir hábitos	Límite difuso: vigilia de la práctica	**Cuidado «Let it Be»**: - Trabajador espera que el dispositivo se autorregule solo, sin realizar intervenciones - Se prescinde del trabajador debido a que no lo posicionan como apoyo - La demanda podría disminuir o aumentar para otras instancias o sujetos por fuera del trabajador dependiendo de la solución que encuentren los residentes.

	suspendidos por largo tiempo de internación - Mirada de atención. -Generar redes comunitarias que fortalezcan una circulación del residente Intervenciones en lo cotidiano- Prácticas de cuidado: **a) Autocuidado** **b) Cuidado del otro** **c) Cuidado del espacio** **d) Cuidado comunitario.**		
a) autocuidado: -comunicación -reflexión y conocimiento de sí -Estética -Higiene.	**b) Cuidado del otro**: - comunicación -contemplar al otro en lo cotidiano - Enseñanza en uso de materiales, herramientas, etc.	**c) Cuidado del espacio**: -Comunicación -Realización de las tareas -Mantenimiento del espacio	**d) Cuidado comunitario:** -Comunicación - Diferenciación de espacios -Articular instancias del barrio-comunidad -Territorio para generar red -Combate al estigma mediante la práctica. - Militancia

Nota: Elaboración propia.

Cabe mencionar que cuando se habla de prácticas de cuidado se refiere a un conjunto de acciones que serán catalogadas como intervenciones por parte de los trabajadores hacia los residentes con el fin de conducir su conducta. Estas acciones nacen desde la teoría, lo personal o el sentido común del trabajador, y se enmarcarán en uno de estos tipos de cuidado.

El entrevistado B menciona que, si bien un trabajador pertenece a una disciplina determinada (psicología, trabajo social, etc.) y dentro de un dispositivo tiene un cargo específico (operador, acompañante, etc.); a la hora de realizar una intervención resulta imposible no hacerla desde su área disciplinar:

> *«Creo que es importante que los roles estén definidos, pero al mismo tiempo que la práctica no sea rígida, que no se vuelva una cuestión territorial… esta bueno esto de saber, hay una persona que está llorando, bueno, tiene que ir el psicólogo o bueno… hay que… no sé, calentar una vianda la comida y aprender a usar el microondas y tiene que ir el educador…(...) Lo he vivido de esa forma y es imposible, igual estando de un lugar de educador o de acompañante o de lo que sea, si uno estudió psicología o estudió trabajo social tipo no te meches, digamos tu intervención por ahí. Si no partís de ahí, ¿desde dónde vas a partir? (...) Cuando surge una situación emergente, la va a atender el que está ahí y seguramente el que esté más cerca también digo, muchas situaciones es correrse del lugar, ¿no? (...) me refería justamente a esto otro, la capacidad de que no sea súper territorial porque pasa por otro lado, o sea… el lugar de psicólogo no te lo da el título…(...) En ese lugar te ponen las personas o no te ponen, por ahí tanteando la cuestión del vínculo que hablábamos.»* (Entrevistado B, 2021)

Pensando lo dicho por B, también se puede entender la intervención ante una situación como una acción que busca darle resolución a un emergente. Esta solución no necesariamente tiene que contemplar la disciplina a la cual el trabajador se encuentra adscripto, pero tampoco se la puede negar, ya que forma como una «base» para operar y dirigir la intervención.

Esto se refuerza con lo que A menciona: «nosotros al ser psicólogos podemos estar más atentos a ciertas situaciones que se pueden dar y en algún momento hay que intervenir y se interviene de la mejor manera.» (Entrevistada A, 2020).

Si bien los entrevistados plantean que la intervención trasciende a los territorios disciplinarios de cada uno, también mencionan que la misma tiene una pertenencia al área donde cada trabajador que se formó:

> *«Hay intervenciones que son con la palabra, para mí, en particular, bueno… en todo lo que ya he dicho, en mi formación con el psicoanálisis, es como la cuestión más delicada, lo cual uno tiene que tomar contacto con sus palabras y escucharse desde otro lado.»* (Entrevistado C, 2021)

Entonces, el aspecto formativo resulta importante para trabajar con los residentes; permite visualizar de forma distinta la búsqueda de derechos, las crisis, duelos, las frustraciones, etc. Por otro lado, alguno de los trabajadores entrevistados no solamente interviene desde ese lugar sino desde áreas de la vida que no tienen que ver específicamente con la formación:

> *«Que no lo vean como que yo soy psicóloga, si saben, pero podemos conversar como conversamos con tu madre o con tu hermana o un amigo, soy más amiga que operadora. El término operador ya no me gusta, acompañantes me gusta más.»* (Entrevistada A, 2020)

Por otra parte, situándonos en las prácticas de cuidado asociadas al modelo de acompañamiento, podemos encontrar la de tender redes por fuera del dispositivo. Estas habilitan al sujeto a circular por el territorio:

> *«Se hace la gestión de los beneficios sociales… no sé… el pase libre del ómnibus o las entradas para que vayan a tal cosa o un cupo en un club de deporte o en los centros psicosociales. Bueno, ahí lo que se está tejiendo son redes de cuidado también, la persona pueda circular digamos, no solamente libremente sino sin exponerse a situaciones de riesgo*.» (Entrevistado B, 2021)

Dadas por un acompañamiento, implica que sea una práctica del cuidado donde se dé:

> *«…todo el tiempo hasta donde sea necesario, precisamente parte del trabajo es 'bueno, te vamos a acompañar' en el sentido más literal de la palabra, 'acompañar todo lo que sea necesario, cuando veamos que, fulano, fulana, vos ya podes hacerlo solo, la idea es que tú, lo hagas solo'».* (Entrevistado B, 2021)

Esto coincide con lo que plantean Tavares de Assis et al. (2014) cuando mencionan que es imprescindible generar redes dentro del territorio para que los sujetos a medida que lo habiten desarrollen autonomía.

Asimismo, la intervención debe de tender hacia una unificación de los criterios que permita operar con un rumbo que da el trabajo en equipo:

> *«Lo que yo digo de trabajo en equipo, que yo he sentido muchas veces por otros compañeros conversando es que si no hay un trabajo en equipo, si no*

hay una cosa que podamos manejar los mismos criterios, ¿viste? La misma… tener el sentido común para resolver ciertas cosas… eso digo, para mi es fundamental lograrlo, en nuestro equipo y yo he tenido por suerte, siempre digo, he tenido como la bendición de trabajar siempre con gente que es humano, que es responsable, que se puede… puede poner en el lugar del otro, entonces ahí podemos buscar para poder eso. Porque a veces, nosotros hablamos entre nosotros 'yo voy a la casa y le digo una cosa, viene otro compañero y le dice otra, pero viene un tercer compañero…' entonces, si no manejamos los mismos criterios, confundimos y no está bueno (...) S: y nosotros, ya de otras veces, de otras experiencias nuestras, de otros equipos de trabajo o de repente ya sabemos que esto funciona así, ¿no? Y bueno, lo hablamos, lo conversamos y si… obviamente que todos somos diferentes personas las que trabajamos, ellos y los Operadores entonces bueno, hay criterios como que son básicos que no sé cómo te puedo decir…» (Entrevistada D, 2021).

Finalizando esta parte resulta necesario aclarar que las prácticas que son orientadas al modelo de cuidado relacionado con el acompañamiento buscarán una mayor autonomía del sujeto. Este estilo de cuidado se condice con el pensado por Nunes et al. (2008) como el *cuidado territorial,* donde el cuidador busca generar redes sociales que incluyan al residente, acompañando a los usuarios fuera de los CAPs. De la misma forma se condice con lo planteado por el CELS (2015) donde el cuidado en SM es el resultado de acciones coordinadas con actores sociales en pro de que personas que estuvieron institucionalizadas desarrollen progresivamente la autonomía apoyándose en un otro. En el modelo autoritario-omnipotente, por lo contrario, la práctica del cuidado buscará ser funcional a los intereses de un tercero por fuera de esa relación de cuidado, transformando en dependiente al residente, debido a que no se le brinda herramientas para el encare cotidiano. En el modelo «Let it Be», el trabajador simplemente no es interviniente, dejando que los residentes mismos se autorregulen.

Imagen de sí mismo

Para esta categoría se profundizará en cómo los funcionarios visualizan su trabajo y su rol dentro de los dispositivos. Resulta pertinente destacar que del total de nueve trabajadores entrevistados (dejando fuera a los referentes en el tema), cinco mencionan al dispositivo donde se encuentran como la primera experiencia de trabajo formal con residentes y dos lo califican como la segunda. Si bien para los dos restantes no existen datos de trabajo formal, una

entrevistada posee experiencia informal en discapacidad motriz (familiar) y otro en ámbitos académicos (Hospital Vilardebó) y de militancia.

Por otra parte, de la población de trabajadores entrevistados se visibilizó que la cantidad de seis personas no tuvieron en su formación académica cursos relacionados al campo de la reinserción comunitaria asociados a este tipo de dispositivos. De ellas, cinco mencionan que nunca pensaron encontrarse trabajando con esa población en esos espacios.

Cinco de los entrevistados tuvieron algún relacionamiento directo o indirecto con el dispositivo en el cual trabajan previo a ingresar este (pasantía, cursos o talleres en otras instancias institucionales). A continuación se muestra la tabla que sistematiza dicha información:

Tabla 4

Sistematización de información relativa a la experiencia y formación de los entrevistados

Trabajador	Situación académico-universitaria	Formación académica previa en la temática	Posgrado	Primer trabajo	Segundo trabajo	Interés en la población previo	Contacto directo o indirecto previo con dispositivos	Multiempleo
A	Egreso	SI-informal-familiar	NO	SD	SD	SI	SD	SD
B	Egreso	SI Académica-Militante	NO	SD	SD	SI	SI	SI
C	Egreso	NO	En curso	SI	-	No pensó en trabajar en CMC	NO	SI
D	Estudiante	NO	NO	SI	-	No pensó en trabajar en VS	NO	SI
E	Curso fuera de Universidad	NO	NO		SI	SD	SI	SI
F	Egreso	SI	En curso	-	SI	SI	SI	SI
G	Egreso	NO	SI	SI	-	No pensó en trabajar en VA	NO	SI
H		Referente						
I		Referente						
J	Egreso	NO	NO	SI		No pensó trabajar en VS	SI	SD
K	Egreso	NO	En curso	SI		No pensó en trabajar en CMC	SI	SI

Nota: Elaboración propia.

Lo mencionado y visualizado en la tabla permite ver que al momento en que los funcionarios transitaron por ámbitos académicos existieron pocas instancias formativas obligatorias de las carreras de grado relacionadas a estos dispositivos. Un ejemplo es el de un trabajador que, si bien tuvo formación académica en psicología, la misma se encuentra relacionada al área clínica:

> *«Incluso esta cuestión tiene que estar en programas más de formación obligatoria, más que opcional.(...) Todo esto que tiene que ver, bueno, con la Rehabilitación Psicosocial, quizás ahí opera un poco mi desconocimiento, porque ta, yo me recibí en el 2019 y algunas materias quizás hayan cambiado»* (Entrevistado C, 2021).

También puede operar como desconocimiento formativo del entrevistado o una falta de interés, ya que no se imaginó trabajar en algún momento para este estilo de dispositivos*: «nunca me imaginé que iba a estar trabajando en el marco de Rehabilitación Psicosocial»* (Entrevistado C, 2021).

Por otro lado, se puede hipotetizar acerca de que existen disciplinas que se encuentran carentes de formación relacionada a lo que es el área de la SM y esta población. Como lo menciona la entrevistada D, su formación en educación social generalmente trabaja con adolescentes o niños:

> *«Es mi primera experiencia en Salud Mental, no tengo capacitación en Salud Mental, por eso yo te digo, cursé los cuatro años de carrera, hice todas las prácticas que son, bueno 3 años de prácticas preprofesional. Pero casi siempre educación social trabaja en ámbitos de infancia o adolescencia, muy poco en adultos en Uruguay»* (Entrevistada D, 2021).

Inclusive a esta trabajadora se le dificulta encontrar un lugar institucional que habilite a su profesión:

> *«Casos que hemos tenido, he notado que se deriven a otros profesionales porque bueno, psicólogos… eh… ¿cómo es? actividades o trabajos que podría perfectamente el educador social trabajar, creo que no hay un lugar en el ambiente para la profesión, no se conoce…»* (Entrevistada D, 2021)

El trabajo desempeñado en la VS es el primero que tuvo y que le brindó esa experiencia. Esta situación se repite con una trabajadora de CMC, la cual menciona que, si bien poseía experiencia en la temática por haber trabajado en otro sitio como voluntaria, no tiene formación académica específica.

Otra hipótesis que se puede conjeturar es que, al existir una carencia de formación referida a estos dispositivos, los mismos funcionan como ámbitos de formación a medida que el trabajador interactúa con los compañeros, residentes y va desarrollando la práctica.

En palabras del trabajador C (2021):

> *«Fui aprendiendo en la práctica, sé que me queda en un punto seguir, buscar una formación específica que permita orientarme mejor en mi trabajo, pero fueron muchas cosas en la práctica, bueno, con los compañeros.»* (Entrevistado C, 2021)

Podemos ver esto también en el caso de J (2021), coordinador de una VS:

> *«Me recibí en ese momento de psicólogo. Y bueno, empecé como primero, como operador estuve algunos años como operador (...) mi formación básicamente fue trabajando como operador y viéndolas a ellas como coordinadoras, digamos».* (Entrevistado J, 2021)

En el caso de la institución que gestiona la VS, también realiza cursos no asociados a la universidad, siendo además una herramienta para contactar con futuros trabajadores:

> *«Yo en realidad hice en [Institución], hice el curso de cuidados de pacientes… cuidado de personas con Trastornos Mentales, Severos y Persistentes y ahí tenía una cooperativa social, integraba en ese entonces (...) llego a [Institución] a través de ese curso por el MIDES y [Institución] habilitaba los cursos. Los hago ahí y bueno y conozco a… en parte a L, en [Institución] (la directora), era una de las profesoras (...) y cuando terminó el curso, L me llama al poco tiempo para decirme si estaba interesada en trabajar en las viviendas, pah, enseguida le dije que sí, estaba re copada y después [Institución] hizo el curso de Acompañante Terapéutico.»* (Entrevistada E, 2021)

Por otra parte, se puede pensar en la novedad de estos dispositivos, ya que en todos los entrevistados constituyen su primera o segunda instancia de trabajo. Esta conjetura se refuerza con la cantidad de personas que no contemplaban esta perspectiva de salida laboral. También se visibiliza en algunas de las entrevistas que los sujetos se encontraban estudiando o eran recientemente recibidos de formaciones académicas-sociales al momento de ingresar a alguno de los dispositivos, lo cual ayuda a hipotetizar que se contratan personas sin experiencia laboral para los cargos «Primera línea». Visto que la remuneración en estos cargos es menor a la de uno técnico, el trabajador recurre al multiempleo.

En cuanto a las figuras encargadas del cuidado y que en este texto fueron catalogadas como «Primera línea», tres entrevistados mencionaron desconocer el nombre del cargo que tienen o simplemente se autodenominan de otra forma a lo que dice el recibo de sueldo: *«en realidad yo no sé, si te digo lo que dice el recibo de sueldo dice tallerista así que…»* (Entrevistada D, 2021). Esto deja entrever que si bien para el cargo en que se encuentra existe una cierta discordancia con la práctica por parte de la institución debido a que su trabajo no implica dar talleres*: «nosotros hemos intentado que eso cambie porque desde la mirada del que está más arriba de la institución es importante saber qué rol cumple cada uno, que no es un taller»* (Entrevistada D, 2021).

Esta discordancia se encuentra debido a que no se brinda talleres dentro de una casa, por eso la trabajadora se define como operadora:

> *«Tallerista es alguien que va a dar algo que considera que esta bueno… no está mal, ¿no? Pero… creo que condice con otro ámbito quizás más semiformal, no sé… como más… yo en mi casa, salvo en el hogar con el que trabajo o en los hogares de tiempo completo, en tu casa no recibís un taller de coso, de nada… no sé, me parece que no… ese concepto no da. O sea, si fuera esto como diferenciar los nombres, sería eso, yo creo que sí, somos… el concepto de operador es lo que más…»* (Entrevistada D, 2021)

Asimismo, a pesar de que en algunos de los entrevistados no se tenga claro el nombre del puesto (acompañante u operador), sí se entiende que la función es la de acompañar y estar en disposición de la otra persona, con una disponibilidad para el residente:

> *«No sé si se tratará de una terapéutica operativa, para que… bueno, las personas puedan articularse en otro ámbito como es este de una casa de medio camino. Bueno uno opera terapéuticamente puede pensar, dando un espacio de escucha cuando sea necesario y de atención y bueno el de estar que también mencionaba esto del acompañamiento, ¿no? De acompañante. Yo creo que el punto así, como más importante, tiene que ver con el estar. El estar es como la función más importante, no se trata de estar de cualquier forma, también bueno, hay formas de no estar.»* (Entrevistado C, 2021)

En otro caso sí se entiende el nombre del puesto, pero como tiene elementos de acompañar, se asocia con el del acompañante terapéutico:

> *«Es un acompañante terapéutico. Porque el operador, todavía no sé por qué lo hemos tenido, ni nosotros sabemos, simplemente que llevamos a cabo la tarea del cuidar y acompañar a esta gente en su reinserción a la vida social.*

Ese es nuestro rol. E1: ¿Cómo se construye esta identidad? S: No sabría responderte, por qué se ha ido construyendo en la medida que hemos marchando. Se ha ido construyendo, cada turno tiene… (inaudible) *sí, cada turno tiene sus particularidades, sus peculiaridades»* (Entrevistada A, 2020)

Este ejercitar la autonomía va de la mano de lo que el trabajador C de CMC alude acerca de su práctica:

«Buscando por un lado velar por la humanización, ¿no?, de los derechos de los usuarios. Para mí eso es como el horizonte del operador. El respeto al otro, una de las cosas que a mí más me revienta, que pasa mucho, no solamente con los usuarios de Salud Mental sino también con todo lo que es el otro es la infantilización …» (Entrevistado C, 2021).

Esto implica además, que el rol de cuidador sea artesanal:

«Creo que el rol de cuidador en este tipo de viviendas es como muy artesanal y muy fino y creo que precisas de mucha formación en el sentido de permitir que las cosas no salgan como vos querés y bancártela (risas) *irte caliente o frustrado»* (Entrevistado F, 2021)

Por otra parte, según el entrevistado F el acompañamiento también va de la mano de mantener una actitud proactiva, permitiendo al residente elegir y respetar su elección. El funcionario es capaz de visibilizar situaciones o complejidades que escapan al resto de los cargos técnicos y permitiéndole salir del modelo tradicional:

«Sí, yo creo en común tienen el rol activo… el, el, el…. Como la primera línea de fuego y como el que ve cosas que ni el coordinador, ni el psicólogo individual de cada uno de los usuarios creo que puede, podría llegar a ver, a visualizar. Creo que es re importante en ese sentido el hacer, el meter las manos en el barro y el… y el cuerpo a cuerpo [...] el ver cosas que otros técnicos, que otros roles más 'técnicos y capaz que más valorizados' (gestos de comillas) *no pueden llegar a ver.»* (Entrevistado F, 2021)

Esto coincide con lo que otro entrevistado, trabajador de VA, menciona:

«Por el rol, por un poco lo demanda el reparto del laburo, ser como el primero en estar en contacto con la persona y por eso mismo se debe también primero, de repente ser el primero que implica, que impone el cuerpo y el que también de repente accede a saber cosas, determinadas informaciones y a ver qué le pasa a la personas de primera mano más que cualquier otro. En

ese sentido si… no me hago mucho drama con esto de las diferenciaciones tipo operador, acompañante» (Entrevistado B, 2021)

En base a eso se puede hipotetizar que, estos cargos con carácter de «Primera línea», debido al contacto prolongado con el residente acceden a información de la vida cotidiana que otros técnicos no adquieren. Esto también se observa en lo que menciona el entrevistado G que trabaja en una VA:

«No siempre nosotros observamos como Operadores lo mismo que el equipo técnico pueda llegar a ver (...) lo que traemos a colación es mira 'el detalle está en que nosotros estamos 24 horas con ellos, ¿sí?' y el equipo técnico está 20 horas nada más. Entonces hay muchas situaciones que se presentan cuando nosotros estamos y cuando ellos están se presentan desde otra forma o de otra manera porque ellos comprenden y entienden que ese poder que pueden llegar a ejercer por estar encima 'de' es mayor al que nosotros podemos tener como control dentro de los esquemas diarios de trabajo» (Entrevistado G, 2021)

En este párrafo se puede visualizar además que en el caso de la VA los residentes tienen una noción de la forma en que se organiza el dispositivo, ubicando por arriba de los Operadores a los demás técnicos dentro de una jerarquía.

«Porque acá también estamos hablando de una estructura piramidal, por más horizontales que puédamos llegar a ser, el usuario del dispositivo o el residente en este caso entiende que nosotros somos los acompañantes del día a día pero que la persona que está por encima que es el psicólogo, el trabajador social o el coordinador está por encima porque ellos lo colocan desde ese lugar, no porque ellos se coloquen así (...) Entonces cuando reciben el apoyo de 8 personas que están constantemente con ellos y de alguna forma los están andamiando y están constantemente con atención en ellos, ellos nos involucran como parte de sí mismos.» (Entrevistado G, 2021)

No sucede lo mismo en las VS, donde el trabajador debe de resaltar reiteradas veces cuál es su función:

«Siempre se trata como de fomentar eso… la confianza… el rol del operador es como que todos los días hay que… porque a veces genera rispideces… E: ¿todos los días hay que qué? S: Como que traerlo sobre la mesa. O sea, cuales son las actividades que tiene que hacer el operador, de que se ocupa el operador, porqué viene el operador, para qué puedo contar con el operador

> *(...) Y después con los muchachos, con las personas que viven en la casa… bueno, esto que te decía, tener que plantear el rol dos o tres… después se olvidan igual, ¿no?»* (Entrevistada D, 2021)

Esto parece suceder debido a que no hay un entendimiento del rol por parte de los residentes que genera una forma de vincularse distinta con otros técnicos. Este vínculo imprime mayor confianza, posibilitando el despliegue de conductas que frente al equipo no se desarrollarían debido a las consecuencias:

> *«Porque hay otra concepción de parte de él, porque si él hace eso, él siente que puede estar en riesgo su permanencia dentro del dispositivo… ¿sí? Entonces ese nivel de confianza… ese nivel de* (inaudible) *de… de… de cercanía que tu planteas al trabajar con ellos día a día lo ves como un resultado positivo porque se genera vínculos afectivos importantes que los afianzan a ellos a nivel de autoestima»* (Entrevistado G, 2021).

Sin embargo, y a pesar de lo mencionado, es de resaltar lo que manifiesta el entrevistado J acerca de que esta figura se encuentra inserta dentro en un lugar de poder, resultando un vínculo que directa o indirectamente se ve afectado por ese a la hora pensar el cuidado: *«En un momento, nosotros ejercemos el poder diariamente como administramos desde el poder… y en esto de los cuidados el rol del cuidador-cuidado siempre hay un vínculo de poder.»* (Entrevistado J, 2021)

Por otra parte, el entrevistado G de VA niega que su figura sea una de control o vigilancia, asociándolo directamente con la negación a ser un policía. También alude a que resulta imprescindible respetar cada espacio de los residentes, siendo el Operador una figura que busca resolver situaciones complejas.

> *«S: precisamente eso es lo que se trata de evitar. Porque nosotros no somo policías ni tampoco somos bufones de ellos para estar todo el tiempo complaciéndolos en lo que ellos quieren. O sea, ellos tienen que tener sus espacios propios, sus espacios privados y sus espacios de convivencia. Por tanto nosotros no tenemos o por lo menos yo, voy a hablar por mí, no tengo complejo de policía. O sea, ellos son grandes, ellos saben lo que hacen, yo puedo intervenir en ciertos momentos donde yo siento que quizás haya una situación que se pueda estar desbordando o pueda estar fuera de control y tampoco me coloco como la figura de policía. Me coloco desde la figura de la persona que puede conciliar ante una situación que se puede resolver, que tiene resolución. Entonces no es un cuidado que va por lo que yo te estoy….*

> *O que yo te estoy dando mi impronta* (gestos con las manos como garras acercándose a él) *o que yo te estoy protegiendo o que yo te estoy… no, por ahí no va.»* (Entrevistado G, 2021)

En cuanto a la dimensión de la afectividad dentro de la tarea del cuidar, se visibiliza que es de un carácter importante:

> *«Uno trabaja con personas, no trabajás con objetos. Es inevitable no… si uno se compromete con lo que hace y está en su totalidad, es algo como que… tenés que generar, es imposible no… no involucrarte tanto pero… porque digo, vos estás ahí con esa persona (...) S: es que si no hay afecto este trabajo no lo podes hacer… E: ¿en qué sentido? S: Y porque tenés que tener un mínimo de sentimiento con… son… y digo, además nosotros llegamos a ser la única persona que de repente entra a la casa en yo que sé… para esa persona, puede ser el operador, es el único que va y la persona ve, porque no ve a su familia por x motivos y tiene más trato contigo que…»* (Entrevistada E, 2021).

Para lo planteado por esta entrevistada se puede traer el concepto de *Cercanía Óptima* mencionado por Nieto (2017). El mismo permite pensar este tipo de trabajo como uno donde resulta inevitable que las personas generen sentimientos ya que se trabaja con seres humanos; pero también resulta imprescindible que el trabajador logre operar con esa «afectación». Esto también se puede ver en una entrevistada de CMC que menciona que a medida que el trabajo cotidiano transcurre y los turnos con tanta carga horaria, resulta inevitable desarrollar afecto para con los residentes:

> *«Creo que te, que te vas encariñando muchísimo con... con los usuarios. Con cada uno de ellos, con sus particularidades, con sus subjetividades, con... sus características... algunos más que con otros obviamente. Y... algunos seguramente tengan que ver con la patología y algunos seguramente tenga que ver con vos en particular, o sea, con vos –conmigo– (...) No, que digo que es esperable un poco en la convivencia esta que que se genera, de tantas horas ahí cerca, cerca de ellos y también porque ta, somos todos diferentes»* (Entrevistada K, 2021)

Por otro lado, al encontrarse en constante vinculación con los residentes, es necesario destacar que cada trabajador necesita adaptarse a la dinámica de la casa, haciendo que cada turno tenga sus particularidades además de las que el mismo sujeto les imprime:

«No, también es un espacio donde… yo la noche la utilizo… ocupo el tiempo estudiando hasta lo que pueda también, porque el turno es bastante desgastante en ese sentido. Pero bueno, después en los otros turnos, en la mañana… Ahora con la cuestión de la pandemia claro, el turno de seis a doce cambió, mutó en lo que tiene que ver con que mutó la rutina del hospital. Entonces bueno… no… porque ta, el turno de las seis de la mañana tiene que ver con el comienzo del día, con actividades. Una de las actividades que estaba pero que ahora ya no está es la del taller en ese horario y ahora ya no está. Pero bueno, todo esto de empezar la jornada, de salir de la casa. Después está el turno de 11 a 17 que ahí sí el acompañamiento ya en el taller con una coordinadora es… muy particularmente yo… soy medio… Me he sentido muy perdido, no tengo la cultura de trabajo del taller, entonces como que ta, muy perdido… desorientado ahí, pero bueno, el punto ta, traté de agarrarme e ir aprendiendo e ir viendo como… siento que me queda mucho trabajar eso. Si está bueno trabajar ahí porque hay un montón de actividades, llegan los pacientes del hospital, llegan al taller, hay trabajo, bueno… del área de carpintería, herrería, trabajo con material reciclable, todo eso….» (Entrevistado C, 2021)

En cuanto al nivel de integración con la comunidad, se puede vislumbrar que la figura del trabajador oficia de articuladora de actividades en base a los intereses del residente y lo que se pueda encontrar en la misma. Esto puede variar según el enfoque disciplinar del trabajador, pero lo que se tiene en común es que luego se realiza la tarea del acompañamiento al residente (en caso que lo necesite):

«Si tuve la oportunidad de trabajar en otra vivienda que… (inaudible) *trabajaba otra educadora social y la articulación que hacíamos era eso, tender redes, puentes hacía otros escenarios, ¿no?. Yo que sé, el comunal con una clase de teatro, algo obviamente de su gusto. No sé, teníamos una muchacha que vivía en la otra casa que sufría ataques de pánico y en su momento le había recomendado hacer yoga y bueno, tuvimos que hacerle… parece sencillo pero se tuvo que hacer un montón de circulaciones, de movimientos para que ella lograra inscribirse. Porque esa es otra apuesta, vos no la tenés que inscribir, ella tiene que gestionarse, para eso el acompañamiento es básico. Junto a los conocimientos que nosotros tenemos en esa área, lograr acompañarla y que bueno, que busque lo que más le gusta, que encuentre el lugar apropiado, que*

se sienta cómoda y si no se siente así que pueda también como… cerrar eso y volver a buscar otra cosa. Desde ese… para ese tipo de actividades si se ha estimulado.» (Entrevistada D, 2021)

Esto se puede pensar desde lo que menciona Tavares de Assis et al. (2014) acerca de que es necesario gestar redes y conexiones para que el sujeto interactúe con la comunidad, constituyendo un territorio y lugar psicosocial del sujeto. La articulación con lo comunitario puede variar según lo que los actores institucionales piensen como objetivo. En la VS se puede ver una gestión por parte de la cuidadora que luego no se efectivizó:

«Incluso pasó un caso de una señora que por x razón va a dejar de trabajar tantas horas y bueno yo propuse, poder trabajar con ella para buscar una actividad extra que pueda hacer para estar yo que sé, distraerse (inaudible) un conocimiento, quiere estudiar algo y en realidad eso se derivó a la psicóloga de ella, que quedó sobre el tintero, ¿no?» (Entrevistada D, 2021)

Otro ejemplo es el puesto por el trabajador G (2021) de VA:

«Entonces el acompañamiento es como un espacio itinerante en donde tú entras y sales, ¿sí? Tú estás y te retiras, en donde tú puedas andamiar ante una situación y te retiras, en donde tu bueno 'no fregaste bien el plato, bueno, yo te voy a enseñar cómo se friega bien el plato' vamos a poner… un ejemplo. '¿Viste como quedó fregado de los dos lados? Lo ponemos'. Al día siguiente volvió a suceder lo mismo, bueno, te vuelvo a enseñar, ¿sí?, pero va a llegar un día en que eso se va a incorporar ¿sí? Y que ya no va a ser un acompañamiento y ya simplemente va a ser una supervisión ante lo que la persona logró»

Además de que el operador acompaña al residente, también posee una tarea de sostén para que se realicen las tareas y que el sujeto internalice los hábitos de cuidado del espacio, así como también un sentido de pertenencia al mismo:

«Todas las tareas que se hacen en casa se hacen desde los propios residentes, desde las propias personas que hacen vida ahí y nosotros de alguna forma los andamiámamos y buscamos que ellos traten de tener ese sentido de pertenencia a lo que significa vivir en un sitio de forma sana y… e higiénica, ¿no? « (Entrevistado G, 2021)

Entonces, primero se muestra hasta que el sujeto comprenda, luego cuando el hábito se interioriza simplemente se señala. Surgen de las entrevistas dos figuras más que hacen a la

forma de organización de distintos dispositivos: El Coordinador (dentro de la VS) y el Monitor (dentro de la CMC2).

Se desprende de una trabajadora que el rol de coordinador implica organizar las reuniones entre trabajadores, residentes y familia. Asimismo, es un nexo entre la institución y el dispositivo, abordando también conflictos que se planteen dentro del dispositivo que hacen a la convivencia. Al igual que sucede con los cargos «Primera línea», quien está dentro de ese cargo imprime su cuota de singularidad al mismo:

> *«Particularmente este coordinador hoy… hablo capaz del que me queda hoy que es la vivienda que sostengo; es un tipo flexible, abierto, creo que tiene bien claro lo que es la autonomía entonces, interviene pero no dirige ¿no?, digamos, señala pero no decide ni dirige sobre la vida de ellos.»* (Entrevistado F, 2021)

Por otra parte, el entrevistado F que trabajó en la CMC2 deja en claro que en ese dispositivo lo que se asemejaba a coordinador era el cargo de monitor. El mismo cumplía una función de control más marcada:

> *«Los monitores de CMC2 era un rol creo que más policíaco en algún punto porque cuando iban a la vivienda era tipo 'viene la monitora' ¿no? Era una cosa más de orden (...) más soldadito digamos ¿no? Como una cosa de estar a la orden»* (Entrevistado F, 2021)

Esto se ve reflejado en las palabras utilizadas por el entrevistado F «policíaco» y del sentirse como un «soldadito» ante la monitoria.

Se puede visibilizar el contraste con la figura del coordinador en el siguiente párrafo y la «libertad para opinar» que brinda:

> *«A nivel de participación, es una de las grandes diferencias que siento, en el grupo que estoy de [Institución], en las viviendas que sigo ahora, nosotros tenemos total derecho a participar y a opinar o sugerir en las coordinaciones nuestras junto al igual que el coordinador. Más allá que después terminen decidiendo otra cosa pero podemos… acá teníamos como libertad de expresión mucho más clara. En CMC2 no era tan así, en CMC2 era tipo, opinar y sugerir era… Yo soy un tipo bastante careta y bastante mandado, bastante de opinar o siento que...trato de argumentar o lo que sea y en CMC2 me daba más pudor a veces opinar algo o sugerir algo (...) S: si bueno más jerárquico. Entonces creo que la jerarquía y la asimetría estaba bastante más explicitada y algunas compañeras o compañeros incluso en alguna vez que*

opinaron algo, me acuerdo de haber alguna situación como de… llamada al lugar digamos y si, eso también era otra diferencia; como nuestro lugar, nuestro rol a la hora de sugerir u opinar o la libertad que sentíamos al sugerir u opinar.» (Entrevistado F, 2021)

En cambio, la postura del coordinador implica permitir que el otro opine, independientemente de si la tiene en cuenta o no. En el cargo de monitor se nota un ejercicio más marcado de la autoridad.

Estrategias de autocuidado

Primeramente es preciso destacar que la mayoría de los entrevistados menciona la necesidad de que exista un cuidado de equipo como instancia de intercambio entre los trabajadores. Se hipotetiza que este no se da formalmente debido a motivos como: la falta de coordinación de los horarios de todos los trabajadores, falta de partida económica por parte de la institución para ello (paga de horas para las reuniones, de personal técnico para realizarlo, etc.) y la influencia de la pandemia por COVID-19 al momento de realizar las entrevistas. Esto hace que el cuidado de equipo pase por lo que aquí se denominará como *estrategias de autocuidado*. Ellas se desarrollarán en momentos donde los horarios coinciden u organizándose para autogestionar espacios (por fuera de la comprensión horaria institucional).

Comenzando, un entrevistado de una VS califica al cuidado de equipo como una instancia para que los trabajadores puedan interactuar y procesar situaciones vividas con residentes. Esto también tiene que ver con una mirada externa que habilite al funcionario a pensar en otras posibilidades para las situaciones mencionadas y tomar una distancia para comprenderlas de otra forma:

«Y también con la distancia en el trabajo con los Operadores mismo, poder compren… ver qué cosas cuando ellos están quemados con algo ¿no? A veces ellos te traen que están con unos… muy enganchados con un usuario, y tiene que ver con que están como muy enroscados ellos y no necesariamente con la actitud del usuario. Entonces a veces como eso, despersonalizar los problemas, no sé, es como ese…. una mirada externa que te permite esto de que yo lo veo no tan seguido sino una vez a la semana (...) Entonces a veces uno tiene como que hacer una pausa y poder estar como disponible para lo que está como sucediendo ahí, ¿no? E: Si sí. S: En ese, en este sentido me

fui un poco del cuidado, me parece que los Operadores tienen que tratar de poder cuidarse su salud mental también ¿no? No quemarse, ¿no?» (Entrevistado J, 2021)

En ese sentido es posible visualizar lo que el referente I (2021) nos menciona a ese cuidado como uno donde los trabajadores puedan desahogarse y también donde aparecen resoluciones de conflictos que contribuyen a mejorar la dinámica del trabajo:

«Fue una oportunidad grande de ir a hablar, habían momentos donde nos reuníamos con los pacientes, otros momentos donde nos reuníamos solo los profesionales, y otros al hilo de la vida cotidiana en la residencia. Yo iba tratando de compartir algunas ideas con la gente que había estado en una interacción concreta para reflexionar sobre eso, por qué había pasado eso, entonces yo creo que eso no se hace, no se baja uno, no supera uno esas escenas en un día, pero hay que empezarlo a hacer algún día. Y sobre todo trataba de que el equipo se constituyera como en un espacio también seguro para ellos, donde pudieran compartir sus miserias y decir 'a este paciente no lo aguanto' o 'le odio', 'tengo miedo', porque si no lo haces no puedes poner ningún tipo de remedio a eso. No se trata de verlo como un déficit profesional sino como un acto de reconocimiento de una emoción. Entonces la emoción como auténtico testigo de lo que pasa más allá de lo que debe ser, de lo que es realmente, también lo comentábamos. Al principio, durante esos días hubo alguna situación tensa en el equipo que yo no dulcifiqué, sino que dejé que se tensaran porque es imposible que dirijas un equipo sin conflictos. La casa va a ser un espacio de tranquilidad, donde no haya problemas, si es así mala señal, ni el equipo puede ser una baza de aceite, entonces hay que estructurarlo y repartir roles, funciones, pero crear espacios seguros donde la gente pueda desahogarse y contar sus problemas.» (Entrevistado I, 2021)

Por otra parte, retomando la experiencia con el entrevistado J de VS, el cuidado de equipo permite a los trabajadores tomar distancia de situaciones vividas con los residentes. En el caso puntual donde trabaja esta persona, se piensa a ese cuidado como uno de carácter autogestionado por parte de los trabajadores, ya que carece de un técnico externo y no es remunerado por la institución:

«Es difícil porque la realidad ehh no está de acuerdo con lo que… con lo que deberían ser las cosas, ¿no? En el sentido de estar mejor pagos, de tener como espacios de capaz que para, para poder volcar las cosas que les pasan,

pero bueno, nos manejamos como podemos (...) las licencias son fundamentales, yo que sé, al… y bueno ta, yo qué sé, achicar cuando se pueda, no sé.» (Entrevistado J, 2021).

Es de destacar las frases «nos manejamos como podemos», «las licencias son fundamentales» y «achicar cuando se pueda» como elementos del párrafo que ejemplifican la carencia de esos espacios y su carácter de autogestionado por parte de los trabajadores. Acerca del nombramiento de la licencia como instancia fundamental para el autocuidado y no como un derecho laboral también muestra la necesidad de la existencia de esos espacios. Ese trabajador deja por sentado la necesidad de que existan esas instancias y que sean contemplados por la institución:

«¿Quién cuida al que cuida? Yo creo que los que cuidan, los que cuidamos, tenemos que cuidarnos a nosotros mismos digamos, ¿no? Buscar espacios en… de… donde poder volcar nuestras dificultades, donde poder como hablar de nuestras cosas… eh, donde poder tener otra, otras cosas digamos ¿no? No necesariamente estoy como hablando de espacios terapéuticos que yo me refiero a que están buenos, pero también espacios de… espacios de… no sé, de recreación, espacios de… de… de lectura, espacios de… de pensamiento con otro, ¿no? Son cuidados, ¿no? De cuidadores. Y creo que eso hace pila de falta y no está contemplado, en mi caso yo, nada me… me lo procuro por mí mismo, pero no es una cosa que esté como estructurado en la… como parte de un programa, de este programa en particular.» (Entrevistado J, 2021)

Ante esta ausencia de espacios como instancias formales por parte de la institución es necesario traer lo que mencionan Borges y Miranda (2018) de la necesidad de generar momentos de autocuidado para estos trabajadores, debido a su labor diaria y sentimientos que les genera. Un ejemplo de esto son los sentimientos de «abandono» por parte de uno de los trabajadores del dispositivo de VA:

«E: ¿cómo te sentís vos como trabajador en ese sentido? S: ¡y, abandonado! Como se sentiría cualquier trabajador ante una situación de esas. Si, llega un momento en que te sientes abandonado. No… ojo, el abandono no va por no apoyado, porque hay cosas que quizás en un momento tú has necesitado la ayuda del equipo y ha prestado esa ayuda. Pero si hay un abandono evidente en situaciones que quizás tú quisieras manejarlas desde otro enfoque o con otros ojos y no tienes esa oportunidad. Y hablo desde los Operadores y eso yo también se lo transfiero al equipo técnico que muchas veces están en esa

misma disyuntiva, y con esas mismas presiones y con ese mismo estrés. E: claro, o sea, en realidad queda estanco… ahí… sin tramitar S: queda como un proceso catártico grupal en donde a veces coincidimos con la idea y a veces no… ahí quedó…» (Entrevistado G, 2021)

Lo que podemos visibilizar también el desgaste que genera este tipo de trabajo y que puede llegar a ser compartido con todos los técnicos, debido a que las soluciones no existen por parte de la institución en sí. En una entrevista en particular se puede ver que no solamente se da por el contacto con los residentes, sino que también por las condiciones laborales, el foco que ocupa en las diversas tensiones institucionales, los intereses del trabajador y el multiempleo:

«Ha sido en vivencias creo que buenas, si tuviera que decirlo, creo que han sido buenas. Si tiene sus contrapartes, es desgastante, es frustrante, es cansador, es quemante (...) Micowsky, un psiquiatra ruso-francés. Cuando hizo su libro de tiempo vivido, el tipo pasó días viviendo con un paciente porque tuvo que ir a cuidarlo y pasó días viviendo con él; entonces contaba que pudo ver cosas que en otras circunstancias no se ven pero al mismo tiempo tampoco es sano en el sentido de que uno se cansa pila y se va desgastando y creo que, incluso en algún punto… creo que el propio desgaste, yo allá en CMC2 por ejemplo, el hecho de hacer un turno de 6 horas, no podíamos salir, a veces hacíamos mandados a la esquina pero estaba adentro de las normas que no podíamos salir de las viviendas…(...) cuando yo dejé CMC2 por ejemplo, fue por querer pensar en otros emprendimientos, otros proyectos. Y ahí, de alguna forma, creo que la parte más motivacional o más de… de… como esa parte ¿no? Creo que tiende como a desgastar mucho al cuidador, al operador, la rutina, a extensión horaria, el no poder salir a la calle, creo que tiende a ser un trabajo, un rol, bastante desgastante (inaudible) *(...) en CMC2 me fui por otros proyectos personales, entonces era un turno muy extenso que por ahí la parte más clínica no me la permitía desarrollar, de formación de posgrado. Pero las viviendas de [Institución], las que fui dejando, las viviendas que fui dejando, estuve en… 1… en 2… en 3 viviendas en [institución], las que fui dejando fue por sensación de desgaste, incluso de salario también; porque eso, particularmente en [institución] en lo personal, una cosa que también sumaba el desgaste (...) cuando estaba en CMC2 estaba en dos viviendas en [institución] E: a, además de CMC2 estabas en dos de [institución] S: sí sí*

(risas) E: aahh, bueno ta. S: entonces estaba, por ejemplo (risas) en [institución] estaba en dos que iba de mañana, no sé qué, y a las cuatro entraba en CMC2 y ta, eso sin duda que también sumó» (Entrevistado F, 2021).

Por otra parte se hipotetiza que ante la ausencia de instancias formales e institucionales de cuidado de equipo surgen «micro» espacios donde los trabajadores pueden intercambiar acerca de lo cotidiano del trabajo. Esto se puede dar, por ejemplo en reuniones informales entre pares, con la coordinación o dentro de la superposición de turnos:

> *«E: claro, debe de ser algo re solitario ¿no? S: el andamiaje más próximo que tienes es tu compañera de dupla o tu compañero de dupla. Si, es la persona que quizás, es con la que más tú puedas problematizar y quizás cuando tú haces catarsis liberás ¿no? Y estás constantemente volcando todas esas energías pero, no es la persona que debería hacer ese trabajo. E: si es algo…. Es necesario también, porque es algo como... somos población que quieras o no, se desgasta. S: y sí. Tenemos un desgaste significativo y bueno ta, también tenemos una carga horaria bastante alta. Particularmente nosotros deberíamos tener una cuidado de equipo por la cantidad de horas que estamos, pero si no está contemplado no podemos hacer mucho.»* (Entrevistado G, 2021).

Estos espacios serán catalogados como «estrategias de autocuidado» y, además de funcionar como unos que pretenden ser de autocuidado entre los trabajadores, poseen un carácter de «formación informal». Ellos se dan como instancias de intercambio donde existe una circulación del conocimiento de la práctica acumulada de años. Como ejemplo, este conocimiento contribuye a visibilizar situaciones vividas con los residentes que pueden ser interpretadas como un ataque directo al trabajador, cuando en realidad remite a una forma de funcionamiento del sujeto. Estos espacios se dan en pequeñas instancias de intercambio que, además de ser un aprendizaje de la experiencia de trabajadores más viejos, también corresponde a un cuidado que evita que otro trabajador tome de forma personal una dinámica propia del residente:

> *«Ha pasado con otros compañeros que de repente entran a trabajar, tienen toda la buena onda, disposición, todo, pero, después con el desgaste, las situaciones, que uno empieza a confundir y después decís 'pa pero este está de vivo' o 'me lo hace…'. 'Él está de vivo' ese a mí me saca, me supera, no lo puedo escuchar porque no es que esta de vivo, tiene una patología, tiene una*

discapacidad, hay cosas que no logra comprender porque a mí me ha pasado de que hay cosas que no se comprenden. Vos por más que se las digas, las repitas…» (Entrevistada E)

Lo planteado se puede asociar a lo encontrado por Borges y Miranda (2018) de las vivencias de placer-displacer que sienten los trabajadores inician su carrera en las RTs brasileñas. Se encontró que los compañeros con mayor experiencia sirven de ayuda y guía a los nuevos. Agregando, estos espacios funcionan también como instancias que contribuyen al manejo de frustraciones remitentes a la dinámica del trabajo cotidiano con los sujetos, sus modos de operar en el mundo y funcionamiento interno:

«Bueno el tema de nosotros de hablar mil veces lo mismo… por eso es un, el desgaste y el estar y la paciencia es clave… y el volver a hablar e insistir once años lo mismo porque hay Operadores que han estado… y eso vuelve, es como cíclico, de repente están bien y… E: y vuelven para atrás S: y vuelven para atrás y volvemos de nuevo y hay cosas que van avanzando. Y también le decimos a los Operadores nuevos para que… 'miren que esto va a si, no se lo tomen… después vuelve para atrás'. Por ejemplo a la feria iban solos a la feria, empezaron a hacer entreveros para allá, para acá, tuvimos que bueno, va con un operador 'Bueno vamos a la feria' en un momento sabemos que después van a volver a ir solos de nuevo, van a poder resolver y manejar solos de nuevo. Una lista, bueno la hacemos y de repente vas al otro día y te cambiaron…» (Entrevistada E, 2021)

En otro fragmento de entrevista se puede apreciar lo mismo:

«Y a veces nos recontra frustramos porque además hay días o hay momentos que nosotros mismos, es tanto lo que tratamos de pensar y ver y bueno, y va uno y va el otro compañero y va el otro y vemos que las cosas a veces se trancan eso si nos genera frustración y a veces enojo también que bueno, que tenemos nuestros espacios ahí con el coordinador y bueno, trabajamos… que ta que hay cosas que nosotros no las vamos a poder modificar y bueno, tenemos que tratar de buscarles un equilibrio para también nosotros no sentirnos… ni presionarlos a ellos ni a nosotros» (Entrevistada E, 2021)

También el intercambio entre pares les resulta imprescindible a los trabajadores para lograr problematizar las situaciones que se transforman en rutina por parte de los residentes:

«A veces se cae como en…. cierta eh... ¿Cómo decirlo? Rutinización, ¿no? Se dejan como de… de creer que en la posibilidad de los cambios ¿no? Los

cambios son como una cosa muy, muy, muy de granito de arena. Entonces, si uno rápidamente se deja vencer por esa rutina... no se apunta a eso, ¿no? Se deja de creer que un usuario puede llegar a hacer determinada cosa, ¿no? Cuando uno es nuevo, llega nuevo, tiene como esa polenta y esas ganas» (Entrevistado J, 2021)

Asimismo, por parte del entrevistado G surge el elemento formativo como herramienta de autocuidado al trabajar con los residentes. La disciplina que estudió (psicología) contribuye a visualizar y comprender determinadas conductas de los sujetos, darle un sentido:

«Después, observe que tenía una parte de paciencia en mi vida que no la había comprendido ni yo mismo ¿no? Entonces ahí entendí que no… nunca me frustré. Yo creo que era un tema de paciencia, no de frustración. Porque la carrera nos da un toque de realidad ¿sí? Que quizás a otras personas no y eso también lo he observado. Cuando un trabajador social apuesta a cosas que tú sabes que no van a poder ser jamás tú dices 'mira, ser psicólogo tiene sus ventajas' (risas) E: y te atajas del cachote de realidad antes… S: Exacto. Entonces con eso tú tienes de tu pastilla de 'chiquitolina' en el bolsillo y ya tu sabes dónde está la situación real de lo que puede suceder y hasta dónde puede llegar la persona. Entonces, basados en esa realidad la frustración no está. No aparece, no hace fondo… perdón, no hace figura. Y...muy por el contrario me ha pasado que he quedado impresionado con avances que yo pensé que no se iban a poder lograr.» (Entrevistado G, 2021)

Cabe resaltar que la frase *«nunca me frustre. Yo creo que era un tema de paciencia, no de frustración»* muestra un dejo de omnipotencia ante la tarea. Esto se puede ver luego cuando menciona que le genera más frustración las dificultades para gestionar lugares para los residentes que las conductas ellos:

«Acá la frustración más grande quizás pudiera ser de algunas personas el tiempo, los lapsos de tiempo en que se tardan las situaciones en darse, ¿sí? A mí me frustra más, por ejemplo, que se tarden en gestionar o ubicar algún sitio para hacer los… mis propios compañeros que la frustración que ellos (residentes) me pueden generar a mi porque hasta el día de hoy no la veo como algo negativo.» (Entrevistado G, 2021)

Puntualmente, dos trabajadores mencionan que el autocuidado también pasa por el análisis personal. Ese análisis permite al trabajador visibilizar prácticas, forma de vinculación para con los usuarios, etc. En el caso del trabajador B (2021):

«Yo lo pienso más por ahí lo pienso más por los espacios de análisis personal, con esto de como dijimos hace un tiempo, hace un rato de la implicancia, la sobreimplicancia, de pegoteo, de vínculo afectivo que se puede ir un poco de las manos y me parece que el cuidado de si es como súper importante es lo que habilita. Sin lugar a dudas, una de las patas que tienen que estar ahí es el análisis personal, o terapia personal o cada cual quiera llamar, proceso terapéutico personal…» (Entrevistado B, 2021)

Por otra parte, otra de las instancias que se encontraron remite a cómo se complementan los trabajadores a la hora de realizar intervenciones puntuales con los residentes. Esto implica consultar entre compañeros y tener presente la complementariedad:

«Laburar en equipo entiendo consultar, bueno, comunicación primero, consultarse… bueno, tener en cuenta al otro. (...) Una aborda un tema, si yo veo que esta… no sé, lo puedo complementar en algo, aporto… bueno, también es importante… bueno, mi compañera hace más años que yo que está, ¿no?, entonces a veces puede ser que ella tenga un poco más de confianza con alguno que otro. (...) y bueno, nosotros tratamos de eso, como de complementarnos, respetarnos obviamente, si hay algo que en momento no nos gusta o no nos parece lo hablamos 'mira, no me parece que acá sea así' o 'lo que dijiste capaz que la próxima tenemos que hablarlo nosotras primero' no se… de a mucho no nos conocemos mucho… pero se da… pero se da… obviamente se da…» (Entrevistada D, 2021).

Sumado a lo anterior, otra estrategia de autocuidado para el compañero se puede dar en un acuerdo entre trabajadores rotando quien interviene ante el residente. Un funcionario agarra la «posta» de la intervención, ya que su forma de operar permite al otro compañero resguardarse ante alguna situación que le genere incomodidad:

«Entonces ta, para no tener ese tipo de roces, porque si no ellos se enojan de repente bueno ta, 'yo esa parte se la dejo a otro compañero, yo eso no, si querés me ocupo de otra cosa' para sacar un poco… (...) Que a veces ta, por ejemplo hay veces que hay compañeros que no les da para decir 'deja no, yo la verdad no puedo decirles tal cosa porque no me siento preparado o no me da como para decirle tal cosa' nos a pasado… E: ¿y en ese momento como hacen? Agarra la posta otro o… S: y agarra la posta otro o vemos bueno ta, lo hablamos y vemos pero porque y ta y si la persona no puede hacer y tiene sus

motivos la vas a obligar y ta. Y ahí agarra la posta otro 'bueno deja a mí que puedo ser más'» (Entrevistada E, 2021)

Otra estrategia encontrada en las entrevistas y que se visualiza para un posible autocuidado es distanciarse del trabajo fuera del horario. Como ejemplo se ve en el siguiente párrafo el no atender mensajes de residentes:

«A ti te enseñan, prácticamente a mí me enseñan, cuando yo termino mi trabajo de psicólogo, me despido ahí y me voy y no me engancho ¿sí? O sea yo tengo que hacer mi trabajo y entender que es mi trabajo ¿sí? Que si yo puedo darle un toque emocionante, emocional y de buena convivencia y de buena onda a lo que está sucediendo… maravilloso… es algo que no tiene por qué llevarme a mí, a mi vida, otra…. O yo llevarme esa máscara y estar todo el tiempo constante con esa máscara… llevarme el sufrimiento de ellos a mi casa, pensar 'que pobrecitos ¿cómo estarán ahorita? ¿un compañero no lo estarán matando? ¿no lo estarán...' No… eso… hay una desvinculación. Yo creo que entiendes que es tu trabajo y cuando terminas tu horario se acabó. O sea, son distancias que ellos tienen que entender y tienen que respetar, de hecho muchos tienen el número telefónico de nosotros y yo a veces ni siquiera leo sus mensajes. Sé que llegaron, sé que están, pero ellos tienen que entender que nosotros tenemos un espacio personal pero no somos parte de ellos. Nosotros somos trabajadores que están para que ellos luego en el día de mañana mejoren el vínculo social, ¿sí?, ellos lo logran entender bastante bien y eso es lo importante. ¿sí? También depende de quién marque los límites y de cómo se marcan los límites… también te puedo decir que hay personas que se enganchan, ¿sí? Que agarran enganche, entonces tú la ves ahí… o todo el tiempo con un pleito o siempre con una rosca. Tú lo ves de afuera y tú dices 'bueno, tu comprendes es opcional la profundidad de lo que se enroscó' pero no puedes involucrarte porque es la manera en cómo ellos se relacionan.» (Entrevistado G, 2021)

En esta estrategia de autocuidado se pueden ver dos funcionalidades: 1) Se encuentra relacionada con la puesta de límites como organizadora del residente y regulación de su demanda. 2) se puede ver un corte que le sirve al trabajador para continuar su vida fuera del trabajo.

Entonces se piensan a las estrategias de autocuidado como instancias desarrolladas por los trabajadores que habilitan a pensar y visibilizar su práctica cotidiana. Estas instancias se pueden dar de cuatro formas:

-En la superposición de turnos de los trabajadores

-En reuniones informales autogestionadas entre coordinador y otros trabajadores

-En reuniones informales autogestionadas entre trabajadores

-Análisis personal-individual del trabajador

Por otra parte, se visibilizan instancias de autocuidado con un carácter de acciones directas para con el residente:

a) No contestar mensajes o llamadas de los residentes fuera de turno. Esto se puede entender como una instancia de corte con el trabajo así como una que estructure y regule la demanda del residente.

b) «Llevar la posta» de la intervención y turnarse para resguardar a su compañero si este no se siente preparado para realizarla.

En base a lo escrito fue que se realizó la siguiente tabla para visibilizar las diversas estrategias de autocuidado:

Tabla 5

Estrategias de autocuidado

Estrategias de autocuidado	
Se operativiza en el Intercambio:	Se operativiza en forma de acciones:
- Superposición de turnos -reuniones informales autogestionadas entre coordinador y otros trabajadores -Reuniones informales autogestionadas entre trabajadores -Análisis personal-individual del trabajador	-No contestar el celular fuera del turno del trabajador - «Llevar la posta» de una intervención

Nota: Elaboración propia.

Por otro lado, es posible realizar una asociación de este tipo de estrategias de autocuidado con lo que Twigg (1989, como se citó en De la Cuesta Benjumea, 2007) menciona de la forma en que se relacionan los profesionales y los cuidadores. Si bien el autor se refiere a cuidadores informales (en los DSMA son formales), se puede ver una similitud en lo que el autor plantea como cuidador como co-trabajador y en el cuidador como cliente. En el primero, el profesional y el cuidador trabajan a la par, siendo que el profesional toma en cuenta los intereses del cuidador con la finalidad instrumental de contribuir al bienestar del cuidador para que incida esto en el paciente. En el cuidado como cliente, el cuidador tiene una gran responsabilidad en su trabajo, siendo un factor estresor que afecta su labor y ubicándolo en un cliente secundario (el primario es la persona a cuidar) (p. 109). La similitud del cuidador como co-trabajador se ve en el desarrollo de los espacios que operan como estrategias de autocuidado donde se da un intercambio entre cuidadores (profesionales en su mayoría) pero no existe un técnico externo. Además, podría visibilizar el cuidador como cliente secundario informal, ya que son espacios donde el malestar que le genera la tarea de cuidar es compartido con los otros.

También Chesla (1991, citado por De la Cuesta Benjumea, 2007) desarrolla tres tipos de cuidados que sirven para asociarlos aquí con la situación vivida de los trabajadores. El autor plantea en su investigación realizada a padres cuidadores de hijos con una enfermedad mental: a) el cuidado implicado b) el cuidado conflictivo y c) el cuidado gestionado.

a) En el tipo de cuidado implicado, el padre se entregan a la tarea de cuidar a su hijo, entienden el cuidado como una obligación paterna, aceptando a su hijo. En el caso de alguno de los trabajadores de los DSMA ellos se visibilizan comprometidos con la tarea del cuidado de los residentes, buscando resolver los problemas que se presentan en el cotidiano vivir.
b) En el caso del tipo de cuidado conflictivo, el cuidar produce sentimientos como insatisfacción, rabia y resentimiento por la responsabilidad del cuidar. En este tipo los padres admiten sentirse engañados ante la tarea de cuidar, careciendo de un equilibrio entre sus intereses y los de su hijo. Si bien es necesario resaltar que en las entrevistas no surgieron estos sentimientos si se puede visibilizar que la tarea de cuidar formalmente genera frustración y desgaste. Esto contribuye a generar estrategias de autocuidado.
c) En el caso del cuidado gestionado planteado por el autor, es pertinente resaltar que los padres poseen un conocimiento especializado que permite ayudar a su hijo, comprendiendo sus límites y responsabilidades, son capaces de crear instancias terapéuticas para mejorar la funcionalidad de su hijo. Se puede pensar este tipo de

cuidado como uno que permite la creación de las estrategias de autocuidado, siendo que le permiten al trabajador visibilizar límites de su labor y la responsabilidad de la misma.

Finalizando esta parte, estas estrategias del cuidado se resumen dentro de espacios donde se manifiestan de diversas formas, resulta pertinente traer al referente entrevistado I (2021) cuando menciona que:

> *«Yo creo que la obligación de uno como forma de cuidarse es también ser muy crítico con la información que hay, y encontrar espacios de auto-cuidado, de cuidado mutuo. Para mí el cuidado personal tiene mucho que ver con el cuidado mutuo, porque no puedes cuidarte solo, tienes que tener espacios que son espacios contra-hegemónicos porque son críticos, pero son espacios que te permiten mantenerte un poco vivo intelectualmente y espiritualmente y llegar a tus propias conclusiones en esos espacios. Yo creo que esos son espacios de salud, la gente de salud mental siempre habla y dice 'uy a este huerto terapéutico le ha ido muy bien, voy a hacer un huerto terapéutico', obviamente no es el huerto lo que resulta terapéutico.»*

La circulación del cuidado

Comenzando esta instancia, cabe mencionar que la circulación del cuidado se relaciona con la múltiple interacción entre los residentes de los dispositivos y los trabajadores. De esta circulación se definirán las formas de cuidador denominadas como formal e informal, siendo que de esa última se desprenden tres dinámicas de la circulación del cuidado que escapan a lo estrictamente institucional. Cabe resaltar que de los once entrevistados solo seis hicieron referencia a contenidos para armar este constructo, dos fueron referentes en el tema y cuatro trabajadores. Esto contribuye a hipotetizar cuánto se contempla por parte de los trabajadores que los residentes puedan ejercer el cuidado para un otro, en especial cuando esa otra persona es una de carácter formal en el dispositivo.

Pensando en la circulación del cuidado se puede traer a una de las entrevistadas cuando menciona que:

> *«Viste que yo soy muy de hablar, de estar cantando, si me ven medio triste me preguntan: ¿A te pasa algo? ¿te sentís bien? ¿te querés tomar un café? ¿Querés tomar?… no sé, digo… Ellos saben que estoy, pero si me ven quieta o no hablando mucho ellos saben que algo me pasa.»* (Entrevistada A, 2020)

Se desprende que esa circulación implica estar atenta a la otra persona; en este caso la trabajadora, conociéndola lo suficiente como para descifrar que existe algo que le está ocurriendo. El residente pasa a ser uno que irrumpe para mover al trabajador que está estático dentro de sus pensamientos. Por otra parte, esa circulación del cuidado se vivencia por la entrevistada como uno de aspectos íntimos y familiares:

> «*El maternaje de esas personas, pueden ser, tienden a parecer mis hermanos, y los otros tienden a parecer mis hijos, yo digo, ustedes también me salvan. Es algo más íntimo que me pasa a mí, que ya no es tan académico, pero a mí me pasa y a mí me gusta contarlo»* (Entrevistada A, 2020)

Esta circulación del cuidado para ella tiene que ver con la contención familiar (maternaje, hermanos, hijos). Esa relación también ayuda al trabajador a poder sobrellevar el cotidiano y aceptar la vuelta del cuidado por parte de estos cuidadores informales (los residentes). Entonces, parándose desde la perspectiva pichoniana del vínculo, se puede apreciar que aparece un tercero «familia» para relacionarse con ellos permitiéndole una cercanía y alojando también esa circulación. Esto quiere decir que reitera relaciones vinculares y roles pretéritos que hizo con otros sujetos de su familia pasada (hijo, hermano, maternidad). Asimismo, resuena el tema de la transferencia de cualidades de ese tercero mencionado que les permite a los residentes ejercer el cuidado informal como uno recíproco (también familiar).

De igual forma, resulta imprescindible hablar de los riesgos que se corre ante esa circulación del cuidado, ya que puede generar alianzas trabajadores-residentes, permitiendo obtener beneficios a estos últimos. Aquí también se puede volver a traer el concepto de Cercanía Óptima de Nieto (2017), siendo en el imprescindible la puesta de límites a esa relación cuando cuiden y contengan. Acerca de esto, la entrevistada A menciona que:

> *«A mi edad los chicos se identifican más con… se les pone un límite para que no piensen no: «es mi mamá», yo no soy tu mamá, soy acompañante terapéutica te puedo ayudar en lo que necesites pero no soy tu mamá, mamá es otra persona y a veces cuenta la historia de vida.»* (Entrevistada A, 2020)

Por otra parte, resulta necesario destacar que el cuidado puede saltear instancias formales (académicas, laborales, educacionales) para actuar*: «Es algo más íntimo que me pasa a mí, que ya no es tan académico, pero a mí me pasa y a mí me gusta contarlo»* (Entrevistada A, 2020). Aquí se puede ver que la sensación inexplicable que le causa a la trabajadora A no puede ser teorizada por parte de ella. Se puede ver esto en otro caso de VS donde la circulación del cuidado escapa de lo académico pero se refiere a lo cercano y empático:

> *«En realidad a veces no hace falta tanto conocimiento sino que tenés que tener un poco de empatía, un poco de solidaridad, eso, de observación… si mirás al otro capaz que podes ayudarlo con algo mínimo, por ejemplo agarrándole de la mano, porque es muy cursi, pero es real. La familia estaba en no sé dónde y no llegaban y la mujer estaba mal, entonces ta, nos quedamos entre todos y le hablamos y sacábamos (inaudible) esperábamos que llegue el médico…»* (Entrevistada D, 2021)

Se puede vislumbrar cuando una entrevistada manifiesta una conciencia de reciprocidad del cuidado y una vuelta del mismo por parte de los sujetos con los que trabaja:

> *«A mí me llega mucho el trabajo, porque me gusta cuidar… y ellos dentro de un montón de cosas que tienen… ellos también me cuidan… de alguna manera, es una retroalimentación muy importante para mí»* (Entrevistada A, 2020)

La palabra «retroalimentación» hace aún más el foco en esa circulación o como lo establece una de las entrevistadas*: «O sea, yo creo que el cuidado circula tanto entre ellos, de ellos para con nosotros y de nosotros para con ellos.»* (Entrevistada K, 2021).

Por otra parte, esa circulación del cuidado resulta una herramienta de transformación y desdibujamiento de roles y figuras (formales e informales). En algunos casos reestructura a los sujetos y el grupo ante determinadas situaciones de crisis:

> *«En realidad más allá de la anécdota de eso que ta, que no era grave, en esa instancia llegué, estaban cuatro muchachos más, que en ese momento eran cinco (…) uno me dijo 'bueno, ustedes que son mujeres la bañan, yo me encargo de limpiar el cuarto', el otro 'tiró las sábanas' (…) Eso fue como lo que más me marcó porque aparte después, ese día tenía que trabajar dos horas y me quedé, eran la una de la tarde, me quedé hasta las once de la noche porque la mujer estaba mal, se notaba que tenía… los médicos no querían venir porque, o sea, venían y se iban porque estaba sucia, no la querían atender, que ta, que también… estuve que…tenías que atenderla»* (Entrevistada D, 2021)

De la anécdota mencionada, se puede continuar pensando el cuidado planteado como ayuda mutua que nos trae Mari Luz Esteban (2017), permitiendo a los residentes correrse de ese rol y pasar a estar desde un lugar simétrico, junto a la trabajadora:

> *«Bueno en realidad ellos como que eran otras personas, ¿no? Se pusieron la situación al hombro conmigo (...) o sea, un equipo que nunca más lo vi, ¿no?,*

fue como que… el desastre… y ya cuando (inaudible) me vieron la cara de que me voy a morir y me re ayudaron.» (Entrevistada D, 2021).

Cuando la entrevistada alude a «equipo» se puede pensar en que el cuidado planteado por parte de la autora surge ante el desvalimiento de algún miembro de la red, en este caso, de la residente y la trabajadora.

Otra hipótesis generada a partir de esta anécdota es que los residentes ayudaron a la funcionaria debido a la expresión en su rostro y no tanto a la compañera de convivencia, lo cual también hace pensar en la direccionalidad del cuidado (o a quien va dirigido):

«S: si… igual fue la única vez (risas) E: ¿que qué? S: fue la única vez que se portaron así de solidarios porque no se caracterizaban mucho por la solidaridad, viste que como más visceral la cosa. E: ¿y no se habían dado cuenta que había estado la noche mal? ¿nada? S: si, se habían re dado cuenta pero no pudieron como afrontarse… llegué yo y dijeron 'tenemos una sorpresa para vos' así literal y ta, cuando me encuentro con eso… casi me muero.» (Entrevistada D, 2021)

Por tanto, se puede plantear que los residentes asociaron la tarea del cuidar y el rol de la funcionaria con el encare de ese estilo de situaciones, delegando ese trabajo. Esto se debió a la posición de asimetría del puesto que la trabajadora ocupa, cuestión que cambió cuando arribó a la casa. También pudo pasar que, ante la reacción de la trabajadora, ellos se vieron en la necesidad de «afrontarse» a lo que no pudieron en la noche, distribuyendo las tareas en esa emergencia.

Por otra parte, la anécdota relatada por el referente en el tema H (2022) dentro de su trabajo en el manicomio, deja entrever aún más el carácter de ayuda mutua del cuidado y el desdibujamiento de roles para reconocer a un ser semejante:

«El cuidado es una relación de semejantes, donde es un ida y vuelta, nosotros siempre decimos, el que cuida es cuidado (...) Yo termino las residencias y empiezo a trabajar en el loquero, en ese momento en Oliva, provincia de Córdoba, yo soy cordobés y había en ese loquero había 1200 pacientes. Entonces me dan un contrato, termino la residencia, empiezo así a laburar y me toca laburar de tarde, sesenta y cinco pacientes y yo solo. ¿Qué podés hacer? Intentaba, hacía algunas cosas, hacía 10, 15 como una locura. Entonces, a mí me vieron dos pacientes, Plaza y Federico que no me acuerdo el apellido, y fijate de uno me acuerdo el apellido y de otro el nombre, uno era Plaza y el otro Federico. En un momento, yo empiezo a tener mucha relación

con ellos, pero después con el tiempo me doy cuenta, ¿sí? Que esa relación vino desde ellos, no desde mí, porque yo haya hecho algo. Y esa relación vino porque me estaban cuidando, ¿no? Y ellos entablaron una dinámica de laburo cuando yo estaba. Es una cosa que estaba buenísimo, porque decís bueno, pongamos un horario de comida bien, un horario para pos mesa digamos, y un horario para ir a dormir, y acá se respeta a rajatabla. Y ellos hacían todo eso, y yo pensaba en principio que yo había hecho, era tan (apunta con los dedos índice hacia arriba) omnipotente. Pero con el tiempo me digo, yo sin estos dos tipos no hubiese hecho nada, y eran ellos los que en realidad me estaban cuidando, porque estaba esta cosa y todavía está esta cosa de la peligrosidad. Si vos me decís, me viene a mí un hilacha con veinte años, veinticinco años ahí y solo, era carne de cañón.» (Entrevistado H, 2022).

En ésta anécdota se resalta aún más las características mencionadas anteriormente.

Por otra parte, si bien el cuidado es dinámico y circula entre los sujetos, se pueden diferenciar dos categorizaciones de personas cuidadores/as: 1) el Formal y 2) el Informal; siendo que este último se subdivide en tres formas de cristalización del cuidado en los sujetos: a) Entre pares residentes; b) Del residente para el trabajador c) Entre trabajadores.

1) <u>El cuidador formal</u> es comprendido como el trabajador que posee un puesto, una responsabilidad asumida, rol, paga y requerimientos del empleo. Es el encargado de ejercer el cuidado para el residente, se supone representaría a la institución o la parte institucional:

   «Pero ta, creo que dentro de nuestro rol... Está claro que... que si vemos que alguien tiene como un comportamiento diferente al habitual, tipo de poder acercarnos a esa persona y como que brindarle nuestro apoyo o por lo menos nuestra escucha.» (Entrevistada K, 2021).

2) <u>El cuidador informal</u> corresponderá a la figura no ligada al puesto institucional-asimétrico del trabajador. La cristalización de la circulación del cuidado en informal, como se dijo, se vislumbra de la siguiente forma:

a) entre pares de residentes:

«Entre ellos, también es saber de conocerse, de verse, de (gesticula con la mano) prestarse atención, de si uno tiene una reacción diferente porque... tipo que que no es habitual, si le está pasando algo, o también esto que te digo de,

bueno, no sobrecargarse en las tareas este... no hablarse... no sé, de una forma como medio inapropiada o que pueda vulnerabilizar al otro.» (Entrevistada K, 2021)

Con esta viñeta se ejemplifica que, si bien el cuidado es algo que se ejercita a lo largo de su cotidianeidad, termina por expandirse para los pares. Siendo un aprendizaje, los residentes se sitúan desde un lugar de cuidador informal con sus pares, estando atento a la convivencia.

b) De los residentes para el trabajador:

«Y lo mismo de ellos para con nosotros. O sea, de los usuarios para con los Operadores (...) También me parece que... que esto que te digo de que los usuarios también estén atentos es como importante. E: ¿Es otra pata del cuidado para cuidar al que cuida? Digamos (ríe). S: Si, o sea, a ver... Es un poco controversial, ¿no? Porque capaz que ellos no deberían de estar pendientes de eso. Pero yo creo que... tampoco está mal que dentro del aprendizaje de cuidar a alguien lo puedan hacer. O sea, no no estoy diciendo que se pongan a hablar eh... con los Operadores de de... del estrés que puedas generarte, no sé, el trabajo no, no me refiero a eso. E: Pero si es común que te puedan visualizar de una determinada forma que digas 'pa, éste no está bien' o o... ¿No? S: Claro. E: Ahí está. S: Claro. E: Que va de la mano con la... Digo –yo– con lo que me estás diciendo también es... como que va de la mano también con la responsabilidad, ¿no? Digo... S: Si... También» (Entrevistada K, 2021).

Esta viñeta también ayuda a pensar esta dinámica del cuidado como una que se aprende y se ejerce para la figura del cuidador formal y que posee también una contracara informal. Si bien al residente no se le remunera, constituye una práctica que habilita a un otro a prestar cuidado, inclusive llegando a ser un ejercicio habilitante para pensarse en la comunidad. De ahí el carácter de la palabra «controversial», debido a que el residente termina oficiando de cuidador informal (sin retribución por ejemplo) para uno que sí lo es.

Otra forma de cristalización dentro de esta categoría puede ser el reconocimiento de la tarea cuando ni siquiera la institución lo hace o sus condiciones son precarias (como ejemplo se tiene la institución manicomial) que el sujeto a cuidar se aproxima al trabajador para asistirlo:

«Entonces los tipos, obviamente ellos también sacaban sus cosas sí, pero era como un cuidado mutuo básicamente. Y uno eso lo ve permanentemente, 'andá nomás que ya hiciste mucho, vos no te hagas problema', estas cosas, estos mensajes de los pacientes, 'ya está bien, quedate tranquilo' que te

cuidan. Estos mensajes son porque hay un ida y vuelta» (Entrevistado H, 2022)

En el entrevistado de VS se puede ver de la siguiente forma:

«Este tipo… Por ejemplo, el ejemplo de la mudanza creo que es bastante claro, ¿no? Con él mantengo un vínculo muy bueno y es un tipo que está compensado y ha evolucionado muchísimo y hoy por hoy cada vez que hay reuniones familiares entre [Institución] y su familia y yo; el que más reconoce el laburo es el. Ni [Institución] ni su familia a veces reconoce tanto el laburo como el, donde trae a colación anécdotas, vivencias y situaciones vividas juntos como la mudanza, facilitarle el contacto de un flete, acompañarlo a comprarse un vaquero al shopping donde a veces no sabe ni cómo interactuar. Entonces en ese sentido a mí me enriqueció mucho, esa implicancia a mí me ha aportado mucho desde lo humano» (Entrevistado F, 2021).

Puntualmente para esta anécdota también se hace nuevamente referencia a la autora Mari Luz Esteban (2017) y su concepto de ayuda mutua. Es una forma de reconocer al otro por fuera de una relación vertical y jerárquica, donde el cuidado va más allá del concepto tradicional de sí y pasa por hacer y el compartir entre los integrantes de una red.

c) Entre trabajadores: Este tipo de circulación informal remite a la práctica de pares y a «guiar» al funcionario que es nuevo en el trabajo. Remite básicamente a contener, escuchar y transmitir el conocimiento de la práctica del funcionario con mayor experiencia dentro del cargo. También en el caso de trabajar en duplas implicaría que, ante la imposibilidad de un compañero para realizar una intervención ante un residente, otro la haga[65]:

«Hay veces que hay compañeros que no les da para decir 'deja no, yo la verdad no puedo decirles tal cosa porque no me siento preparado o no me da como para decirle tal cosa' nos ha pasado… E: ¿y en ese momento como hacen? Agarra la posta otro o… S: y agarra la posta otro o vemos bueno ta, lo hablamos y vemos pero porque y ta y si la persona no puede hacer y tiene sus motivos la vas a obligar y ta. Y ahí agarra la posta otro 'bueno deja a mí que puedo ser más…'» (Entrevistada E, 2021)

Entonces, estos tipos de cuidadores se podrían ejemplificar con la siguiente tabla:

65 Se profundizó en la parte de «Estrategias de auto cuidado»

Tabla 6

Tipos de cuidadores visibilizados

Estilo de cuidador		
Formal		Informal
	cristalización de la circulación del cuidado	
Trabajador- Residente		Residente- Trabajador Residente- Residente Trabajador- Trabajador

Nota: Elaboración propia.

Por otro lado, se puede traer lo que menciona el referente H para pensar esa circulación del cuidado como una que brinda reconocimiento de poder mutuo entre semejantes. Difiriendo del pensado como uno de verticalidad, donde existe un sujeto que manda despóticamente a otros, sin reconocerlos como semejantes y libres:

> *«Algunos ponen esa cosa de la película 300, o sea un millón de personas peleando contra 300, batallando, pero había un reconocimiento mutuo ahí, había un semejante, había un otro reconocido en su poder. Desde ahí sí, lo veo como una relación de poder, ahora el poder como lo toma el sistema, el poder verticalista, el que está arriba, el jefe, el que manda, el patrón, y no, no. Es decir todo eso ya no es un cuidado, el cuidado es una relación de semejantes, donde es un ida y vuelta, nosotros siempre decimos, el que cuida es cuidado.»* (Entrevistado H, 2022)

En su anécdota traída anteriormente, se puede pensar esa circulación del cuidado como una que tiene un componente humano- transformador que subvierte un sistema formal y vertical (manicomio). Guarda relación con mirar al otro como par ante la enormidad de un enemigo manifestado ante las condiciones materiales de la existencia que atraviesan los sujetos:

> *«Ahí es cuando verdaderamente uno cree en estas posibilidades que tiene el cuidado en la transformación de un sistema. Desde lo micro, insisto, porque tiene que ver con lo micro, y tiene que ver con lidiar con muchísimas cosas dentro de las instituciones tan perversas en donde el purismo no existe, lo*

> *ideal lo existe. La institución ideal es una utopía, no existe. Obviamente uno siempre intenta eso pero no existe, uno siempre está en esa construcción y está bueno que no exista porque precisamente lo que te permite es seguir perfeccionando el cuidado como herramienta microscópica de transformación.»* (Entrevistado H, 2022)

Finalizando esta parte, la circulación del cuidado se puede tomar como una herramienta para la transformación y construcción entre semejantes ya que se ampara en las relaciones de poder y no de sometimiento:

> *«Relaciones de poder existen y está bien que existan, lo que no tienen que existir son relaciones de violencia y de sometimiento. Relaciones de poder tienen que existir porque uno lo reconoce al otro en su poder, ¿sí? Y por lo tanto el otro me reconoce a mí en mi poder, por tanto ahí hay una relación de poder.(...) Es decir todo eso ya no es un cuidado, el cuidado es una relación de semejantes, donde es un ida y vuelta, nosotros siempre decimos, el que cuida es cuidado.»* (Entrevistado H, 2022)

Este planteo guarda relación con lo que anteriormente se mencionó de Veronica Blanco (2015) y el habitar desde el cuidado. Eso implica la creación de espacios de vida que permitan a los sujetos una construcción afectiva, simbólica y material mediante vínculos interpersonales que permitan una producción subjetiva de sostén, abrigo y cuidado; perpetuándose.

Lo no dicho

Antes de iniciar con la descripción de esta categoría es necesario mencionar que esta engloba aspectos de los entrevistados referentes a situaciones de vida, historia y contexto. Se decidió por elaborar esta categoría debido a que, como se establece en otros lugares de esta tesis, las significaciones sociales del cuidar no solamente responden al ámbito formativo de la persona sino que además se encuentran ligadas a características tan íntimas como lo es la trayectoria de vida de cada trabajador. Un dato importante para destacar es que de las once personas entrevistadas en el trabajo de campo, solamente seis hablan de experiencias que creen haber influido en su trabajo actual. La mayoría de los trabajadores resaltan el interés o disfrute de su actividad.

Para el caso de una trabajadora de CMC1, se visibiliza la influencia de circunstancias familiares (un miembro de la familia con discapacidad) que hacen a la perfilación tanto de la profesión como la elección del trabajo:

> *«Siempre me interesó trabajar con la discapacidad mental, no sé. Trabajé mucho tiempo con discapacidad motriz, porque por casualidad de la vida tuve un hermano con discapacidad motriz, desde los 18 años. Y cuando sentí todo, era un poco más grande y veía que lo veían como a un monstruo porque no podía hacer ciertas cosas, eso me movió a trabajar. También hice un curso hace dos años de operador laboral para personas con discapacidad que lo dió la Asociación Down, siempre me he involucrado y formarme en todo lo que sea ayuda para la discapacidad.»* (Entrevistada A, 2020).

Por otra parte, se puede visibilizar el estigma con el que se le carga a la población atendida por esta trabajadora y como ella los vive (hace alusión a su nombre y edad, más que al diagnóstico o al hecho en sí):

> *«En el llamado decía, se trata de acompañar a personas, usuarios judiciales inimputables y todo el mundo me dijo: '¿y no tenés miedo?', digo: 'no no, son personas en un momento, en un brote, tuvieron un episodio grave'. Digo, me ha tocado con el padre de un ex usuario que me preguntó, pobre gurí: 'ustedes, ¿no tienen miedo como mujeres de lo que hicieron?', digo: 'no, mira, fulanito es fulanito para mí, tiene (edad) años, no es un diagnóstico'»* (Entrevistada A, 2020)

Esto se puede asociar también con la vivencia relatada de cómo las personas veían al hermano en la historia de la trabajadora y su influencia en la postura que ella tiene del residente

ante el familiar. La frase *«fulanito es fulanito para mi»* quizás guarde relación con la cercanía familiar que ella siente para con los residentes, permitiéndole pensarlos por fuera del hecho o el diagnóstico y así pararse desde un lugar protector[66].

Por otro lado, a diferencia de la entrevistada A, el trabajador B menciona que en su historia no ha habido circunstancias como las relatadas por ella. Las descarta como influencia para la elección de trabajo. Si deja claro que «se corrió con otra suerte en la vida» a lo cual permite hipotetizar que, como no se vivieron situaciones de vulneración de los derechos, existe una labor dirigida a que las personas que sí fueron puedan experimentar la protección de ellos:

> *«Uno que corrió con otra suerte en la vida se le hacen más fácil un montón de cosas, tiene la capacidad de decidir y discernir… este… con las personas que trabajo, la gran mayoría de los casos, eso no es así… entonces creo que lo que hace la diferencia ahí, para que la persona pueda transitar por el barrio, por la ciudad, por los distintos lugares sin estar en situaciones de vulneración, lo que hace la diferencia son los equipos y que existan dispositivos como estos (...). Cosas que uno vio y prácticas que uno tuvo desde chico, bueno… te encontrás en algunos casos con gente que nunca la tuvo o que en realidad era lo mismo de repente.»* (Entrevistado B, 2021)

Es de destacar que, si bien no se encuentra explicitado en la entrevista, existe por parte del trabajador B una fuerte labor militante-social para con la desmanicomialización dentro de un colectivo que fue referente en la temática y acercamientos al Hospital Vilardebó. Esto también puede influir a la hora de pensar en la elección de trabajar con ese estilo de población[67]. Por otra parte, dos entrevistados mencionan que si bien no tuvieron experiencias cercanas con familiares, se dieron cuenta de que querían trabajar en el ámbito social gracias a experiencias previas en otras instancias. En el caso de la entrevistada D, estudiante de educación social, se perfila para ese lugar debido a que:

> *«A mí me gustaba trabajar con personas, desde chica siempre fui voluntaria de todo lo que había para ser voluntaria. Y después tuve una experiencia en un refugio de invierno que fue como también, al extremo, para ser mi primer experiencia fue el extremo… fue situación de calle o refugio de invierno de madrugada y una brigada de invierno en calle que esto va a ser cotidiano (...) una brigada de invierno que es la que levanta a la gente… y ahí trabajas con*

66 Con referencia a la cercanía familiar en la Entrevistada A, ya se explaya al principio de la parte «La circulación del cuidado». Aquí se tiene en cuenta más información que hace a la historia personal de la entrevistada y cómo influye en su labor.

67 Esta característica se deja en manifiesto solamente en dos más de los diez entrevistados restantes.

> *(...) psiquiatras y con la policía directamente. Esa fue como mi primer experiencia y dije 'ta sí, me quiero tirar para lo social'. E: ¿ahí ya estabas estudiando educadora o… no, ¿estabas... S: no, ahí fue como también, parte de un voluntariado, dijeron 'hay que ir allá', fui. O sea, no… no…* (inaudible) *y después tenía para elegir, trabajo social o educación social y ahí me basé básicamente en los programas y ta, me copó más la parte pedagógica. (...) E: en realidad no has tenido experiencias así… Por ejemplo, trabajo en Salud Mental, ¿has tenido alguna experiencia así cercana? Porque viste que en la trayectoria vital, también lo que puede pasar es que, digo, también la experiencia personal vaya moldeando también la elección, digamos… S: no… no no. Que recuerde no, nada.»* (Entrevistada D, 2021)

El entrevistado G (2021) menciona que antes de iniciar la universidad decidió ir a Cuba a realizar un «curso de trabajo social» e integraba «cuadros políticos» de ayuda en las comunidades:

> *«Igual en mis inicios, hace muchos años atrás, en el 2001, cuando salgo de la facul… del… del liceo, del… entro como en una especie de discusión de que era lo que iba a hacer con mi vida, ¿no? Y me salió la oportunidad de salir a cuba a hacer un curso de trabajo social, ¿sí? Y estuve 7 meses en Cuba preparándome como trab… cuadro político para hacer trabajo social… E: ¿cómo? ¿Cuadro político? S: cuadro político si, para hacer trabajo social. Eso es como la denominación que le dan los cubanos a las personas que trabajan en las comunidades y para las comunidades. Los que hacen como los levantamientos zonales, cuales son las necesidades de la comunidad eh… bueno, entre esas cosas que se ocupa el trabajo social. Esa fue mi primer… Mi inicio digamos dentro de la parte humanista o la parte de trabajo del ser humano. E: comunitaria S: Si. Después bueno, cambió mi horizonte hacia el mercadeo y fue la antagonía y bueno, tuvo mis frutos y bueno, ya me ves acá que nuevamente volví* (risas) *al área social»* (Entrevistado G, 2021)

En ambos entrevistados se resalta la necesidad de conseguir trabajo. La entrevistada D menciona que asistió al centro privado para dejar un currículum:

> *«Llevé un currículum y tuve como tres instancias de reunión con la directora como para ver el perfil, como trabajaba, todo eso… yo si… ni siquiera me enteré si estaban necesitando gente, no me acuerdo… sé que llevé un currículum y tuve una entrevista»* (Entrevistada D, (2021)

Por otra parte, el trabajador G menciona que, siendo inmigrante con formación en psicología y necesitando trabajo, se presentó la oportunidad de trabajo en la VA y lo contrataron:

> *«Llego ahí por casualidades de la vida, ¿sí? Metí un currículum (y) llegué ahí. Realmente mi intención siempre ha sido trabajar en la clínica, en la investigación o en el campus porque es (son) las zonas (o) áreas que a mí me gustan de trabajo. Pero bueno, siendo inmigrante, teniendo unas condiciones de trabajo bastante precarias al llegar acá que tuve que trabajar en un…* (ruidos inaudibles) *que tuve que trabajar en lo que sea para poder hacer algo… entonces bueno, fue la oportunidad que salió y al final ha sido una experiencia bastante placentera ¿sí?»* (Entrevistado G, 2021)

Igualmente para este último se visualiza que la necesidad de conseguir trabajo primó como factor preponderante, ya que él mismo manifiesta tener «perspectivas profesionales» por fuera del dispositivo, exclamando:

> *«Si me dijeras a mí para trabajar con una población así y me dijeran a decidir, quizás no es lo que yo quisiera. Ojo, me gustó trabajar con la población, me gusta el contacto constante, me gusta observar lo que veo al día a día, porque he aprendido muchísimo pero, yo tengo otras perspectivas profesionales que quizás no están dentro de un dispositivo como este. Que el día de mañana las voy a poder quizás experimentar y yo sé que la paciencia es lo que debo aprender a llevar (risas) para poder llegar a lo que quiero ¿no?»* (Entrevistado G, 2021).

Esto se acentúa con el lapsus que tuvo cuando habla de su trabajo actual: *«Pero hay otra parte que es una población que, si bien no conocía, me cautivó. No hubo una peor… una mejor experiencia laboral… segunda experiencia laboral mejor [lapsus] que la que me tocó acá.»* (Entrevistado G, 2021). Cabe resaltar que este entrevistado habla explícitamente del fenómeno de la precarización laboral que se menciona en la parte 4.1 de esta tesis, lo cual ayuda a hipotetizar que su situación se encuentra estrechamente ligada al deseo de otro trabajo y que la necesidad primó a la hora de elegir.

Por otra parte, la entrevistada E manifestó su temor a la locura y al manicomio previo a realizar el curso ofrecido por la institución privada donde trabaja actualmente junto a los residentes. Se hipotetiza que ese acercamiento le sirvió para poder combatir el estigma con que socialmente se carga a esta población, oficiando eso como herramienta de trabajo. Asimismo, se aprecia que ese acercamiento contribuyó a desarrollar una mirada empática para con el proceso mencionado, humanizando y situándose como otra cualidad humana:

> *«Digo, y yo creo que ta que es algo como más… que si bien te puede haber tocado a vos, a mí, yo que sé, a cualquiera podés haber tenido un… episodio en tu vida y quedaste… te pasó algo fuerte y quedaste como bloqueado ahí…»* (Entrevistada E, 2021)

Lo mencionado por la entrevistada puede guardar relación con el acercamiento que tuvo para con la temática y lograr ver desde otro lugar (más cercano y común) que una crisis puede sucederle a todas las personas.

Por otra parte, el entrevistado F posee, además de formación en psicología, otra formación que remite al cuidado y al socorro —bombero—: *«En realidad bombero ejecutivo contratado no era voluntario digamos, no estuve trabajando de bombero, y bueno fue como, en realidad esa cuestión del apoyo o del socorro siempre me invaden»* (Entrevistado F, 2021). Del mismo modo, menciona humorísticamente la existencia de gente «no diagnosticada» dentro de su familia y que en su juventud tuvo «ideas delirantes», producto del consumo de cannabis:

> *«En realidad después en mi familia… alguna persona con algún tema mental seguro hay, no hay un diagnóstico oficial que yo sepa* (risas) *de nadie o de esquizofrenia tampoco. Y después en realidad como experiencia personal me animo a decir que tuve un mal pegue de marihuana cuando era guacho donde me dio para ideas delirantes. Entonces, en realidad no es que eso lo tenga tan presente pero sí creo que puede influir a la hora del encuentro clínico creo que está ahí en el fondo, por lo menos a la hora de la vivencia»* (Entrevistado F, 2021)

Esto, como lo menciona el entrevistado, puede contribuir tanto a la elección de trabajo como a su formación académica. Dentro de su labor como trabajador, quizás esa experiencia de «ideas delirantes» le permita otro tipo de encuentro con los residentes.

Finalizando esta sección, resulta interesante mencionar luego de estos párrafos la concordancia con la noción de «trabajo vivo en acto» mencionada por Merhy y Franco (2011) donde destacan que el cuidado siempre posee un grado de implicación subjetiva. El cuidar para ellos va a ser de un carácter singular de cada trabajador dentro de su territorio existencial y se modifica gracias al mismo trabajo interpersonal. Dentro de esta parte se pudo ver cómo cada funcionario entrevistado puso en juego esos territorios que fueron, según el despliegue de intensidades, cambiando gracias a la vinculación con la población de los DSMA. Ejemplos de esto es el caso de la Entrevistada E y la superación del miedo a la temática mediante el trabajo cotidiano con los residentes del dispositivo donde se encontraba; otro es el caso de la Entrevistada A y su trato familiar-cercano para con los residentes relacionado a su propia

historia familiar. Otra mención es la que, si bien la Entrevistada D y el Entrevistado G necesitaron el trabajo, ambos tuvieron previamente un contacto relacionado con la labor social. Complementando esto, resulta necesario destacar que del total de las seis personas de las que se utilizaron fragmentos de sus entrevistas para este constructo, cuatro corresponden a la carrera de psicología, uno a la de educación social y otra con el curso de acompañamiento terapéutico. Entonces, cabe asociar que estos «territorios existenciales» que se modifican con el «trabajo vivo en acto» influyen las experiencias personales, históricas y contextuales en las significaciones sociales del cuidado que tienen estos trabajadores. Primeramente su elección de formación se encuentra ligada en su mayoría al ámbito social; esto también se nota en el estilo de cuidado apoyado en el acompañamiento que se desarrolló en el capítulo «Conceptualización del cuidado». Así como su formación (psicología y otras áreas sociales), la historia personal y el sentido común influye a la hora de operar sobre la realidad, es de destacar entonces que el cuidado no se basa en un modelo biomédico. Otro punto a destacar es que ningún trabajador desempeñó funciones dentro del manicomio[68] influyendo esto en cómo significan el cuidado por fuera de la lógica asilar.

68 Esto se toma más detenidamente en el capítulo 4.1 «Presentación de los dispositivos» donde se explaya la opinión de los trabajadores acerca de ese lugar.

Capítulo 5. Consideraciones Finales y Reflexiones

Esta investigación se enmarca dentro del cambio de modelo en SM que Uruguay se encuentra transitando. Este plantea generar propuestas sustitutivas al modelo asilar que contemplen áreas que históricamente fueron relegadas de ese campo: Derechos Humanos, Vivienda y Trabajo. Dentro de las propuestas sustitutivas se encuentran dispositivos que se presentan como soluciones habitacionales provisorias para las personas que transitaron internaciones manicomiales o son catalogadas como población vulnerable (residentes). En conjunto con su creación, también emerge una nueva figura encargada del cuidado de esas personas que posee diferentes denominaciones (operador, tallerista, acompañante, etc.). En esta investigación se realizó una indagación sobre las significaciones de las prácticas del cuidar que tienen esos trabajadores.

Partiendo de la base que son trabajadores con formación profesional-social (psicólogos, educadores o con cursos de acompañamiento terapéutico), algunos con previas aproximaciones a población vulnerable y que no trabajaron en el manicomio, el enfoque de cuidado se encuentra centrado en lo que se denominó aquí como cuidado «apoyado en el acompañamiento». Este busca generar, en conjunto con el residente, herramientas para que pueda ir desenvolviéndose en el ámbito comunitario, a través de las prácticas del cuidado, la interacción social, creación de redes comunitarias y territoriales que faciliten el habitar social. También se encontraron otros dos que difieren del apoyado en el acompañamiento: el «Autoritario-Omnipotente» y el «Let it Be», variando según la postura de cada trabajador. Además, se estableció la noción de práctica de cuidado como un conjunto de acciones-intervenciones por parte del trabajador dirigidas al residente; son enmarcadas por una teoría o sentido común y se encuadran dentro de uno de los tipos de cuidados mencionados.

Por otra parte, se visibilizan cargos como coordinador y monitor además de la existencia de una masa de trabajadores a los que se los denominará como «Primera Línea». Este nombre surge porque son los funcionarios que más carga horaria poseen, encontrándose con mayor proximidad a los residentes (que muchas veces son olvidados por la familia o amigos o directamente no cuentan con ellos). Esto a su vez genera en el trabajador un desgaste, llegando a malinterpretar situaciones cuando son nuevos (pensar que el residente «está de vivo» o «lo hace por gusto»).

Del análisis de las entrevistas se detectaron lo que se denomina aquí como «estrategias de autocuidado» siendo estas, muchas veces, la reacción a la falta de políticas públicas destinadas

a estos trabajadores, su cuidado y la falta de (in)formación. Se piensa que su surgimiento quizás guarde relación con que la gran mayoría de los entrevistados poseen formación en psicología. Estas estrategias tienen la característica de generar un intercambio de experiencias del trabajo y suplir la falta de formación, diagramándose de la siguiente manera: 1) En la superposición de turnos de los trabajadores; 2) En reuniones informales autogestionadas entre coordinador y trabajadores; 3) En reuniones informales autogestionadas entre trabajadores; 4) Análisis personal-individual del trabajador.

Por otra parte, también se vislumbraron dos clases de estrategias de autocuidado que además tienen el carácter de acciones directas para el residente: a) No contestar mensajes o llamadas de los residentes fuera de turno y b) «Llevar la posta» de la intervención, turnándose para resguardar a su compañero si este no se siente cómodo.

Cabe aclarar que, si bien estas instancias son vías válidas de expresión e intercambio, uno de los riesgos que se corre es que pueden oficiar como espacios donde el desgaste de los funcionarios se comparta y potencie a uno grupal. Quizás una solución a ello sea la creación de espacios institucionales presupuestados y con un tercero ajeno al lugar que permita a los trabajadores realizar un análisis de sus prácticas.

Retomando, si existe una falta de políticas públicas también existe una carencia de proyecto político para los trabajadores, cristalizándose aún más en su invisibilidad dentro de las áreas normativa[69], la institucional o desde el propio trabajador[70]. Además, se aprecia una falta de instancias formativo-académicas obligatorias de grado que permitan a los estudiantes visualizar estos dispositivos o adquirir herramientas de trabajo para con esa población. Esto quizás guarde relación con la creación temprana de los DSMA y a medida que el cambio de modelo sigue su implementación. Igualmente es preciso destacar la carencia de antecedentes en prácticas relacionadas a la desmanicomialización en la mayoría de los entrevistados. Se puede hipotetizar que todos estos factores generan que el trabajador vaya construyendo artesanalmente su propia práctica del cuidar sin muchas veces tener conocimientos previos de lo que implica la misma.

Por otra parte, cabe resaltar la diferenciación de dos figuras emergentes en las entrevistas y que no son cargos «Primera línea»: el del monitor/a y la del coordinador. Esos cargos remiten a la forma de funcionamiento de cada DSMA a los cuales pertenecen. El monitor resulta vivenciado como uno que impone distancia y ejerce un control para el trabajador, el cual

69 No se contemplan ni en la ley 19.529 de SM o la 19.353 del SNC

70 Como ejemplo se visibilizó la existencia de trabajadores que desconocían a que parte del organigrama de la institución estatal pertenecían o cuál era su cargo

desarrolla conductas más rígidas para con los residentes. En contraparte, la figura del coordinador es abierta al diálogo, mediando entre sujetos (trabajadores y residentes) y la institución a la cual pertenece el dispositivo; también participa de las estrategias de autocuidado entre los funcionarios.

Se menciona también la existencia de una tensión que remite a la dedicación horaria de estas figuras (y otros cargos técnicos) comparada con los «Primera Línea». Esta se ve reflejada en el lugar de poder-jerárquico en el cual sitúan los residentes a esos cargos en comparación con los «Primera línea», quienes se encuentran con mayor cantidad de horas conviviendo con la población. Como ejemplo se toma la idea que tienen los cargos «Primera línea» de que ellos poseen un conocimiento aún más profundo del residente que los demás cargos, debido a su cercanía cotidiana.

En esta investigación también se encontró que el cuidado circula por diferentes dimensiones. A partir de las entrevistas es posible visualizar cuatro instancias: a) La institucional: se ve en las características del dispositivo; b) El sujeto a cuidar: o etapas en que el residente se encuentre transitando en cuanto a su proceso de autonomía y/o adaptación al dispositivo; c) La familia del residente: se puede visualizar dos tipos de familiares que interactúan con el dispositivo, los trabajadores y el residente; d) El cuidador: es comprendida como el trabajador y su capacidad para aggiornar las dimensiones anteriores a su enfoque (histórico-teórico-vivencial). También se visualizará las estrategias que el funcionario desarrolle para consolidar su práctica cotidiana (en este punto se desarrollarán las estrategias de autocuidado).

Además se encontró que el cuidado circula por los sujetos visualizándose dos tipos de cuidadores: 1) El Formal: posee remuneración y cargo dentro de una institución; 2) El Informal: es oficiado generalmente por un residente para con otro par o el trabajador del dispositivo. Para el tipo Formal, la cristalización del cuidado va a estar dada por la parte institucional (cargo, responsabilidad, rol, salario, etc.). La cristalización por parte del cuidador Informal se dará de la siguiente forma: residente- trabajador, residente-residente o trabajador-trabajador.

Además de lo anterior, es necesario aclarar que se puede ver la influencia de disciplinas de corte «Psi» dentro de los relatos de los entrevistados debido a los términos utilizados. Ejemplos son: Vínculo, Acompañamiento, Rehabilitación, Reinserción, Implicancia, Demanda, etc. De estas palabras se encontró que el vínculo es para el trabajador una herramienta fundamental para el cuidado, operando dentro del campo del acompañamiento. Permite interactuar para ejercer una práctica de cuidado donde el residente tenga la posibilidad de re-vincularse con un tercero que lo constituyó anteriormente; contribuyendo a la construcción de nuevas identidades y re-significación de sí. Esta herramienta se basa en la confianza y es crucial para el trabajo

cotidiano con los residentes. Por otro lado, surge la necesidad de pensar en el concepto de cercanía óptima cuando se habla de vinculación, ya que se corre el riesgo de que sucedan «alianzas» entre trabajadores y residentes donde se generan beneficios mutuos.

También se pudo visualizar la carencia de lugares institucionales o sociales que incluyan las especificidades de la población de residentes. Esto debido a que se agrupa a todos bajo el mismo rótulo «discapacitado», sin discriminar los aspectos físicos, psíquicos o emocionales de los sujetos; o directamente no existe la clasificación. También los entrevistados mencionan que el contexto es importante; uno más «barrial» fomenta la inclusión de las personas en tanto uno de «zona comercial» contribuye a la segregación e individualización del sujeto por sus características «la gente está de paso». Entonces, se puede pensar la siguiente pregunta ¿qué lugar tienen los que no tienen lugar?

Para responder esta pregunta cabe mencionar que obviamente los DSMA y sus trabajadores funcionan como soporte, pero siguen siendo necesarias políticas públicas que combatan al estigma y que generen programas de integración social-comunitaria. Esas políticas también deben de contemplar la necesidad de combatir las «trabas» burocráticas institucionales y «ruidos» en la comunicación intra e interinstitucional propias del sistema (no solo el de salud). Como ejemplos se pueden pensar en la necesidad de acortar los tiempos de primera consulta psiquiátrica y otros especialistas luego del egreso del residente, el «mareo» al funcionario encargado del cuidado para conseguir medicación o que existan residentes a los que, en su momento de internación no se les comenzó el trámite para renovar la pensión por invalidez. Estas políticas intersectoriales (planteadas en la Ley de Salud Mental N.° 19.529) son imprescindibles para no sobrecargar a los dispositivos con sus trabajadores a la hora de tender redes, evitando un desgaste innecesario de ambos sujetos que recaiga en la funcionalidad del DSMA. A su vez cabe la pregunta de si esto es tarea de los trabajadores ¿cómo lo hace una persona sin ayuda y acompañamiento?

Otra de las necesidades que se visibiliza es que la figura del cuidador sea reconocida por la organización sindical o el Estado.

Como se mencionó anteriormente, ante la carencia de instancias académicas de grado que habiliten la formación enfocada en estos dispositivos resultan imprescindibles planes de estudio diseñados acordes. Quizás lo que se podría aproximar es una Tecnicatura en Acompañamiento Terapéutico que, en la actualidad, se brinda en el sector privado y por ende no es accesible para toda la gente, acrecentando aún más la carencia en el plano formativo.

Entonces, surge la necesidad de una construcción de proyecto político que habilite un lugar para estas personas; rescatando su experiencia y contemple un compromiso asociado a los procesos de desmanicomialización.

Cabe recordar lo que Siles (2015) menciona acerca de que la custodia y el control represivo en los usuarios de SM son propios de regímenes autocráticos o de democracias con poco avance de políticas sociales y educativas. Se puede calificar el cambio de modelo en Uruguay como un avance en derechos asociados al cuidado y la SM que obligan a revisar las concepciones del cuidado relacionadas con nuevas construcciones simbólicas y representaciones sociales acerca de las personas usuarias de SM.

Es así que, como ya hemos visto, observamos que los tres tipos de cuidado mencionados son producto de posturas que el trabajador utiliza para relacionarse con los residentes y que abarcan diversos aspectos de la persona. Entonces se puede pensar como significación central al cuidado desarrollado en los DSMA junto a significaciones secundarias que remitirán a cada tipo mencionado. Esto a su vez configura determinadas prácticas e instrumentos (*teukhein)* que los entrevistados utilizan y en partes de las entrevistas se visibilizan los discursos y significados (*legein).*

Lo que se pudo visualizar también es una diferencia en los instrumentos que normalmente se encuentran como *teukhein* en el modelo hospitalocéntrico y/o manicomial (camas de hospital, cintos para «medidas de contención», jeringas, puestos de vigilancia, etc) distinto al de los DSMA. Debido al foco puesto en lo social- comunitario de los dispositivos aquí indagados, los instrumentos de índole cotidiana remiten a los que se usan en casas y apartamentos (lavarropas, televisores, dinero, etc.); sirviendo a los trabajadores en el acompañamiento del residente. La otra parte del *teukehin* se puede pensar como el conjunto de acciones catalogadas como intervenciones por parte de los funcionarios para orientar al residente en la cotidianeidad junto a esos instrumentos (lavar la ropa, uso de espacios compartidos, etc.). Esas acciones estarán orientadas según el tipo de cuidado mencionado, así como también la postura que el trabajador tome.[71] En cuanto al *Legein*, se puede ver la centralidad que adjudican los trabajadores al acompañamiento y el vínculo con el residente como parte fundamental del cuidado.

Tanto los instrumentos de los DSMA como las prácticas asociadas al cuidado basado en el acompañamiento se alejan de un modelo biológico y manicomial buscando un abordaje territorial-comunitario. Como ejemplo se encuentra en algunas entrevistas que, si bien la toma de medicación es importante dentro del proceso que vive el residente, el hincapié se enfoca en

71 Se sugiere consultar para esto la tabla 3 «tipo de cuidados encontrados» que se menciona en el apartado «tipos de cuidados encontrados».

gestionar y mantener redes comunitarias o prestaciones (pensión por invalidez, cédula, pase libre, etc.) para que el sujeto comience a trabajar la autonomía e integración social así como se repare en derechos. Junto a esto, muchos de los discursos se centralizaron en lo que son las nociones de «acompañamiento» y «vínculo» como herramientas de trabajo, esto evidentemente guarda relación con la formación que los trabajadores poseen referida al área social-humana (psicología, preferentemente). Otro punto a tener en cuenta es que ninguno de los funcionarios entrevistados trabajó dentro del manicomio; esto ayuda a pensar que la lógica asilar no invadió las prácticas asociadas al cuidado basado en el acompañamiento, siendo este uno de corte psicosocial.

Por otra parte, las prácticas del tipo de cuidado autoritario-omnipotente si se podrían llegar a acercar a la lógica manicomial. Ese cuidado, si bien difiere las condiciones, responde a un formato asistencialista donde la función del trabajador remitirá a realizar las tareas del residente, situándose desde una posición asimétrica de poder con escasa negociación. Por otra parte, en el tipo «Let it Be» el cuidado respondería también a una lógica de este estilo debido a la ausencia de intervenciones para los residentes que, sí han vivido largos períodos de internación psiquiátrica, terminan por reproducir el modelo que aprendieron durante años.

Retomando el tipo de cuidado centrado en el acompañamiento, remite más a una lógica de inserción comunitaria y trabajo para que el residente ejercite la autonomía. Dentro de este cuidado, el trabajador gestiona nexos para con el territorio, llegando a acompañar al residente a lugares y enfrentando ambos situaciones dentro de otras instituciones (trámites, por ejemplo) que no contemplan una posible discapacidad o son de índole burocrático. Cabe resaltar que se encontró que ese cuidado responde a un conjunto de prácticas que buscan, mediante el acompañamiento, conducir la conducta del sujeto. Estas prácticas se desarrollan en el marco de relaciones de poder donde el acompañamiento contribuye al desenvolvimiento en la polis, brindándole herramientas para conocerse a sí mismo y cuidar de sí dentro de la ciudad. Es necesario resaltar que si bien uno de los sujetos (trabajador) puede tratar de posicionarse desde una relación no jerárquica ante un otro (residente), implícitamente ese posicionamiento se verá afectado. Esto debido a las relaciones institucionales que atan a ambos (como ejemplo se trae a la relación contractual del trabajador para con la institución y el recibir un sueldo por la responsabilidad de cuidar). También, dependiendo del dispositivo y sus características, genera una contradicción dentro del trabajador en torno al cuidado y cómo lo piensa. Un ejemplo es que, ante figuras como los monitores, el trabajador reaccione con una postura más rígida de control en el cuidado (o «soldadito»); en tanto con figuras como los coordinadores, pueda opinar sobre los procesos de los residentes ya que se le habilita la palabra.

Para finalizar, es de destacar que se suma a esta significación del cuidado la ausencia en la mayoría de los trabajadores de una formación específica que refiere a los DSMA (de grado, posgrado o por fuera de ellos) y la carencia de una trayectoria de militancia que los acerque a la temática. Esto hace pensar que los sujetos significan el cuidado con las herramientas que poseen en el momento que se desarrolla su práctica, incluyendo su historia personal (cuidado de familiares, asistencia social, experiencias con sustancias psicoactivas, etc.) o su sentido común. Esto nos hace constatar que la práctica del cuidar está cargada de un trabajo artesanal y que si no existe una intencionalidad de profesionalizarla y problematizar seguirá dependiendo de los trabajadores y la forma en que cada uno entienda y signifique la misma.

Referencias Bibliográficas

Acevedo, M. (2002). *La Implicación: luces y sombras de un concepto lourauriano*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. https://studylib.es/doc/5956398/la-implicaci%C3%B3n--luces-y-sombras-del-concepto-lourauniano

Acosta, I. (2009, diciembre 8). Locura solidaria. *La Diaria*. https://ladiaria.com.uy/articulo/2009/12/locura-solidaria/

Acosta, M. (2014). Procesos de asimetría y Salud mental: Contribuciones acerca de lógicas en tensión. *De Prácticas Y Discursos*, *3*(3), 1-11. https://doi.org/10.30972/dpd.33793

Agamben, G. (2005). *Profanaciones.* Adriana Hidalgo

Agamben, G. (2006). *Homo sacer: El poder soberano y la nuda vida*. Pre- textos. (Trabajo original publicado en 1998).

Aguirre, A. y Rodriguez, A. (1994). *Patios abiertos y patios cerrados: Psicología cultural de las instituciones.* Alfaomega

Alegre-Agis, E. (2017). Internados en casa: Del manicomio a la «institución doméstica total. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *37*(131), 63-78. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100004&lng=es&tlng=es.

Alegre-Agis, E. (2018). La des-institucionalización «negada»: Lógicas manicomiales en la hospitalización doméstica. En J. M. Comelles, A. Conejo y J. M. Barceló-Prats (Coords.), *Imago civitatis: Hospitales y manicomios en Occidente* (pp. 205-222). . Universitat Rovira i Virgili. 10.17345/9788484246718

Alianza de Organizaciones por los derechos de las personas con discapacidad en Uruguay. (2020, julio 8). Comunicado público de la Alianza sobre fusión PRONADIS – SNIC. Red Pro Cuidados. http://www.redprocuidados.org.uy/comunicado-publico-de-la-alianza-sobre-fusion-pronadis-snic/

Amarante, P. (2009). *Superar el Manicomio: Salud Mental y atención psicosocial*. Topía.

Amarante, P., Barros de Oliveira, M. H., Torres, E. y Cohelo, I. (s.f.) Derechos Humanos y Salud Mental en Brasil: Una historia de lucha y militancia por la justicia social y el derecho a la vida – «la salud no se vende, la locura no se encierra». http://www.atopos.es/images/eatopos2/4.pdf

Aranda, A. (2016, agosto 20). Salud Mental: La internación llega cuando no hay alternativa. *El ciudadano y la región*. https://www.elciudadanoweb.com/salud-mental-la-internacion-llega-solo-cuando-no-hay-otra-alternativa/

Arnau Ripollés, M (2009). El «cuidado» y sus perversiones: La cultura de la violencia. *Intersticios. Revista sociológica de pensamiento crítico*, *3*(2), 67-83.

Baroni, C. (2015). Perspectivas y proyecciones de la Salud Mental en el Uruguay: En *Derechos Humanos en el Uruguay* (pp. 259-268). Informe Anual SERPAJ. https://sitiosdememoria.uy/sites/default/files/publicaciones-completas/2021-02/derechos-humanos-en-el-uruguay-2015.pdf

Baroni, C. (2019). *Una Historia de locos: Aportes de Radio Vilardevoz al proceso de desmanicomialización en Uruguay (1997-2017)* [Tesis de doctorado, Universidad de la República]. Colibrí. https://hdl.handle.net/20.500.12008/27198

Baroni, C. y Giordano, M. (2018). Otros territorios posibles: Por una salud mental que garantice los derechos universales, civiles y políticos de las personas. En *Servicio de Paz y Justicia. Derechos Humanos en el Uruguay: Informe 2018*. https://www.cdh.com.uy/wp-content/uploads/2019/02/Ddhh-en-el-Uruguay.-Informe-2018-1.pdf

Batalla, M., De Pena, L., Martínez, L. y Silva, C. (2019). La reforma en la trinchera: Obstáculos y potencialidades en las prácticas profesionales en el ámbito del hospital psiquiátrico. *Revista Regional de Trabajo Social, 33*(74), 80-95.

Basaglia, F. (2008). *La condena de ser pobre y loco: Alternativas al manicomio*. Topía.

Batthyány, K. (2015). *Las políticas y el cuidado en América Latina: Una mirada a las experiencias regionales*. CEPAL.

Batthyány, K. y Cabrera, M. (2011). *Metodología de la investigación en ciencias sociales: apuntes para un curso inicial*. Comisión Sectorial de Enseñanza. https://hdl.handle.net/20.500.12008/26551

Bello, C. (2018, octubre 7). Un psiquiátrico como negocio: Ituzaingó, el pueblo que monetiza la locura. *El País.* https://www.elpais.com.uy/que-pasa/ituzaingo-pueblo-monetiza-locura.html

Beltrán, M., Remesaro, L. y Zubillaga, D. (2021). Derechos Humanos, Legislación y Salud Mental en Uruguay: Tensiones en el campo normativo en tiempos de reforma. En Silva, C. y De León, N. (Coords.), *Modificaciones normativas y política asistencial para el campo de la Salud Mental del Uruguay en el siglo XXI: Tensiones y énfasis en la gestión sociosanitaria.* Comisión Sectorial de Investigación Científica, Universidad de la República.

Benedetti, L., Reali, S., Ábaca, C., Ilardo, A. y Domínguez, M. (2019). Habitar nuevos espacios: La Experiencia de la Casa de Medio Camino, Hospital Escuela de Salud Mental, Paraná, Entre Ríos. En *Haceres colectivos: Investigaciones y Experiencias en Salud Mental y Adicciones en Argentina* (pp. 81-86). Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/haceres-colectivos-2019.pdf

Bentura, C. y Mitjavila, M. (s.f.). *Sobre los dispositivos post-manicomiales de la administración de la locura en la sociedad uruguaya*. https://www.13snhct.sbhc.org.br/resources/anais/10/1345077733_ARQUIVO_dispositivosposmanicomiales.pdf

Blanco, V. (2015). *Habitares colectivos para la inclusión social: Vínculos y producción de subjetividad en centros residenciales de cuidados* [Tesis de Maestría, Universidad de la República]. Colibrí. https://hdl.handle.net/20.500.12008/4881

Borges, L. y Miranda, F. (2018). Análise do trabalho dos cuidadores em saúde nas residências terapéuticas. *Psicología & Sociedade, 30,* 1-8. https://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30174842

Brasil (2001, abril 6). Ley nº 10.216: *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.* http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

Brasil (2003, julio 31). Ley n° 10.708: *Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.* http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm

Camino Vallhonrat, A., Hernanz Vaquero, A. y Bosch Vila, M. (2010). Piso protegido: ¿Un medio o un fin en la rehabilitación psicosocial? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 30*(106), 279-290. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000200006

Carmona Calvo, J. y del Río Noriega, F. (2011). Análisis histórico de la reforma psiquiátrica andaluza: La salud mental reformada sin manicomios. *Estudos de Psicologia*, *16*(3), 341-352. https://www.redalyc.org/pdf/261/26122323018.pdf

Carpintero, E. y Vainer, A. (2018). *Las huellas de la memoria I: Psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los '60 y '70 (1957-1969).* Topía.

Castejón, M. y González, F. (2018). Ideas para la reforma de la Salud Mental del Perú que bien podríamos plantearnos en España. *Boletín Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial,* 27(31), 2-12.

Castoriadis, C. (1989). *La institución imaginaria de la sociedad: Vol. 2: El imaginario social y la institución.* Tusquets. (Trabajo original publicado en 1975).

Ceballos, F. (2011). *El manicomio: Crónicas de una lógica que coloniza subjetividades.* Eduvim.

CELS. (2015). *Cruzar el muro: Desafíos y propuestas para la externación del manicomio.* Centro de Estudios Legales y Sociales.

Centro Psicosocial Sur Palermo. (s. f.). *Viviendas Supervisadas: Programa de Viviendas Supervisadas*. https://surpalermo.com.uy/programa-de-vivienda-supervisada/

Chuaqui, J. (2015). Institucionalización psiquiátrica: El caso de los hogares protegidos de la región de Valparaíso, Chile. *Revista Salud Mental y Psiquiatría*, *32*(2), 109-117. https://schilesaludmental.cl/web/wp-content/uploads/2022/06/09-trabajo_investigacio%CC%81n_institucionalidad_psiquia%CC%81trica_hogares_protegidos_valparai%CC%81so_2015.pdf

Comisión Nacional de Salud Mental. (1986, setiembre 8). Plan Nacional de Salud Mental. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%201986.pdf

Correa Urquiza, M. (2015). *Radio Nikosia: La rebelión de los saberes profanos: Otras prácticas, otros territorios para la locura*. Hotel Papel.

Correa-Urquiza, M. y Martínez-Hernández, A. (2017). Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva. *Salud Colectiva*, *13*(2), 267-278. https://doi.org/10.18294/sc.2017.1168

Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: Um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. En P. Amarante. (Comp.), *Ensaios*: subjetividade, saúde mental, sociedade (pp. 141-168). Fiocruz. https://books.scielo.org/id/htjgj/pdf/amarante-9788575413197-13.pdf

Cruzet, V. (2023). *Experiencia de desinstitucionalización en Uruguay: Casa Buceo (ASSE)*. [Tesis de grado, Universidad de la República]. Colibrí. https://hdl.handle.net/20.500.12008/39215

De la Cuesta Benjumea, C. (2007). El cuidado del otro: Desafíos y posibilidades. *Investigación y Educación en Enfermería, 15*(1), 106-112.

Del Castillo, R., Villar, M., Dogmanas, D. (2011). Hacia una rehabilitación psicosocial integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 1(4), 83-96.

De Lellis, M. y Sosa, S. (s.f.). *Modelos de Atención: Un Análisis comparado de la legislación provincial y la Ley Nacional de Salud Mental*. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud de la Nación. https://www.udocz.com/apuntes/340972/de-lellis-sosa-modelos-de-atencion-pdf

Deleuze, G. (1986). *Foucault*. Paidós.

Deleuze, G. (1990). ¿Qué es un dispositivo? En A. Bixio (Trad.), *Michel Foucault, filósofo*. Gedisa.

Deleuze, G. (2014). *El poder: Curso sobre Foucault.* Cactus. (Trabajo original publicado en 1986).

Dell-Aqua, J. (s.f.). *Desde el manicomio: Hacia los servicios de salud mental en territorio*. https://www.ideassonline.org/public/pdf/BrochureTriesteESP2.pdf

Desviat, M. (2020). La evolución histórica de la atención a la Salud Mental. *Edcación Social: Revista de Intervención Socioeducativa*, (75), 17-43. https://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/download/367856/466393/

Dimenstein, M. (2013). La reforma psiquiátrica y el modelo de atención psicosocial en Brasil: En busca de cuidados continuados e integrados en salud mental. *Revista CS*, (11), 43-71. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476348374002

Duffau, N. (2019). *Historia de la locura en Uruguay (1860-1911): Alienados, médicos y representaciones sobre la enfermedad mental*. Comisión Sectorial de Investigación Científica. https://ojs.fhce.edu.uy/index.php/cont/article/view/649

Enríquez, R. (2014). Feminización y colectivización del cuidado a la vejez en México. *Cadernos de pesquisa, 4*(152), 378-399. file:///C:/Users/agusr/OneDrive/Escritorio/mama/Feminizaci%C3%B3n%20y%20colectivizaci%C3%B3n%20del%20cuidado%20a%20la%20vejez%20en%20mexico,%20Enr%C3%ADquez,%202014.pdf

Esquivel, V., Faur, E. y Jelin, E. (2012). *Las lógicas del cuidado infantil: Entre las familias, el Estado y el mercado.* IDES. https://argentina.unfpa.org/es/publicaciones/las-l%C3%B3gicas-del-cuidado-infantil-entre-las-familias-el-estado-y-el-mercado

Esteban, M. L. (2017). Los cuidados, un concepto central en la teoría feminista: aportaciones, riesgos y diálogos con la antropología. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, (22), 33-48. http://www.antropologia.cat/estatic/quaderns-e-375.html

Ferrando, J. (1995). ¿»Educoterapia Social»?: Acerca de las articulaciones entre educación popular, salud mental y participación ciudadana. *Aportes: Revista de la Escuela de Psicología Social de Montevideo*, *2*(2).39-43.

Ferreira de Oliveira, W. (2009). Éticas em conflito: Reforma psiquiátrica e lógica manicomial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, *1*(2), 42-56. https://www.researchgate.net/publication/277189538_Eticas_em_conflito_reforma_psiquiatrica_e_logica_manicomial

Flaquer, L. (2013). Los trabajos de cuidado: De una obligación tradicional a un derecho social. En C. Gilligan, *La ética del cuida*do (pp. 72-85). file:///C:/Users/agusr/OneDrive/Escritorio/mama/2013Flaquer-Lostrabajosdecuidado.pdf

Fornet-Betancourt, R., Becker, H. y Gómez-Müller, A. (1984). La ética del cuidado de uno mismo como práctica de libertad, entrevista a Michel Foucault. *Revista Concordia.* (6), 99-116. https://revistas.unc.edu.ar/index.php/NOMBRES/article/viewFile/2276/1217

Foucault, M. (2008). *La Hermenéutica del sujeto.* Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2010). *Historia de la locura en la época clásica*. (Vol. 1).Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1964)

Foucault, M. (2011). *El coraje de decir la verdad: el gobierno de sí y de los otros II. Curso en el Collège de France (1983-1984)*. Fondo de Cultura Económica.

Galende, E. (2008). Conferencia y Mesa Redonda sobre Desmanicomialización. Desmanicomialización institucional y subjetiva. *Psicoanálisis, 30*(2-3), 395-427. https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2018/07/Conferencia-E.-Galende.pdf

García Pérez, O. (2013). Viviendas supervisadas para personas con trastorno mental severo en Asturias: ¿Ambiente restrictivo o abiertas a la comunidad? *Pedagogía Social: Revista Interuniversitaria*, (22), 126-136.

García, M. y López, G. (2017, diciembre 13). *Información de viviendas de medio camino en Uruguay, técnicos y usuarios de las mismas*. [Respuesta a la solicitud de acceso a información pública (ley 18.381) realizada por el Sr. Juan Pablo Camiou expte. No. 29/06812176612017]. ASSE, Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables.

Gilburt, H., Slade, M., Rose, D., Lloyd-Evans, B., Johnson, S., y Osborn, D. P. (2010). Service users' experiences of residential alternatives to standard acute wards: qualitative study of similarities and differences. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, *53*, 26-31. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.081075

Ginés, A., Porciúncula, H. y Arduino, M. (2005). El Plan de Salud Mental: Veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, *69*(2), 129-150.

Giorgi, V., Rodríguez, A. y Rudolf, S. (1995). Habitat y calidad de vida. *Aportes. Revista de la Escuela de Psicología Social de Montevideo*, *2*(1), 5-9.

Goffman, E. (2009). *Internados: Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1961).

Grazia, M. (2008). Introducción para la presente edición: Las conferencias en Brasil en el recorrido de Franco Basaglia. En F. Basaglia. (Comp.), *La condena de ser loco y pobre: Alternativas al manicomio* (pp. 5-22). Topía.

Grebert, L. (2013). Clinique la Borde, un espacio de vida. En N de León (Comp.), *Abrazos: Experiencias y narrativas acerca de la locura y la Salud Mental* (pp. 125-147). Levy.

Greif, M. (2020, octubre 20). *En Casa Buceo, 17 personas que estaban en las colonias y en el Vilardebó recuperan su autonomía*. https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2020/10/en-casa-buceo-17-personas-que-estaban-en-las-colonias-y-en-el-vilardebo-recuperan-su-autonomia/

Heredia, J. (2012). Dispositivos y/o Agenciamientos. *Contrastes: Revista Internacional de Filosofía*, *19*(1), 83-101. https://www.uma.es/contrastes/pdfs/019/5-Juan_Manuel_Heredia.pdf

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología general de la investigación.* McGrawHill.

Herrera-López, V., Aguilar, N., Valdivieso, J., Cutipé, Y. y Arellano, C. (2018). Implementación y funcionamiento de hogares protegidos para personas con trastornos mentales graves en Iquitos Perú (2013-2016). *Revista Panam Salud Pública,* (42), 1-9. *https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49538/v42e1412018.pdf*

Honorato, C. y Pinheiro, R. (2008). O trabalho do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 18*(2), 361-380. https://www.scielo.br/j/physis/a/3X3pF4F5ChFXrfs4YW7p4Ln/

Intendencia de Montevideo. (2023, mayo 24). *Se entregó llave de inmueble a Cooperativa de viviendas Hamabi*. https://montevideo.gub.uy/noticias/urbanismo-y-obras/se-entrego-llave-de-inmueble-a-cooperativa-de-viviendas-hamabi#:~:text=La%20Intendencia%20entreg%C3%B3%20a%20Cooperativa,una%20perspectiva%20urbana%20y%20social.)

Kuhn, T. S. (1962). *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica.

Larbán, J. (2010). Ser cuidador: El ejercicio de cuidar. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, *50*, 55-99. http://www.sepypna.com/documentos/articulos/ser-cuidador-ejercicio-cuidar.pdf

Luque, K. (2021). *Las prácticas pedagógicas en un centro casa de medio camino, entre lo médico y lo judicial: El Trébol un estudio de caso* [Tesis de Grado Instituto de Formación en Educación Social]. https://repositorio.cfe.edu.uy/handle/123456789/1926

Maffezzolli, E. y Boehs, C. (2016). Uma reflexão sobre o estudo de caso como método de pesquisa. *Revista da Fae, 11*(1). 95-110. https://revistafae.fae.edu/revistafae/article/download/262/180

Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva.* Lugar.

Mental Disability Rights Internacional. (1995). *Proyecto Derechos Humanos y Salud Mental en el Uruguay*. Center for Human Rights y Humanitarian Law

Merhy, E., Feuerwerker, L. y Silva, E. (2012). Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. *Salud colectiva, 8*(1), 25-34. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652012000100003

Merhy, H. y Franco, B. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva,* 7(1), 9-20. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5399238#:~:text=La%20producci%C3%B3n%20subjetiva%20del%20cuidado%20en%20salud%20se,la%20cual%20se%20producen%20las%20redes%20del%20cuidado.

MIND. (2018). *Crisis service.* https://www.mind.org.uk/media-a/2897/crisis-services-2018.pdf

Ministério da Saúde. (2000, febrero 24). Portaria nº 106: [Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental]. https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/106_0.pdf

Ministério da Saúde. (2011, diciembre 23). Portaria n° 3.090: implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html

Ministerio de Desarrollo Social. (s.f.). Dispositivos MIDES de Salud Mental y UPD. [Documento inédito].

Ministerio de Salud Pública. (2019, Noviembre 7). Ordenanza n°1. 488/2019.https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-1488019-ordenanza-14882019-sustituye-anexo-i-ordenanza

Ministerio de Salud Pública. (2020). *Plan Nacional de Salud Mental 2020-202*7. https://www.gub.uy/ministerio-educacion-cultura/sites/ministerio-educacion-cultura/files/2023-03/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%20%202020-2027%20aprobado.pdf 1

Minoletti, A., Narváez, P., Sepúlveda, R., Caprile, A. (2009). Chile: Lecciones aprendidas en la implementación de un modelo comunitario de atención en salud mental. En: J

Rodríguez. (Comp.), *Salud Mental en la Comunidad* (pp. 339-348). Organización Panamericana de la Salud.

Moffat, A. (1974). *Psicoterapia del oprimido*. http://moffatt.com.ar/articulos/Psicoterapia%20del%20oprimido.doc

Moreira, V. (2018, diciembre). *Intervenciones en Acompañamiento Terapéutico con residentes de Casas de medio camino. Puntualizaciones sobre una Investigación*. Facebook.https://web.facebook.com/i8k,rfvfewrw1234qnotes/la-plaza-at/intervenciones-en-acompa%C3%B1amiento-terap%C3%A9utico-con-residentes-de-casas-de-medio-ca/508868766272684/

Moreira, A. y Palombo, C. (2018). *La perspectiva de los usuarios de Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud: Avances de investigación* [Ponencia].XVII Jornadas de Investigación Científica de la Facultad de Ciencias Sociales. «Libres e iguales»? A 70 años de la Declaración Universal de Derechos Humanos. http://jornadas.cienciassociales.edu.uy/?attachment_id=1456

Moreno, M. (2018). *Manicomios, violencias y jabalíes de oro: Notas para un posible abordaje*. [Material Inédito].

Muñoz, M. (2020, octubre 27). Residentes y ex residentes de la casa de medio camino de San Carlos cuentan los beneficios de esta propuesta de atención. *La Diaria.* https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2020/10/residentes-y-ex-residentes-de-la-casa-de-medio-camino-de-san-carlos-cuentan-los-beneficios-de-esta-propuesta-de-atencion/

Nieto, M. (2017). Sobre el concepto de cercanía óptima. *Revista Margen: Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, (84), 1-4. https://www.margen.org/suscri/margen84/nieto-84.pdf

Nunes, M., Torrenté, M., Ottoni, V., Moraes, V. y Santana, M. (2008). A dinâmica do cuidado em saúde mental: Signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro. 24*(1), 188-196. https://www.scielo.br/j/csp/a/yb6zPrNd3jdvMHRP5C6LLnn/

Obuaya, C., Stanton, E., y Baggaley, M. (2013). Is there a crisis about crisis houses? *Journal of the Royal Society of Medicine*, *106*(8), 300-302. https://doi.org/10.1177/0141076813498585

Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Principios de Brasilia: Principios Rectores para el desarrollo de la atención en salud mental*. http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/

obligatorias/066_salud2/material/normativas_legislaciones/ops_oms_principios_brasilia.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (1990). *Declaración de Caracas*.https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2010, diciembre 9). Argentina promulgó la Ley Nacional de Salud Mental. https://www.paho.org/fr/node/77057

Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Consenso de Panamá*. https://www3.paho.org/per/images/stories/FtPage/consenso%20de%20panama.pdf

Osborn, D. P., Lloyd-Evans, B., Johnson, S., Gilburt, H., Byford, S., Leese, M., y Slade, M. (2010). Residential alternatives to acute in-patient care in England: Satisfaction, ward atmosphere and service user experiences. *The British Journal of Psychiatry, Supplement*, *197*(53), s41-s45. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.081109

Palacios, M. (2019). *Dispositivos de abordaje familiar en el campo de la Salud Mental: estudio exploratorio en el Centro Psicosocial Sur Palermo.* [Tesis de Maestría Universidad de la República] Colibrí. https://hdl.handle.net/20.500.12008/23213

Pasquale, E. (2009). *La Reforma Psiquiátrica en Trieste: Italia.* Topía. .https://www.topia.com.ar/articulos/la-reforma-psiquiatrica-en-trieste-italia

Percia, M. (2004). *Deliberar la psicosis.* Lugar.

Perelló, O. (2010). Proyecto, diseño y tipos de la investigación social. En O. Perelló (Comp.) *Metodología de la investigación social* (pp. 65-95). Dykinson.

Pereyra, J. (2018). Equipos de Salud: devenires y acompañamientos. En M. Cuschnir, M. Beaufays, M. Ferreira, M. Carreño, C. Martínez, G. Cugliati, F. Ceballos, C. Milano, J. Pereyra, G. Chiodi, M. Lespiaucq, M. Melo, C. Malatesta, C. Girard, M. Cririanni, P. Saraco, S. Alves, J. Coronel, M. Giménez y M. Percia, *Después de los manicomios: Clínicas insurgentes* (pp. 173-178). La cebra.

Pérez Fernández, R. (2016). *Las dolencias de la mente: Prácticas de atención y cuidado de personas con demencia en Uruguay.* [Tesis Doctoral, Universidad Nacional de Lanús] https://www.researchgate.net/publication/372482797_Tesis_doctoral_en_demencias_Los_dolores_de_la_mente_Practicas_de_atencion_y_cuidado_de_las_personas_con_demencia_en_el_sistema_de_salud_de_Uruguay

Pérez, F. (2023, julio 3).La primera casa comunitaria autogestionada por personas que estaban en situación de calle y con padecimientos de salud mental es una realidad. *La Diaria. https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2023/7/la-primera-casa-comunitaria-autogestionada-*

por-personas-que-estaban-en-situacion-de-calle-y-con-padecimientos-de-salud-mental-es-una-realidad/

Presidencia de la República. (2014) .*Decidida funcionaria del Hospital Vilardebó logró una vivienda para pacientes judiciales.* https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/decidida-funcionaria-del-hospital-vilardebo-logro-vivienda-para-pacientes

Presidencia de la República. (2019). *Potenciar la autonomía: Pronadis tiene en Montevideo, Lavalleja Treinta y Tres viviendas tuteladas para personas con discapacidad mental.* https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/pronadis-viviendas-asistidas-discapacidad

Ribeiro Neto, P. (2021). *Conviviendo com residências terapêuticas.* Edufes. https://repositorio.ufes.br/server/api/core/bitstreams/2730f46a-d120-4042-9891-c087d0dbc197/content

Rivière, E. (1995). El Vínculo. *Aportes: Revista de la Escuela de Psicología Social de Montevideo, 2*(2), 22-28.

Rivière, E. (2002). *Teoría del vínculo*. Nueva Visión. (Trabajo original publicado en 1985).

Romano, S. (2018). *Atención de la salud mental de la población usuaria de ASSE: Diagnóstico de situación en Abril 2018.* https://www.asse.com.uy/aucdocumento.aspx?10377,71011

Rossi, M. (2016). *El dispositivo de seguimiento, como estrategia de intervención terapéutica, en el proceso de rehabilitación de pacientes con esquizofrenia: Estudio de caso en Hospital Vilardebó (2014)* [Tesis de Maestría, Universidad de la República] Colibrí. https://hdl.handle.net/20.500.12008/9901

Ryan, P., Valencia, M., Otero, B., Nuñez, M., González, N. y Rascón, M. (1982). Alternativas para el hospitalismo. *Salud Mental, 5*(3), 8-15. http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/viewFile/132/132

Salud Mental sin Prejuicios. (2017, julio 20). Programa Arrayán- Viviendas transitorias. [Video]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=-faDkA0g9JA&t=6s

Salud Mental sin Prejuicios. (2017, julio 5). Programa Arrayán- Programa nacional de viviendas terapéuticas transitorias [Video]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=FxnSYS44tpw

Sarmiento, E. (2018). *Dispositivos alternativos en Salud mental: El proceso de desmanicomialización en clave santafesina.* [Tesina de grado, Universidad Nacional Del Litoral]. https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar:8443/bitstream/handle/11185/5449/Tesis.pdf?sequence=1

Serafín, R., Arizó, A. y Ramos, M. (2018). Casa de convivencia autogestionada en Córdoba: Una experiencia de externación. En A. Rossetti, y N. Monasterolo (Eds.), *Salud mental y derecho: Derechos Sociales e Intersectorialidad*. (pp. 73-84). Espartaco.

Sicco, A. (1930). *Imperfecciones del sistema actual de la asistencia de alienados en nuestro país*. Monteverde.

Siles, J. (2015). Historia de los cuidados en Salud Mental. En J. Galiana (Comp.), *Enfermería psiquiátrica* (pp. 3-13). Elsevier. https://www.researchgate.net/publication/290946937_Historia_de_los_Cuidados_de_Salud_Mental

Sprioli, N. y Silva Costa, M. C. (2011). Cuidar en tiempos nuevos: el trabajo de cuidadores con pacientes psiquiátricos en residencias terapéuticas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 19*(5), 1-8. ttps://www.revistas.usp.br/rlae/article/download/4426/5821

Sweeney, A., Fahmy, S., Nolan, F., Morant, N., Fox, Z., Lloyd-Evans, B., Osborn, D., Burgess, E., Gilburt, H., McCabe, R., Slade, M., y Johnson, S. (2014). The relationship between therapeutic alliance and service user satisfaction in mental health inpatient wards and crisis house alternatives: a cross-sectional study. *PloS one*, *9*(7), 1-13. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100153

Tabeira, S., Ferreira, A. y Santos, J. (2021). Otros micromundos posibles: Salud mental, trabajo y vivienda. *Revista del observatorio uruguayo de derechos humanos y salud mental, 1*(1), 20-23.

Tapia, C. C., Grandón, F. P. y Bustos, N. C. (2014). Relación entre el funcionamiento de un hogar/residencia protegida para personas con trastorno mental severo: El apoyo social del cuidador y las habilidades de la vida diaria de los residentes. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 52*(1), 20-28. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272014000100003

Tavares de Assis, J., Barreiros, C., Moreira, A., Tykanori, R., De Lemos, P., Duarte, T., Nicácio, F., da Costa, M., Simões de Souza, I. y Texeira, A. (2014). Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: Regiões e redes. *Divulgação em saúde para debate*, (52), 88-113. https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-774072?lang=enebate

Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós.

UNI Radio. (2016, octubre 7). *Critican proyecto de ley de Salud Mental por «sanitarista, médico y psiquiatra»*. Radio de la Universidad de la República.

https://www.uniradio.edu.uy/2016/10/salud-mental-organizaciones-sociales-reclaman-que-proyecto-de-ley-no-los-representa/

Uruguay. (2015, diciembre 8). Ley n° 19.353: Creación del Sistema Nacional de Cuidados. https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015

Uruguay. (2017, septiembre 19). Ley nº 19.529: Ley de salud mental. *https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017*

Vacarezza, A. (2008). Una cuestión de distancia. *Revista Margen: Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, (48), 1. https://www.margen.org/suscri/margen48/vacarez.html

Viñar, M. (1993). La institución manicomial. En J. Barrán (Ed.), *La medicalización de la sociedad* (pp. 107-121). Nordan.